



Universidad de Granada
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL, TOXICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA
Programa de Doctorado en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios

TESIS DOCTORAL

**SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y CALIDAD DE VIDA
EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS
AFINES, EN CHILE**

RUBÉN ALVARADO MUÑOZ

Directores

Prof. Francisco Torres – González (Universidad de Granada)

Prof. Berta Moreno Küstner (Universidad de Málaga)

Prof. Claudio Silva Zamora (Universidad de Chile)

Granada, Septiembre 2007

Agradecimientos

ÍNDICE

Introducción	9
Marco Teórico	15
Los procesos de reforma en la atención psiquiátrica	17
La reforma a la atención psiquiátrica en Chile: evolución y características actuales	19
La evaluación de resultados en los servicios de atención psiquiátrica	24
Evaluación de necesidades en personas con trastornos mentales severos	29
Evaluación de la calidad de vida subjetiva en personas con trastornos mentales severos	34
Objetivos	45
Hipótesis de la tesis	49
Material y método	53
Diseño del estudio	55
Universo y muestra de pacientes	55
Características generales de las redes de dispositivos de salud mental desde donde se reclutaron los casos	57
Variables	66
Instrumentos	67
Trabajo de campo y recolección de los datos	78
Consideraciones éticas	81
Limitaciones del estudio	85
Resultados	89
Descripción de las variables en los pacientes	91

Análisis descriptivo de la variable grado de satisfacción de las necesidades	99
Análisis descriptivo de la variable nivel de calidad de vida	104
Estudio de la asociación entre las variables grado de satisfacción de las necesidades y nivel de calidad de vida	107
Análisis bivariable para el grado de satisfacción de las necesidades	113
Análisis bivariable para el nivel de calidad de vida	121
Análisis multivariable para el grado de satisfacción de las necesidades	129
Análisis multivariable para el nivel de calidad de vida	133
Otros analisis multivariabales para variables relacionadas con la satisfacción de necesidades y el nivel de calidad de vida	136
Análisis descriptivo de variables para las redes de servicios de salud mental	141
Identificación de las redes que funcionan bajo un modelo más comunitario	147
Comparación de las características entre los dos tipos de redes	149
Comparación de las características de los pacientes que son atendidos en los dos tipos de redes	152
Valoración del efecto del tipo de red de atención en el número de necesidades insatisfechas en sus pacientes	155
Valoración del efecto del tipo de red de atención en la calidad de vida de sus pacientes	157
Discusión	161
Conclusiones	179
Bibliografía	183
Anexo 1. Identificación y descripción de las variables que fueron incluidas en los análisis multivariabales	199

Anexo 2. Descripción del análisis multivariable para el grado de satisfacción de las necesidades	203
Anexo 3. Descripción del análisis multivariable para el nivel de calidad de vida	213
Anexo 4. Descripción de los análisis multivariables para variables relacionadas con el número de necesidades insatisfechas y el nivel de calidad de vida	219
Anexo 5. Descripción del análisis multivariable para el efecto del tipo de red sobre el número de necesidades insatisfechas	235
Anexo 6. Descripción del análisis multivariable para el efecto del tipo de red sobre la calidad de vida	239

INTRODUCCIÓN

En el mundo, desde la década de los 70' hasta ahora se han llevado adelante reformas en la atención psiquiátrica cuyos ejes centrales han sido el proceso de desinstitucionalización y creación de alternativas de atención en la comunidad, especialmente para aquellos pacientes con trastornos mentales severos, que presentan una evolución crónica y discapacitante.

Las ideas que dieron fuerza a este movimiento se fundamentaban en que:

- ☞ la atención resultaría ser más humana (en contraste con los antecedentes que se tenían acerca de la vida de los pacientes en los hospitales psiquiátricos);
- ☞ la atención resultaría ser más efectiva, mejorando los indicadores clínicos en su evolución, junto a un mejor funcionamiento psicosocial; y,
- ☞ la atención sería más costo - efectiva, puesto que los dispositivos comunitarios tendrían un menor costo que los grandes hospitales psiquiátricos.

Sin embargo, las evaluaciones llevadas a cabo hasta ahora (principalmente en países europeos y USA) muestran que estas ideas eran parcialmente ciertas: se humanizó la atención dentro de los dispositivos sanitarios comunitarios y se logró una mejor inserción psicosocial de estos pacientes. Pero, la mejoría esperada en la evolución clínica ha sido parcial (no se han descrito cambios sustanciales en la reducción de síntomas positivos) y no siempre los costos han sido menores (esto parece depender de las características del sistema sanitario específico y de la inversión en dispositivos sociales de apoyo que se realicen).

Además, se detectaron nuevos problemas:

- el surgimiento de los llamados "nuevos crónicos", cuyas necesidades básicas y psicosociales no estaban suficientemente cubiertas;
- el fenómeno conocido como "transinstitucionalización" caracterizado por una transferencia de la dependencia institucional desde los hospitales a los servicios sociales u otras instituciones como presidios o dependencias de la caridad;
- la transferencia de parte de los cuidados a las familias o a quienes se hicieran cargo de los pacientes, dando lugar al fenómeno descrito como "carga familiar" o "carga de los cuidadores";
- la transferencia de parte de los costos económicos para satisfacer necesidades de los pacientes a la familia o a sus cuidadores; y,
- los problemas derivados de la estigmatización y discriminación de estas personas que limitan su buen funcionamiento psicosocial y su calidad de vida.

A pesar de estos problemas, la transformación de los sistemas de atención ha permitido que los pacientes tengan mayores grados de autonomía y libertad, que alcancen mejores niveles de inserción y funcionamiento social, todo lo cual redundará en más altos niveles de calidad de vida y satisfacción vital. Desde la perspectiva de la familia, donde si bien es cierto que la carga de cuidados ha

aumentado, una proporción importante de ellos prefieren este sistema de atención que los mantiene cercanos a sus parientes enfermos en contraste con la hospitalización que los aleja de ellos. Finalmente, desde la perspectiva de la sociedad en su conjunto, el fenómeno de estigmatización ha dado un impulso a movimientos que luchan contra esto y otras formas de discriminación y marginación dentro de la comunidad, lo que en definitiva se reflejará en un incremento del capital social.

Volviendo a los problemas descritos anteriormente, se estima que parte de estos se deben al desarrollo parcial o incompleto de los dispositivos sanitarios y sociales que deberían acompañar estos procesos de reforma. Pero también, parte de ellos son nuevos problemas que requieren nuevas soluciones, las que se transforman en desafíos para el desarrollo de la política sanitaria en este campo.

Por otro lado, el reconocimiento de estos hechos ha planteado la necesidad de ampliar el espectro de dimensiones que deberían ser consideradas cuando se realizan evaluaciones de los resultados obtenidos por las políticas, los programas y los servicios de atención. De esta forma, a la tradicional evaluación basada en aspectos clínicos (presencia de síntomas, evolución, etc.) que se centra en la visión de los equipos que brindan la atención, se debe agregar la evaluación basada en la perspectiva de las personas que son objeto de estos servicios (satisfacción de sus necesidades, calidad de vida subjetiva, nivel de autonomía, inserción social, etc.) y de quienes se hacen cargo de cuidar informalmente a estos pacientes (carga objetiva y subjetiva del cuidador).

En Chile, se ha estado impulsando este proceso de reforma desde hace más de una década. Tal como es de esperar, su desarrollo ha sido parcial y desigual a lo largo del país. Parcial, porque si bien se ha avanzado en forma importante en el desarrollo de dispositivos de atención sanitaria, casi no ha habido cambios en lo que se refiere a dispositivos y beneficios sociales. Y desigual, porque hay grandes diferencias entre las zonas del país, donde algunas aún se mantienen con una atención centrada en el hospital psiquiátrico y otras han implementado una red de dispositivos y centros comunitarios que abordan diversas necesidades de los pacientes.

El propósito de esta tesis es realizar una evaluación que aporte al conocimiento sobre el efecto del proceso de reforma de la atención psiquiátrica desde la perspectiva de los pacientes, respecto del grado de satisfacción de sus necesidades y de su calidad de vida.

Se trata de un estudio transversal, basado en una cohorte histórica de pacientes entre 18 y 65 años, a quienes se les hizo un diagnóstico correspondiente al grupo de la esquizofrenia y trastornos afines (códigos F20 – F25 de la CIE – 10) durante el período comprendido entre 1 de abril del 2001 y el 31 de marzo del 2003, el que se ha mantenido hasta el momento de la entrevista y será confirmado utilizando una entrevista estandarizada (PSE-9).

Esto significa que son pacientes cuyo diagnóstico se hizo entre 2 y 3 años previo a la recogida de los datos para este estudio. Todos ellos se encontrarían en tratamiento en diversos dispositivos para la atención psiquiátrica dentro del sistema público de salud, pertenecientes a siete redes asistenciales dentro de tres regiones del país, las cuales tienen diversos grados de implementación del proceso de reforma para la atención psiquiátrica. Una de ellas (área norte de la ciudad de Santiago) tiene incluido el Instituto Psiquiátrico. Dos de ellas (área de la ciudad de Iquique y un sector del área sur de la ciudad de Santiago) han desarrollado un modelo más comunitario, con servicios de psiquiatría dentro de hospitales generales, dispositivos de atención diurna, dispositivos para la rehabilitación ubicados dentro de la comunidad, así como una estrecha coordinación con la atención primaria y con organizaciones comunitarias. Las otras cuatro redes asistenciales tienen desarrollos intermedios en la implementación del proceso de reforma.

Los resultados aportarán al conocimiento de lo que sucede con un proceso de este tipo en un país en vías de desarrollo, a la vez que entregará información útil para hacer recomendaciones al Ministerio de Salud de Chile acerca de la implementación de dispositivos sanitarios y sociales con capacidad de cubrir adecuadamente las necesidades de estos pacientes.

MARCO TEÓRICO

LOS PROCESOS DE REFORMA EN LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

La atención de personas con trastornos mentales ha evolucionado con profundos cambios en los dos últimos siglos. Thornicroft & Tansella (1999) han propuesto diferenciar tres períodos en esta historia: a) el desarrollo de los manicomios (hospitales psiquiátricos), b) la reducción de estos manicomios, y c) la re-formulación de los servicios de atención en salud mental.

El primer período, que transcurría entre el siglo XIX y la mitad del siglo XX, se caracteriza por la construcción de grandes asilos o manicomios para las personas que sufren trastornos mentales. Toda la atención se brinda en estas instituciones, donde los pacientes son internados aislándolos de su medio habitual y permaneciendo allí por largos períodos de tiempo (a veces de por vida). Un ejemplo de esto fue lo ocurrido en el Reino Unido durante este período (1827 a 1950), donde el número de hospitales psiquiátricos creció de 9 a 98, el número de pacientes internados desde 1.046 a 147.546 y el promedio de pacientes por hospital desde 116 a 1.221 (Carrier & Kendall 1997). Vale decir que esta institución creció en todos los sentidos: en número de dependencias, en número de residentes y en su volumen.

En segundo período se caracteriza por la reducción progresiva de los hospitales psiquiátricos y se ubica más o menos entre los años 1950 y 1980. El inicio de esta etapa es producto de las diversas críticas que se realizan a la institución del hospital, a los procedimientos que allí se realizan y a los resultados obtenidos, entre las que se pueden destacar: ineficacia de los tratamientos para reducir la psicopatología; aislamiento de los pacientes y pérdida de sus redes de apoyo, inclusive sus familias; pérdida de las capacidades para la vida cotidiana y el funcionamiento social; malas condiciones para los pacientes y administración ineficiente de estas instituciones; y el desarrollo de una cultura organizacional caracterizada por el abandono de los pacientes, su represión como forma de manejo conductual y la pérdida del respeto básico a los derechos humanos Goffman 1961, Carrier & Kendall 1997).

Durante esta etapa se producen avances muy importantes para la atención de personas con trastornos mentales que evolucionan en forma crónica y con diversos de discapacidad: se produce un cambio en las relaciones con los pacientes basado en una filosofía más humanista; se desarrollan las intervenciones orientadas a la rehabilitación buscando la recuperación máxima de las funciones sociales y laborales; se comienzan a utilizar en forma creciente los fármacos antipsicóticos, lo que permitió disponer de una gran herramienta terapéutica y un sentido más optimista frente al pronóstico de estas enfermedades; se producen avances notables en la nomenclatura y clasificación de las enfermedades, lo que a su vez impulsa el desarrollo de la investigación epidemiológica de tipo poblacional.

En la tercera etapa, que en general transcurre desde los años 80' hasta ahora, se plantea un rediseño completo de los sistemas de atención en salud mental, donde se traslada la atención desde los hospitales hacia la comunidad, se

amplían los tipos de intervenciones (con gran desarrollo de las de tipo psicosocial) y se pone énfasis en los resultados obtenidos, se desarrollan y/o perfeccionan los instrumentos reguladores (jurídicos y administrativos) y se pone énfasis en que los cuidados sean continuos a través de una red de servicios.

Los períodos descritos corresponden a un proceso que ha seguido un curso bastante similar en los países desarrollados, aunque los períodos de tiempo sean diferentes en cada lugar.

Otra conceptualización ha sido la propuesta por Stastny & Amering (2000), que se superpone y complementa lo descrito por Thornicroft & Tansella (1999). Estos autores ponen énfasis en los paradigmas imperantes en cada período, lo que permite comprender mejor los procesos con el auge y caída de un paradigma dado, la superposición de estos y el predominio de uno u otro en diferentes lugares. Ellos identifican cinco paradigmas (Stastny & Amering 2000):

- ☞ La "institucionalización arquitectónica", que corresponde al método del asilo basado en la segregación de las personas con trastornos mentales con la finalidad de poder estudiarlos y tratarlos. Es similar a lo descrito en el primer período por Thornicroft & Tansella (1999).
- ☞ El "compromiso programático por estructuras basadas en la comunidad", que en sus inicios fue la idea que fundamentó el movimiento de desinstitucionalización y reducción de los hospitales psiquiátricos. Durante los comienzos se asemejaba al traslado de dependencias de los hospitales a la comunidad. Con el tiempo se fue desarrollando una compleja red de intervenciones médicas y psicosociales que representan un entorno más cercano a la vida real, sin embargo se mantienen los ambientes tutelados (lo que se ha dado en llamar la "institucionalización extramuros").
- ☞ El "enfoque integracionista/normalizador" es un cambio cualitativo respecto del anterior. Basándose en las estructuras desarrolladas en la comunidad, se busca que las personas afectas a discapacidades mentales puedan elegir los entornos y las actividades en las cuales participan. Se trata de una perspectiva mucho más individualizada, que respeta las opciones de estas personas. Sin embargo, la experiencia demostró que los resultados dependían de otras variables del contexto y que iban más allá de las opciones del paciente.
- ☞ El modelo de la "atención en red", que plantea la estrecha coordinación de diferentes dispositivos sanitarios y sociales con la finalidad de entregar una diversidad de servicios de acuerdo a las necesidades de cada paciente en particular. Estas redes deben poseer la capacidad para proveer los servicios, deben articularse para facilitar el acceso a ellas y deben ser adecuadas a cada realidad específica.

- ☞ El modelo de “capacitación del consumidor y los cambios de rol asociados” constituye el paradigma más reciente. El principio fundamental es la capacitación y el empoderamiento de los pacientes a través de grupos de auto-ayuda y organizaciones autónomas, a través de las cuales participan en los procesos de planificación y evaluación de las intervenciones clínicas y de rehabilitación. El elemento central es el paso de un centro de control externo a un centro de control interno, un cambio desde métodos paternalistas a métodos más democráticos y participativos.

De esta forma se han ido construyendo los fundamentos y los hechos que marcaron los procesos de reforma en la atención psiquiátrica en el último medio siglo en los países desarrollados.

A modo de síntesis, podemos plantear que cuatro son los procesos centrales de esta reforma: 1) la desinstitucionalización de pacientes crónicos y la disminución en la entrada de nuevos pacientes a estas dependencias de larga estadía; 2) el desarrollo de alternativas de atención en la comunidad; 3) la creación de redes de servicios que aseguren la continuidad y diversidad de estos; y 4) la capacitación y empoderamiento de los usuarios y sus familiares.

Al mirar desde una perspectiva amplia lo ocurrido en Norteamérica y Europa, se observa que los tiempos en que se han desarrollado estos procesos son disímiles y que el grado de avance de la reforma en la atención psiquiátrica es desigual entre países y dentro de estos, lo que agrega una complejidad a planificadores y gestores de la política sanitaria (García & Vásquez - Barquero 1999, Becker & Vásquez - Barquero 2001, Rutz 2001, Sealy & Whitehead 2004).

LA REFORMA A LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN CHILE: EVOLUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS ACTUALES

Breve historia de la atención psiquiátrica en Chile. Hasta 1852, en Chile no existía una atención especial para aquellas personas que eran identificadas como enfermos mentales. Ese año se inaugura la Casa de Orates de Nuestra Señora de Los Angeles, por una iniciativa particular de Intendente de Santiago quien había sido fuertemente motivado por la visita que realizara al Manicomio de San Andrés de Lima. Posteriormente pasó a llamarse Manicomio Nacional y luego Hospital Psiquiátrico, siendo el primero de este tipo en nuestro país (Escobar 1990).

En la primera mitad del siglo XX se construyeron otros establecimientos fuera de la capital, de tamaño menor y de vida más corta; este es el caso del Hospicio Andrés Bello en la ciudad de Concepción y del Departamento de Insanos San Andrés del Hospital de la ciudad de Iquique.

En 1927 se dicta el Reglamento General de Insanos, el cual planteaba la necesidad de construir establecimientos tipo “Open Door” en cada una de las

ciudades capitales de provincia. Sin embargo, sólo llegó a construirse uno ubicado en una zona que entonces quedaba en la periferia rural de la ciudad de Santiago y que hoy en día es el Hospital Psiquiátrico El Peral (Sepúlveda 1998).

En 1952, en Chile se crea el Sistema Nacional de Salud imitando el desarrollo del National Health Service Británico. Se produce una integración de los diferentes sistemas de atención sanitaria que existían a esa fecha y durante la década siguiente se instala una extensa red de dispositivos, que van desde los hospitales de alta complejidad hasta los centros de atención primaria, llegando a todos los rincones del país. Más del 90% de los chilenos se atienden en este sistema. Sin embargo, la atención en salud mental sigue dentro del modelo manicomial, concentrando los recursos en unos pocos hospitales psiquiátricos.

En la década de los 60 se producen tres experiencias pioneras en el campo de la salud mental comunitaria. La primera estuvo encabezada por el Dr. Luis Weinstein y se desarrolló en algunas poblaciones del sector centro – poniente de la ciudad de Santiago (Weinstein 1978). La segunda fue dirigida por el Dr. Juan Marconi y se implementó en la zona sur de Santiago (Marconi 1973, 1976a, 1976b). Ambas tenían como base una alianza entre la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud. La tercera fue encabezada por el Dr. Martín Cordero en la ciudad de Temuco. Las tres experiencias abortaron con la instauración de la dictadura militar en 1973. La iniciativa encabezada por el Dr. Marconi logró un mayor grado de institucionalización en el mundo académico y en los servicios sanitarios, por lo que su influencia ideológica perduró hasta el retorno de la democracia en 1990 (Sepúlveda 1998).

Comenzando la década de los 80' el gobierno militar impulsó un proceso de transformación del sistema sanitario en Chile, caracterizado por cuatro elementos centrales: 1) la unificando la función de rectoría y planificación en el Ministerio de Salud, 2) la descentralizando la administración de la atención primaria en los gobiernos comunales, 3) la descentralizando la administración de la red para la atención especializada en 27 Servicios de Salud a lo largo del país, y 4) la introducción de un sistema de seguros privados (ISAPRE) que dio un fuerte impulso a toda la iniciativa privada en este ámbito social.

Sin embargo, el modelo predominante para la atención psiquiátrica siguió siendo el mismo, centrado en el hospital. Durante esta década se agregan dos elementos adicionales: 1) la creación de Centros para la Adolescencia, administrados por los Municipios (al igual que los centros de APS), cuya finalidad era el desarrollo de actividades de prevención del consumo de drogas y el tratamiento de jóvenes con este tipo de problemas; y 2) la cobertura de los seguros privados para atenciones en salud mental fue mínima, por lo que no se desarrolló un mercado prestador privado fuerte (lo que sí sucedió en las otras especialidades médicas).

Los desarrollos desde 1990 hasta el 2005. Al comenzar la década de los 90' se produce el retorno a la vida democrática y en todos los sectores sociales

imperaba un ambiente de optimismo, del cual el sector salud no estuvo ajeno. Se comienza a hablar de la Reforma de Salud, cuyos contenidos estuvieron en discusión durante largos 13 años, para que recién en el año 2003 se definieran los proyectos de ley y se comenzara a trabajar en los reglamentos e instrumentos administrativos que involucraron su puesta en marcha dos años después.

Para el campo de la atención en salud mental han sido años de intensa discusión, pero donde el modelo basado en la comunidad ha progresado en forma decisiva, en especial en la última década. En los primeros años de los 90' se desarrollaron diversos debates, siendo el más importante el que se realizó a fines de 1991 (Ministerio de Salud 1991) y que culmina con el "Acuerdo de Santiago" sentando las bases generales para la reforma en la atención psiquiátrica. El siguiente paso y elemento crucial en esta historia, fue la formulación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en 1993, que definió el modelo y la ruta que la política iba a seguir (Pemjean 1996).

Las estrategias más importantes en lo que ha corrido de estos diez años han sido (Minoletti 2003, Minoletti & Zaccaria 2005):

- Desarrollar la función de regulación a través de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, con un programa especial de acreditación y de calidad, que permita asegurar ciertos estándares en la atención.
- Aumento progresivo de la inversión pública en este campo, que se ha traducido en obras físicas, recursos humanos y aperturas programáticas específicas.
- Desarrollo de redes de servicios de salud mental y psiquiatría, basado en un modelo centrado en la comunidad, de carácter sectorizado, implementado diversos dispositivos para la atención integral de las personas que lo requieran y que brinden continuidad en las atenciones desde niveles de baja a alta complejidad.
- Intersectorialidad en el trabajo de los dispositivos, en especial con algunos sectores sociales, en especial con: Educación, Justicia, Trabajo y Desarrollo Comunitario.
- Desarrollo de Programas como una herramienta que permita priorizar y orientar los recursos hacia problemas de mayor prevalencia e impacto social, utilizando intervenciones efectivas. Entre estas se encuentran los Trastornos Mentales Severos (TMS), con énfasis en esquizofrenia.
- Desarrollo de Unidades de salud Mental en cada uno de los 28 Servicios de Salud del país, los cuales tienen la función de aterrizar las orientaciones provenientes del Ministerio de Salud y administrar en forma local los programas y sus recursos.

- La formación de agrupaciones de usuarios y de familiares, con una progresiva integración de estas en la planificación y evaluación de los programas y sus intervenciones.

Los siguientes datos reflejan los avances del Plan en este período (Minoletti & Zaccaria 2005):

- ❑ El proceso de desinstitucionalización de enfermos con TMS se aprecia a través de la reducción en el número de camas de larga estadía, desde 2.516 en 1990 a 1.029 en el 2003 (descenso en un 59,1%).

Por otra parte, se han creado hogares protegidos, pasando desde 0 en 1990 a 82 en el 2003 (con 783 plazas). Lo mismo ha sucedido con las actividades de rehabilitación, que eran casi inexistentes en 1990 y en el 2003 atendían a 1.535 personas.

- ❑ El proceso de crear alternativas a la hospitalización se refleja en el aumento de los dispositivos y de los recursos. El número de psiquiatras que tienen al menos ½ jornada en el sistema público pasó de 224 en 1990 a 498 en el 2003 (un aumento de 122,3%). Se crearon Hospitales de Día, llegando hoy a una cifra de 36, que atienden a 640 personas. Se ampliaron los centros para la atención ambulatoria, desde 22 a 62 en el 2003 y se implantaron a contar de 1998 los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, llegando hoy al número de 42.

En paralelo a lo anterior, las camas de corta estadía en hospitales psiquiátricos se han reducido desde 604 en 1990 a 378 en el 2003. A la vez, las camas de corta estadía en hospitales generales han crecido desde 239 a 329 en igual período.

- ❑ La decisión política de darle prioridad al campo de la salud mental se ha reflejado en el crecimiento del porcentaje del presupuesto sanitario que se destina a este ámbito, el cual ha crecido desde un 1% en 1990 a un 2,4% en el 2003.

Tal como señala A. Minoletti (2003), si bien los avances han sido importantes, es necesario continuar aumentando los recursos, afianzar el modelo de atención y hacer frente a nuevos desafíos (incorporar la práctica basada en evidencia, incorporar la psiquiatría y la salud mental como la quinta disciplina básica de la medicina, dar un mayor protagonismo a los usuarios, etc).

Sin embargo, los datos de carácter nacional no reflejan lo ocurrido en las diferentes zonas del país. A modo de ejemplo, la siguiente tabla muestra la información de dos tipos de recursos (horas de psiquiatra y camas de corta estadía) para cada uno de los 28 servicios de salud del país (Minoletti & Zaccaria 2005).

Servicio de Salud	Horas de psiquiatra por semana, por 100.000 hbtes	Camas de corta estadía, por 100.000 hbtes
Arica	70,4	15,3
Iquique	177,0	16,7
Antofagasta	93,3	8,2
Atacama	108,3	1,1
Coquimbo	87,0	2,0
Valparaíso – San Antonio	134,6	15,5
Viña del Mar – Quillota	79,2	-
Aconcagua	147,8	23,5
Metropolitano Oriente	95,5	3,5
Metropolitano Central	99,4	-
Metropolitano Sur	144,3	9,6
Metropolitano Norte	538,8	54,7
Metropolitano Occidente	80,4	3,2
Metropolitano Sur Oriente	58,7	1,4
O'Higgins	74,1	-
Maule	45,0	2,2
Ñuble	57,2	3,0
Concepción	118,1	12,1
Talcahuano	82,5	-
Bio Bio	18,0	-
Arauco	36,0	-
Araucanía Norte	40,7	2,6
Araucanía Sur	77,7	3,5
Valdivia	79,7	7,4
Osorno	83,4	11,7
Llanchipal	78,6	5,4
Aysén	58,2	-
Magallanes	112,1	16,0
NACIONAL	105,0	6,8

Los datos presentados en la tabla (situación al año 2005) reflejan en forma clara las desigualdades en el acceso a diferentes recursos. Sin contar el Servicio de Salud Metropolitano Norte donde se encuentra el Instituto Psiquiátrico José Horwitz, que concentra una proporción importante de los psiquiatras del país, la diferencia en la tasa de horas psiquiátricas por 100.000 habitantes en el resto de los servicios fluctúa entre 18,0 en Bio Bio y 177,0 en Iquique, o sea 9,8 veces entre uno y otro. Por otra parte, hay 7 (25,0%) Servicios de Salud que no disponían de camas de corta estadía para su población, incluyendo regiones muy aisladas como la de Aysén o donde existe una mayor concentración de pobreza como Arauco.

La situación descrita anteriormente permite concluir que se hizo un importante avance en la implantación del modelo de atención en salud mental basado en la comunidad entre los años 1993 y 2005, pero que este ha sido desigual a lo largo del país.

La Reforma Sanitaria en Chile y su efecto en la atención de salud mental. A contar del año 2005 se puso en marcha una Reforma Sanitaria en Chile cuyos elementos centrales han sido: 1) la identificación de problemas prioritarios para la atención en salud y la definición de garantías explícitas de accesibilidad, oportunidad, calidad y de cobertura financiera con que esta atención debe ser provista; 2) la definición de funciones esenciales para la salud pública (del conjunto de la población) y el reforzamiento de las instituciones que deben garantizarla; y, 3) una reorganización y fortalecimiento de las dependencias del estado que están encargadas de las funciones de rectoría y planificación, de las funciones de control y fiscalización, de las funciones de aseguramiento y de las funciones de provisión de servicios (República de Chile, Ley 19.996 del 25 de agosto del 2004).

Este proceso de reforma ha tenido un importante efecto en la organización de la atención en salud mental. Desde el punto de vista de las funciones de rectoría y planificación, se produjo una reducción significativa del equipo que dentro del Ministerio de Salud (Unidad de Salud Mental) había llevado adelante los cambios en la atención psiquiátrica, por redistribución de alrededor de la mitad de su personal hacia nuevas funciones derivadas de los cambios más globales que implicaba la Reforma Sanitaria en el país. Esto trajo como consecuencias una merma en las iniciativas que este equipo venía desarrollando, con un freno a la fuerza y a la velocidad con que se estaba avanzando en la reforma a la atención psiquiátrica.

Por otra parte, el componente de la Reforma Sanitaria en Chile que involucra la definición de problemas prioritarios de salud que tienen garantías explícitas con fuerza legal, ha adquirido una gran relevancia política y para la opinión pública, lo que ha determinado que las instituciones de salud estén haciendo un gran esfuerzo por cumplir con estas garantías, concentrando sus mejores esfuerzos y recursos en torno a esto, siendo especialmente importante en esta etapa que posiblemente será considerada en la historia como una fase de puesta en marcha.

Dentro de los 56 problemas de salud que hasta el año 2007 han sido priorizados se encuentran 3 que corresponden al campo de los trastornos mentales (el primer episodio de esquizofrenia, los trastornos depresivos y el abuso y dependencia de drogas en adolescentes). Esto ha determinado que los servicios han puesto más énfasis en el cumplimiento de las garantías asociadas a estos problemas que en los procesos de transformación del modelo de atención. Tanto el sistema de asignación financiera como el control administrativo han favorecido esto.

LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Evaluación de los resultados producidos por la organización de la atención psiquiátrica. Desde los primeros estudios que buscaron evaluar los resultados del proceso de desinsitucionalización y sus alternativas comunitarias

se observaron impactos positivos en los pacientes. En una revisión de una gran cantidad de trabajos previos a 1980, Braun et al (1981) señalaron que la mayoría de los estudios tenían problemas que afectaban su validez interna y externa, limitando así la generalización de sus resultados. Sin embargo, se podía afirmar que una desinstitucionalización satisfactoria dependía de la disponibilidad de apropiados programas de cuidados basados en la comunidad. En concordancia con esto, Stein & Test (1980) reportaron que un grupo de pacientes que habían sido trasladados desde un hospital psiquiátrico a un modelo de atención comunitario, después de 14 meses redujeron sus necesidades de hospitalización y mejoraron sus capacidades y funcionamiento en forma ostensible. Los que tuvieron que abandonar el programa vieron deteriorados los logros obtenidos.

En la década siguiente se continuaron desarrollando evaluaciones, pero bajo un contexto de mayor desarrollo del modelo comunitario, de los dispositivos específicos y de los programas para proveer cuidados más intensivos y en base a las necesidades de cada paciente en particular. Sistemáticamente se han encontrado resultados positivos en la calidad de vida reportada por los pacientes, en sus habilidades para la vida diaria, en su funcionamiento e integración social y en el desarrollo de habilidades para el desempeño en el trabajo y en roles ocupacionales (Gibbons & Butler 1987, Creed et al 1991, Simpson et al 1993, Marks et al 1994, NHS Centre for review and dissemination 2000, Bustillo et al 2001). Sin embargo, no se encontraron mejorías sustantivas en el cuadro psicótico (específicamente en los síntomas positivos) y no siempre los resultados fueron buenos en el funcionamiento social (Burns et al 1993). Además, algunos estudios mostraron que no todos los pacientes lograban mantenerse en la comunidad y existía un pequeño grupo que requería de frecuentes hospitalizaciones, en especial eran personas jóvenes con diagnóstico de esquizofrenia que tenían una historia de conductas agresivas y violentas (Lelliott et al 1994).

Uno de los proyectos más sistemáticos en la evaluación del impacto que ha tenido la transformación de la atención psiquiátrica en los pacientes trasladados a la comunidad ha sido el TAPS Project (Team for the Assessment of Psychiatric Services Project), que nació para evaluar la política de desinstitucionalización llevada adelante por la Regional Medical Officer of the North East Thames Regional Health Authority, correspondiente al cierre progresivo de los Hospitales Claybury y Friern en el año 1983 (Leff 1993). Sus resultados siguen alimentando nuestro conocimiento en este campo hasta el día de hoy.

La evaluación al primer año de seguimiento mostró grandes ventajas y pocas dificultades. Para el paciente, los mayores logros fueron una reducción significativa de sus síntomas negativos (demostrando que estos estaban más relacionados con la baja estimulación que tenían dentro de los hospitales), un incremento en sus habilidades para la vida diaria, mucha más libertad y riqueza en sus relaciones sociales. También se mantuvo una buena adherencia a los tratamientos. Por otra parte, no hubo mayores cambios en los síntomas

positivos (alucinaciones y delirios) e incluso en algunos casos se observó un empeoramiento y pocos pacientes tuvieron visitas de sus familiares (Anderson 1993, Leff 1997). A los 5 años de seguimiento estos resultados se mantuvieron y en forma adicional se observó que: había una tasa de mortalidad mayor a la esperada para la edad y sexo de este grupo, pero semejante a la de pacientes que se mantenían en el hospital; la tasa de suicidio fue similar a la encontrada en otros pacientes con esquizofrenia; la frecuencia de delitos cometidos por pacientes fue muy baja, pero los delitos cometidos contra ellos fueron frecuentes, de forma que ellos fueron objeto más que perpetradores de delitos; y la vagancia fue más frecuente en los primeros pacientes que fueron desinstitucionalizados que en los años siguientes, lo que se explica por una cierta inestabilidad e inexperiencia con el manejo residencial en los primeros casos (Leff 1997). Los reportes más recientes siguen reflejando las mismas conclusiones (Leff & Trieman 2000).

Resultados similares se reportaron en el PRISM Psychosis Study, donde se compararon los resultados en pacientes que padecían un trastorno psicótico y que eran atendidos en dos modelos basados en la comunidad (uno de tipo estándar y otro con asistencia intensiva) (Thorncroft et al 1998a). Ellos lograron demostrar que los buenos resultados obtenidos en estudios de tipo experimental eran reproducibles en los sistemas comunitarios, que el tamaño del efecto era un poco menor a estos y que ambos modelos eran similares en sus resultados (con alguna ventaja para el que proveía asistencia intensiva, respecto de la satisfacción de necesidades, la calidad de vida y las redes sociales) (Thorncroft et al 1998b).

La inserción de los pacientes en la comunidad puso en evidencia los problemas que derivan de las ideas prejuiciosas acerca de los enfermos mentales: estigma y discriminación. Se han estudiado las actitudes del público en general y de las personas que viven cerca de la residencia comunitaria de los pacientes. El reconocimiento de este problema y sus efectos en los pacientes ha dado lugar al desarrollo de estrategias en diversos niveles, que se suman a la lucha por los derechos civiles y la no discriminación de otros grupos que también son objeto de conductas estigmatizadoras (Wolf 1997, Haghghat 2001).

Aunque los logros del modelo basado en la comunidad han sido muy importantes, junto a estos han aparecido varios problemas, pero que en gran medida obedecen a problemas en la implantación de los dispositivos y redes de atención, más que al modelo propiamente tal. Los más importantes son:

- el surgimiento de los llamados "nuevos crónicos", pacientes que viven en la comunidad, a veces como vagabundos, cuyas necesidades básicas y psicosociales no siempre logran ser suficientemente atendidas;
- el fenómeno conocido como "transinstitucionalización", caracterizado por una transferencia de la dependencia institucional desde los hospitales a los servicios sociales u otras instituciones como presidios o dependencias de la caridad;

- la transferencia de parte de los cuidados a las familias o a quienes se hicieran cargo de los pacientes, dando lugar al fenómeno descrito como "carga familiar o de los cuidadores", que involucra una dimensión objetiva (que considera los costos económicos) y una subjetiva; y,
- los problemas derivados de la estigmatización y discriminación de estas personas que limitan su buen funcionamiento psicosocial y su calidad de vida.

Análisis económicos. En cuanto a los análisis económicos de intervenciones para personas con esquizofrenia, Knapp (2000) resumiendo varias revisiones sistemáticas y meta – análisis a esa fecha, concluye que hay suficiente evidencia para concluir que el uso de antipsicóticos atípicos, la consejería para mejorar la adherencia a los tratamientos y las intervenciones familiares para reducir la expresividad emocional, no sólo son eficaces sino también costo – efectivas.

Los análisis económicos que comparan sistemas de atención son más difíciles de realizar, tanto por la estimación de costos (directos e indirectos) como por las variables de resultado que se utilicen. En general, los estudios tienden a mostrar que los cuidados basados en la comunidad son más baratos, pero también hay trabajos con datos opuestos (Goldberg 1991). Una variable importante es el tipo de sistema sanitario donde está inserto el modelo de atención en salud mental que se está evaluando.

Los estudios económicos son una intensa área de investigación actualmente. Tienden a concentrarse en la búsqueda de factores o condiciones del paciente y su enfermedad, de su entorno o de los sistemas de atención, que permitan reducir los costos asociados, tanto directos como indirectos (Saldivia 2000, Carr et al 2004, Almond et al 2004).

Una ampliación de la perspectiva en la medición de resultados. Tal como señala Häfner & an der Heiden (1996) la evolución de los servicios comunitarios tiene múltiples dificultades relacionadas con las intervenciones (complejidad, diversidad, etc.), con los procedimientos para recoger la información y con la definición y medición de los resultados.

El reconocimiento de las dimensiones que están involucradas en los servicios que atienden a estos pacientes y los problemas que han surgido desde su implantación, ha llevado a propuestas de evaluación que consideran diferentes ámbitos en diferentes niveles.

De esta forma, a la tradicional evaluación basada en aspectos clínicos (presencia de síntomas psicóticos, evolución, nivel de funcionamiento global, etc.) que se centra en la visión de los equipos que brindan la atención, se debe agregar la evaluación basada en la visión de las personas que son objeto de estos servicios (satisfacción con las atenciones recibidas, grado de satisfacción de sus necesidades, calidad de vida subjetiva, nivel de autonomía, inserción

social, etc.) y de quienes se hacen cargo de cuidar informalmente a estos pacientes (carga objetiva y subjetiva del cuidador).

Una perspectiva aún más amplia ha sido la desarrollada por Thornicroft & Tansella (1999) en su modelo "Matriz de Salud Mental". Ellos construyen una matriz que contiene una dimensión geográfica con tres niveles: el paciente, los servicios locales y el nivel regional o de país, y otra dimensión temporal con tres niveles: los recursos (inputs), los procesos y los resultados (outcomes). Los autores proponen que este modelo tendría una capacidad predictiva sobre resultados indeseados, permitiría identificar las carencias dentro de un sistema y así planificar su mejoría, y entrega un marco conceptual para la investigación evaluativo de servicios sanitarios.

A continuación se reproducen algunos de los indicadores propuestos por Thornicroft y Tansella (1999) para cada casillero de la matriz.

	Fase de recursos (inputs)	Fase de procesos	Fase de resultados (outcomes)
Nivel Regional o de País	<ul style="list-style-type: none"> ▫ gasto en servicios de salud mental ▫ leyes de salud mental ▫ políticas de gobierno ▫ protocolos y guías para el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ indicadores de funcionamiento y actividades ▫ protocolos y guías de práctica clínica ▫ estándares mínimos en la atención 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ tasa de suicidio ▫ tasa de pacientes sin residencia estable ▫ tasa de pacientes en cárceles
Nivel de Servicios Locales	<ul style="list-style-type: none"> ▫ gastos en los servicios locales ▫ evaluación de necesidades de la población ▫ cantidad y calidad de los recursos humanos ▫ coordinación entre servicios ▫ tipos de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ monitoreo de contactos y uso de servicios ▫ auditoría de procesos de atención ▫ continuidad en los cuidados ▫ prioridad sobre grupos específicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ tasas locales de suicidio ▫ resultados agregados para el nivel local ▫ morbilidad física
Nivel del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> ▫ evaluación de necesidades individuales ▫ demandas de los pacientes ▫ demandas de los familiares ▫ capacidades y conocimiento del equipo ▫ información a pacientes y cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ valoración de los tratamientos ▫ continuidad con el equipo tratante ▫ frecuencia de atenciones ▫ patrón en los procesos de cuidado para pacientes individuales 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ reducción de síntomas ▫ impacto en los cuidadores ▫ satisfacción con los servicios ▫ calidad de vida ▫ discapacidad ▫ satisfacción de necesidades

En esta tesis se tienen como variables dependientes dos de las dimensiones correspondiente a los resultados en el nivel de paciente (tal como han sido

descritos en este modelo (Tornicroft & Tansella (1999)): la satisfacción de necesidades y la calidad de vida.

EVALUACIÓN DE NECESIDADES EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

El concepto de necesidad en salud. Tal como señala Pineault & Daveluy (1990), aunque la estimación de necesidades es uno de los primeros pasos en el proceso de planificación sanitaria, "la literatura sobre este tema es particularmente confusa". El mayor problema ha sido la diferenciación entre "problema de salud" y "necesidad de salud".

El problema corresponde a un estado de salud que es considerado deficiente por el individuo, por el médico o por la sociedad. En cambio, la necesidad expresa la diferencia entre el estado óptimo (definido en forma normativa) y el estado actual o real. En este sentido, la necesidad expresa lo que se requiere para solucionar el problema identificado, por lo tanto está señalando una necesidad de servicios (Pineault & Daveluy 1990). Si bien problema y necesidad están relacionados, un problema puede no dar origen a una necesidad (porque no hay nada que hacer) y una necesidad puede aparecer en una situación en la que no hay un problema (es el caso de las estrategias de promoción y de prevención primaria).

Por lo tanto, la definición de una necesidad en salud es siempre relativa a quienes la están interpretando como tal. La taxonomía de necesidades elaborada por Bradshaw recoge bien esta idea y las clasifica en cuatro grupos (citado en Pineault & Daveluy 1990):

- *La necesidad normativa.* Es la que define el experto, el profesional o el administrado, basado en una norma de lo que es óptimo o deseable. Esto debería reflejar necesariamente el estado del conocimiento y de los valores de quienes lo determinan.
- *La necesidad sentida.* Es la percepción de las personas de su estado de salud y de los servicios que desean recibir.
- *La necesidad expresada.* Es la necesidad sentida que se expresa en una demanda de cuidados y la búsqueda de servicios. De esta forma, hay sujetos que no recurren a los servicios aunque sientan una necesidad, hay otros que no perciben la necesidad aunque la tenga (definido en forma normativa) y hay quienes expresan la necesidad pudiendo o no quedar satisfechos con los servicios que se le brindaron.
- *La necesidad comparada.* Bradshaw utiliza este concepto para las necesidades que un individuo o grupo debería tener dado que posee las mismas características de otro individuo o grupo en donde se han identificado estas necesidades. Es una variante de la necesidad normativa.

Considerando lo anterior, Pineault & Daveluy (1990) plantean que el éxito en la planificación de cuidados y servicios requiere la identificación de necesidades, en la cual se produzca una convergencia de las perspectivas normativas y de los usuarios.

De esta forma, la identificación de necesidades va más allá de la determinación de problemas, porque se interesa por la acción o por lo que hay que hacer. Las necesidades deben traducirse en recursos y servicios, lo que puesto en marcha deberían satisfacer las necesidades.

Identificación de necesidades en personas con trastornos mentales severos. Siguiendo lo planteado por Torres González y cols (2000), es posible encontrar el concepto de necesidad tal como fue expuesto anteriormente en la propuesta de John Wing, responsable de la Unidad de Psiquiatría Social del Instituto de Psiquiatría de Londres en 1972. Él planteaba que la planificación de los cuidados y servicios para enfermos mentales crónicos debería partir de la identificación de necesidades observadas, definiendo los resultados que se desean alcanzar (que corresponde a la modificación efectiva de la situación inicial), para luego diseñar los cuidados específicos que se requieren en esa persona y los servicios que hay que organizar. J Wing plantea que los buenos resultados en personas con trastornos mentales severos es la reducción de la discapacidad social, que proviene de la disminución de sus capacidades físicas, psicológicas y sociales, en el contexto de una sociedad o grupo humano en particular (de referencia).

Lograr un acuerdo sobre necesidades básicas o fisiológicas no genera grandes dificultades, pero en la medida que nos adentramos en necesidades más complejas resulta más difícil lograr un acuerdo de carácter normativo y por supuesto un consenso entre usuarios, profesionales, familiares y otros agentes involucrados.

Cuando se ponen en marcha los procesos de desinstitutionalización y la creación de servicios basados en la comunidad aparece la polémica sobre las necesidades de estas personas, que en principio se mantiene en el ámbito de lo ideológico. Torres González y cols (2000) señalan que la búsqueda de datos que permitan hacer suficientemente objetivo el debate, permitió constatar que: no existía un consenso sobre qué iba a ser reconocido como necesidad y se carecía de instrumentos para evaluar su existencia, en qué grado estaban siendo cubierta, quién lo hacía a qué coste.

Es en este contexto donde John Wing y su equipo, a finales de los 80', desarrolló una línea de trabajo que permitió contar con una herramienta para la evaluación de necesidades: el Medical Research Council - Needs for Care Assessment. Ellos trabajaron sobre tres niveles conceptuales: la discapacidad social, los métodos de tratamiento o cuidados, y los servicios. Esto quiere decir que las necesidades son entendidas como problemas en el funcionamiento social para los cuales existen intervenciones o cuidados que han demostrado

ser efectivos. Por esta razón, "la metodología de la evaluación de necesidades es compleja, pues evalúan a un tiempo problemas, intervenciones y su relación" (Torres González y cols 2000).

En ese tiempo, el Parlamento y el Ejecutivo Británico introdujo un cambio de gran importancia en el sistema sanitario, cual fue el paso desde programas basados en los servicios (service – led) a uno basado en necesidades a cubrir (needs – led), lo que dicho de otra forma significa que los servicios deberían acomodarse a las necesidades de la población y no esta a las características de los servicios. Así, los servicios comunitarios debieron adecuar sus recursos y flexibilizar la organización de sus servicios a las variables necesidades de sus usuarios.

Mientras tanto en USA también llegaban a conclusiones semejantes. Su experiencia de desinstitucionalización les había mostrado la importancia de planificar los servicios a la medida de sus usuarios, basados en las necesidades específicas de estos (Bachrach 1997). Como reflejo de esto, en ese tiempo cobran fuerza las estrategias de management case y los cuidados asertivos en la comunidad.

Y así se ha llegado a un cierto consenso de que existen al menos seis áreas en las cuales es necesario evaluar necesidades (Torres González y cols 2000):

- cuidado personal y social;
- cuidados sanitarios;
- residencia;
- situación económica;
- educación, empleo y ocio; y,
- transporte y acceso.

En la década de los 90' se han incorporado progresivamente los estudios que evalúan las necesidades, su existencia y la proporción en que se encuentran cubiertas o no. Varios estudios han destacado la importancia de considerar la valoración tanto de los usuarios como de los profesionales, dadas las diferencias que se producen en la evaluación que ambos realizan (Lasalvia et al 2000, Hansson et al 2001, Macpherson et al 2003b).

Evaluaciones realizadas en diversos países con personas que presentan un trastorno mental severo (en su mayoría con diagnóstico de esquizofrenia) muestran que el número de necesidades varía entre 4 y 10, y que entre la mitad y la cuarta parte de estas se encuentran insatisfechas. Los ámbitos que con mayor frecuencia se transforman en necesidades son: los síntomas psicóticos, el distrés emocional, las actividades de la vida diaria, la compañía de otras personas y contactos sociales, la alimentación, el cuidado del hogar y la información (Ochoa et al 2001, Rosales Varo et al 2002b, Moreno Küstner et al 2003, Macpherson et al 2003a, Ochoa et al 2003, Kallert et al 2004, Wiersma 2006). En la mayoría de los estudios no se encontraron diferencias por sexo, ni por edad (Wiersma 2006). Respecto del género, si bien no se

encuentran diferencias en el número de necesidades, si las hay en el tipo de necesidades (las pacientes mujeres refieren más necesidades insatisfechas de tipo clínicas y los pacientes varones lo hacen en el ámbito social) (Ochoa et al 2005a, Wiersma 2006). Los resultados por nivel educacional han sido inconsistentes, existiendo algunos trabajos donde se encuentra asociación y en otros no.

Se han explorado las relaciones que puede haber entre el grado de satisfacción de las necesidades y otras variables de resultados en el paciente y en sus cuidadores (Becker et al 1999, Meijer et al 2004). Se ha descrito asociación entre variables que se refieren al cuadro clínico y el número de necesidades insatisfechas, tales como la duración y cronicidad de la enfermedad, el nivel de funcionamiento global y la severidad del cuadro psicopatológico (Ochoa et al 2005b, Wiersma 2006).

Diversos estudios muestran una fuerte asociación inversa entre el número de necesidades insatisfechas y la calidad de vida (Becker et al 2005, Lasalvia et al 2005, Slade et al 2005, Wiersma 2006). La evidencia tiende a demostrar que el grado de satisfacción de necesidades es relativamente estable en el tiempo, que sólo depende parcialmente de la reducción de los síntomas psicóticos y que su mejoría está estrechamente relacionada con la calidad de vida que refieren estos pacientes (Lasalvia et al 2005, Slade et al 2005, Wiersma 2006).

De igual forma, se ha utilizado la valoración de necesidades para evaluar los resultados que los servicios obtienen. Por ejemplo, en el PRISM Psychosis Study se compararon dos modalidades de servicios comunitarios (una estándar y una de tipo intensivo) utilizando diversos parámetros, uno de los cuales fue la valoración de las necesidades (Thotnicroft et al 1998a). Ellos encontraron que los pacientes tenían una gran cantidad de necesidades (alrededor de un 70% de las que fueron exploradas), que existía relación entre las necesidades no satisfechas y el grado de satisfacción con los servicios, así como entre el patrón de necesidades y el tipo de servicios (Lesse et al 1998).

Otro estudio realizado en Suecia (Arvidsson 2003) comparó los cambios en el número de necesidades (totales e insatisfechas), en un grupo de pacientes con trastornos mentales severos que estaban siendo atendidos en servicios que habían sido objeto de una reforma en la atención psiquiátrica. Los resultados mostraron una disminución en estos dos indicadores de necesidades, entre la primera y la segunda evaluación hecha cinco años después (Arvidsson 2003).

Finalmente, se está trabajando para incorporar en forma sistemática y estandarizada la evaluación de necesidades en la planificación de los cuidados. Marshall et al (2004) llevaron adelante un ensayo controlado y aleatorizado para evaluar el efecto de la introducción de una evaluación sistemática de necesidades en la organización de cuidados de personas con trastornos mentales severos. Aunque no encontraron diferencias en parámetros clínicos (psicopatología y funcionamiento global) o en la calidad de vida, si observaron un aumento en el grado de satisfacción de los pacientes.

Instrumentos para evaluar necesidades. Los antecedentes más remotos se pueden encontrar en los instrumentos utilizados por los equipos de J. Wing y por T. Wykes (citado en Torres González 2000). Si embargo, hoy en día son dos los instrumentos más utilizados: el Needs for Care Assessment (NCA) (Brewin et al 1987) y el Camberwell Assessment of Need (CAN) (Phelan et al 1995).

Ambos instrumentos comparten las mismas definiciones básicas: denominan necesidad cuando el nivel de funcionamiento en un área se encuentra por debajo de lo establecido en forma normativa y existe una intervención para mejorarlo. Se considera que una necesidad está cubierta cuando está siendo objeto de una intervención considerada la más efectiva. Y se considera no cubierta cuando no se está utilizando una intervención o esta no es la más efectiva que se conozca (Torres González y cols 2000).

Como señalan Torres González y cols (2000), estas definiciones tienen cuatro implicaciones conceptuales y prácticas:

1. la evaluación de necesidades sólo tiene sentido en la medida que genera recomendaciones para la acción;
2. si no existen intervenciones se habla de un problema o déficit, pero no de necesidad;
3. es necesario un consenso previo acerca del estado del arte y de la efectividad de las intervenciones; y,
4. aunque utiliza un concepto normativo, se deben incorporar las opiniones y prioridades del paciente, al valorar la potencial efectividad y su aceptabilidad.

El NCA ha recibido algunas críticas en el sentido de que tendría dificultades en su aplicación a muestras diferentes de las que fue originalmente aplicado. Así mismo, se ha planteado que ambos instrumentos requieren una adecuación a cada realidad cultural donde sean utilizados, puesto que fueron desarrollados para poblaciones de pacientes que habían sido desinstitucionalizados y vivían mayoritariamente en hogares protegidos, situación que es muy diferente en otros contextos donde la mayor parte de ellos viven con sus familias y estas juegan un importante rol en sus cuidados.

Los dos instrumentos evalúan la existencia de necesidades tanto clínicas como sociales, considerando los seis ámbitos que fueron descritos con anterioridad.

El CAN tiene una versión para servicios clínicos y otra para investigación. Ha sido más utilizado que el NCA, tanto para investigación (por ejemplo en el estudio EPSILON (Becker et al 1999) o en otros (Kovess-Masféty et al 2006)), como para su uso en la atención clínica y evaluación de los resultados de esta (Marshall et al 2004, Wennström & Wiesel 2006).

El CAN ha sido estudiado en sus propiedades psicométricas para diferentes contextos (McCrone et al 2000) y cuenta con una versión en español (Jiménez Estévez y cols 1997) que ha demostrado tener buenos indicadores (Rosales Varo et al 2002a), por lo que parece ser un instrumento de buena calidad para la valoración de las necesidades en este tipo de pacientes.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

El concepto de calidad de vida en la atención sanitaria. Al mirar las décadas pasadas se puede apreciar un creciente interés por valorar la calidad de vida dentro de la atención sanitaria. Este término se ha convertido en una expresión "paraguas" para diferentes aspectos no fisiológicos de la enfermedad, pero al mismo tiempo ha sido importante para integrar las percepciones subjetivas de los pacientes, muchas veces olvidadas (Katschnig 2000a).

Albrecht & Fitzpatrick han identificado cuatro usos de la calidad de vida en la medicina: a) para valorar las necesidades sanitarias de una población, b) para planificar la asistencia sanitaria de los pacientes, c) para la distribución de los recursos, y d) como medida del resultado en ensayos clínicos y en evaluación de servicios sanitarios (citado en Katschnig 2000a).

Sin embargo, responder qué es la calidad de vida ha resultado tremendamente complejo a pesar de que han transcurrido muchas décadas de investigación en este campo. Como señalan Awad & Voruganti (2000), el constructo de calidad de vida no puede ser verificado, ni medido apropiadamente, ni bien definido para su uso en los estudios. Los diferentes autores que han trabajado en este campo han planteado diversos modelos, desde los que se centran en aspectos subjetivos como la brecha entre las expectativas del paciente y sus logros, hasta los que desarrollan modelos más amplios e integrales, como el de JE Ware (1984), quien plantea que el impacto de la enfermedad y de los tratamientos actúan a diferentes niveles como si fueran círculos concéntricos, partiendo desde el centro donde ubica los sentimientos de bienestar y distrés emocional, así como el funcionamiento personal, hacia fuera donde estaría el desempeño de roles y el funcionamiento social.

AF Lehman (2000) plantea que se pueden distinguir tres perspectivas en la medición de la calidad de vida dentro de la asistencia sanitaria:

- *La perspectiva de la calidad de vida general.* Se basa en la medición de la calidad de vida en grandes grupos de población general, en las cuales típicamente se valoran el estado funcional, el acceso a recursos y servicios y la sensación de bienestar en diferentes dominios de la vida. Esta perspectiva entrega una visión general y amplia de lo que está ocurriendo con la población o subgrupos de esta, así como de las dimensiones subjetivas de su vida. Es útil para el diseño de políticas y programas.

- La *perspectiva de la calidad de vida relacionada con la salud*. Esta perspectiva se centra en reconocer la influencia de la enfermedad y de la atención sanitaria sobre la calidad de vida. Considera la valoración del estado funcional y de la sensación de bienestar, pero dentro de dimensiones que están directamente relacionadas con la salud, como por ejemplo serían las limitaciones (físicas, emocionales y sociales) generadas específicamente por la enfermedad y no por la pobreza u otras limitaciones en el acceso a recursos.
- La *perspectiva de la calidad de vida específica relacionada con una enfermedad*. Es un tipo especial de la perspectiva anterior, donde se valora el efecto sobre el estado funcional y el bienestar de una enfermedad específica o de su tratamiento. A diferencia de la anterior, en esta perspectiva se incorporan los aspectos o dimensiones específicas que están afectados por esta patología y su tratamiento. Esta sería la aproximación más adecuada cuando se estudia un problema específico.

Modelos teóricos para el estudio de la calidad de vida en las personas con trastornos mentales. El interés por el concepto de calidad de vida aplicado a las personas con enfermedades mentales comenzó en los años 60, como resultado de la preocupación por las condiciones de vida de los pacientes crónicos en los hospitales y en de los que habían sido trasladados a vivir en la comunidad.

En las dos décadas siguientes este interés se redujo, salvo la contribución de unos pocos investigadores que se mantuvieron en esta línea de trabajo; es el caso de Anthony Lehman. Entre las razones que contribuyeron a esta pérdida de interés estaban: falta de modelos teóricos que sustenten los estudios, falta de acuerdo sobre la definición de qué es la calidad de vida en personas con esquizofrenia u otros trastornos mentales severos, la opinión de que los auto-reportes de los pacientes crónicos eran poco creíbles y el escaso desarrollo de instrumentos para hacer las mediciones (Awad & Vorugani 2000).

De todas formas, los autores arribaron al consenso de que las puntuaciones obtenidas en calidad de vida transformaban a esta en una dimensión relacionada pero diferente a las de síntomas o discapacidad. Esto dio fuerza a la idea de incluir la experiencia subjetiva de los pacientes sobre sus condiciones objetivas de vida (Angermeyer & Kilian 2000) e incorporar esta dimensión en la evaluación de servicios de salud mental entre las variables de resultado a nivel del paciente (Thornicroft & Tansella 1999).

Existen diferentes planteamientos acerca de cómo se relacionan las condiciones objetivas de vida con las percepciones y valoraciones subjetivas que las personas hacen de esta. Angermeyer & Kilian (2000) distinguen tres modelos al respecto:

- a. *El Modelo de satisfacción.* Este modelo considera tres aspectos: las características personales, las condiciones objetivas en varias dimensiones de la vida y la satisfacción con estas condiciones. Se basa en la suposición de que la calidad de vida experimentada por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida logran satisfacer sus necesidades, carencias y deseos.

Sin embargo, dado que estas últimas no son explícitas una alta puntuación en calidad de vida podría tener al menos tres interpretaciones distintas: 1) que hay una coincidencia entre expectativas y condiciones reales, 2) que las condiciones objetivas consideradas tengan poca importancia para el individuo, no afectando su satisfacción, y 3) que la persona hubiera adaptado sus necesidades, carencias y deseos a las oportunidades reales, en cuyo caso la satisfacción equivaldría a resignación.

- b. *El modelo combinado de importancia / satisfacción.* Este modelo intenta superar la crítica planteada al anterior, incorporando la perspectiva del paciente a través de su valoración de los diferentes ámbitos de la vida que son considerados en la medición. Esto permite incorporar no sólo las variaciones individuales, sino también las de origen social y cultural.

Sin embargo, no logra evitar la posibilidad de que una baja puntuación en la importancia que el paciente asigna a un área de condiciones de vida pueda ser el resultado de un ajuste previo para reducir la disonancia cognitiva, más que una verdadera valoración de este tipo. Por otra parte, este proceso de ajuste corresponde a una estrategia de afrontamiento para adaptarse a sus condiciones de vida y tiene un valor en sí mismo. En síntesis, este modelo mejora el poder predictivo del concepto de calidad de vida pero no resuelve todos los problemas de interpretación.

- c. *El modelo de desempeño del rol.* Este modelo se basa en la interacción persona – ambiente y plantea que este último brinda o limita oportunidades a través de las cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades, tanto de tipo material, como psicológicas y sociales. Estas oportunidades estarían incorporadas en los roles sociales (ser pareja, ser trabajador, ser padre, etc.), los cuales implican derechos (posibilidades de satisfacer necesidades de diverso tipo) y deberes (demandas y requerimientos socialmente esperados).

Se han planteado tres problemas para este modelo: 1) la suposición de que las necesidades humanas son universales y semejantes en todas las personas, y que el desempeño de los mismos roles permite satisfacer similares necesidades en distintas personas; 2) la asunción de que los roles convencionales proporcionan las oportunidades para que los enfermos mentales satisfagan sus necesidades; y 3) que el rol de enfermo mental puede ser muy importante y predominar por sobre los otros, respecto de las oportunidades y demandas que se le hacen al paciente.

Dadas las limitaciones de los tres modelos, Angermeyer & Kilian (2000) han desarrollado una propuesta que incluye a las anteriores y se basa en la idea de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuo de adaptación, donde el individuo busca conciliar sus deseos y expectativas con las condiciones del entorno y las demandas sociales. Los autores plantean que la satisfacción no es el resultado sino el mecanismo que subyace a este proceso y esto es consistente con los trabajos que muestran que el nivel de satisfacción de una persona se mantiene bastante constante en el tiempo, incluso con circunstancias ambientales cambiantes.

Las dimensiones objetiva y subjetiva en la valoración de la calidad de vida. Por definición, la calidad de vida es un constructo subjetivo que se basa en las valoraciones de los pacientes a través de su auto-reporte. Este concepto no estuvo claro en las investigaciones realizadas en las primeras décadas, especialmente influido por los estudios sociológicos donde se utiliza el concepto de calidad de vida como una expresión de las condiciones de vida, las que son evaluadas a través de indicadores sociales (Nussbaum & Sen 1996).

Cuando se ha explorado en forma conjunta las dimensiones objetiva (condiciones de vida) y subjetiva (evaluación que hace la persona), sistemáticamente se ha encontrado que ambas corresponden a dos ámbitos diferentes, que incluso tienen una baja correlación entre sí y muestran un perfil diferente de asociaciones con otros factores.

Por ejemplo, Barry & Crosby (1996) siguieron una cohorte de 34 pacientes con trastornos mentales crónicos (en su mayoría esquizofrénicos) que habían sido trasladados a un sistema de cuidados comunitarios. En los 29 que pudieron ser evaluados a los 12 meses de seguimiento se había producido una mejoría significativa en varias de sus condiciones de vida (residencia, contactos sociales y actividades en el tiempo libre), pero sólo se encontró una mejoría en la satisfacción con las condiciones de residencia y no en los otros ámbitos.

Ruggeri et al (2001) siguieron una cohorte de 183 pacientes con diversos trastornos mentales, entre dos y tres años, utilizando el Perfil de Calidad de Vida de Lancashire. Con los datos al inicio del seguimiento se realizó un análisis factorial, encontrando que la calidad de vida era un concepto multidimensional y que habían tres factores predominantes, que los autores llamaron: satisfacción subjetiva, condiciones objetivas de trabajo e ingreso y condiciones objetivas de residencia y seguridad, cada una explicando la varianza en un 17%, 9% y 7% respectivamente. En el análisis longitudinal ellos observaron que estos tres factores de la calidad de vida se asociaban con diferentes condiciones, lo que reafirma la idea de que se trata de conceptos diferentes.

Más recientemente Czernikiewicz & Gorecka (2003) evaluaron 120 personas con diagnóstico de esquizofrenia, utilizando dos instrumentos diferentes para evaluar la calidad de vida. Ellos reportan que no hubo correlación entre la calidad de vida objetiva y subjetiva.

A continuación era necesario verificar si las mediciones basadas en auto-reporte de los pacientes lograban buenos indicadores psicométricos. Diversos estudios han confirmado un alto nivel de fiabilidad inter-jueces y test-retest, así como una elevada concordancia entre los auto-reportes y las mediciones hechas por clínicos (Cramer et al 2000, Herrman et al 2002, Becchi et al 2004). Se ha observado que las mediciones multidimensionales que incluyen varias preguntas para cada dominio o componente son las que permiten mayor fiabilidad y reducen los posibles sesgos, en contraste con el uso de mediciones únicas y globales (Awad & Voruganti 2000).

Dado lo anterior, en este proyecto se utilizará una evaluación de necesidades como valoración de las condiciones objetivas de vida y una medición de la calidad de vida subjetiva. Aunque parezca redundante, se ha mantenido este último término como una forma de diferenciar esta medición de la que corresponde a la de condiciones de vida.

Calidad de vida en personas con trastornos mentales severos. Uno de los mayores problemas para la construcción de teoría en este campo ha sido la falta de acuerdos en los modelos conceptuales y el uso de diferentes métodos, dificultando la comparación de los resultados.

Bobes & González (2000) han hecho una revisión de 18 estudios de calidad de vida en personas con esquizofrenia, cuyas publicaciones se hicieron entre 1982 y 1997, señalando que a pesar de las diferencias metodológicas se puede llegar a seis conclusiones:

1. la calidad de vida de estas personas es peor que la de la población general y de quienes tienen enfermedades físicas;
2. los jóvenes, las mujeres, las personas casadas y aquellas con bajo nivel educacional refieren una mejor calidad de vida;
3. a mayor tiempo de evolución de la enfermedad, peor es la calidad de vida;
4. la psicopatología, especialmente el síndrome negativo, se relaciona en forma inversa con la calidad de vida;
5. la existencia de pocos efectos secundarios de los antipsicóticos, así como la combinación de tratamientos farmacológicos y psicosociales, se relacionan con mejor calidad de vida; y,
6. los pacientes integrados en programas comunitarios presentan mejor calidad de vida que los que están institucionalizados.

Uno de los aspectos fundamentales para avanzar en la investigación en este campo era verificar si el constructo calidad de vida se diferenciaba del cuadro clínico, ya que de no ser así se corría el riesgo de estar valorando lo mismo con nombres diferentes. La síntesis de la investigación muestra que son dos objetos de estudio que se pueden diferenciar, existiendo algún grado de correlación entre ellos (Bobes & González 2000).

Los estudios sobre factores asociados al nivel de calidad de vida subjetiva han evolucionado desde los que tienen un diseño transversal a los que son seguimientos de cohortes. Esta puede ser en parte la explicación a los resultados contradictorios que se encuentran.

Los resultados de publicaciones recientes, preferentemente basada en estudios prospectivos, que buscan identificar factores o condiciones asociadas al nivel de calidad de vida subjetiva, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- *Características del paciente.* Aunque existe evidencia contradictoria, pareciera ser que las mujeres, los más jóvenes y los que tienen un menor nivel educacional reportan mejores resultados en su calidad de vida (estudios citados por Bobes & González 2000). Browne et al (1996) plantean que la asociación entre ser mujer y reportar mejor calidad de vida pudiera estar mediada por el hecho de que estas muestran una mejor evolución de la enfermedad en el largo plazo que los varones.

Salokangas et al (2001), frente a hallazgos similares proponen una explicación de tipo sociológica; ellos estudian una muestra de 3.256 pacientes esquizofrénicos viviendo en la comunidad y encuentran que una mayor proporción de las mujeres estaba casada, vivía con sus cónyuges, dentro de áreas urbanas y con mejores condiciones de vida. En cambio, la mayoría de los varones volvía al hogar paterno, no mantenía relaciones de pareja, tenía mayor aislamiento social y parte importante de ellos se trasladaban a zonas rurales con peores condiciones de vida. Los pacientes varones que vivían con sus parejas y recibían un buen apoyo de estas, señalaban lograban un indicador de calidad de vida subjetiva semejante al reportado por las mujeres. Los autores concluyen que hay una interacción entre género y estatus marital que explica las diferencias entre varones y mujeres,

Las características de personalidad han sido menos estudiadas, pero se ha encontrado asociación entre ciertas características temperamentales y el nivel de calidad de vida (Hansson 2006). Uno de los aspectos relacionados con la personalidad que más ha sido estudiado es la autoestima, donde varios trabajos han señalado la existencia de una fuerte asociación con la calidad de vida (Ruggeri et al 2005, Hansson 2006). Incluso, algunos autores han planteado que esta variable podría ser la que intermediara entre los síntomas ansiosos y depresivos y su efecto en la calidad de vida subjetiva (Kunikata et al 2005).

Otros estudios han puesto el acento en dimensiones específicas de la personalidad. Por ejemplo, Ritsner et al (2003) han señalado que la dimensión "apertura a la novedad" se asocia a una mejor calidad de vida subjetiva. Sin embargo, hay que tener presente que esta característica también se asocia a otras que pueden afectar la calidad de vida tales como la salud física, la satisfacción con las relaciones sociales, etc.

- Condiciones de vida y sociales. Estas variables estarían incluidas en lo que se llama calidad de vida objetiva. De los diferentes aspectos que se han explorado hay cuatro que parecen ser los más importantes: el grado de satisfacción de necesidades, el trabajo, el apoyo social y el efecto negativo del estigma.

Se ha encontrado que un mayor nivel de necesidades insatisfechas (evaluado con el CAN) se relaciona con una peor calidad de vida, tal como aparece en los estudios del grupo UK700 (1999), en el de Ruggeri et al (2004) y en el más reciente de Slade et al (2005).

La condición de estar trabajando es una de las características que se asocia con fuerza a la calidad de vida (Marwaha & Johnson 2004). En un gran estudio multicéntrico ha mostrado ser una de las variables de mayor peso dentro de este grupo (Gaité et al 2002, Ruggeri et al 2004, Trompenaars et al 2005, Araújo de Souza et al 2006).

El apoyo social, en especial la presencia de amigos cercanos y confidentes, así como el contacto diario con la familia (cuando vive en hogares protegidos) (Gaité et al 2002, Tan et al 2004, Trompenaars et al 2005, Hansson 2006). En este sentido, es que el estigma y la discriminación pueden llegar a influir en forma muy importante en el deterioro de la calidad de vida subjetiva (Katschnig 2000b, Finzen & Hoffman-Richter 2000).

Los resultados del estudio EPSILON (Gaité et al 2002) muestran una gran diversidad de puntuaciones globales y para componentes específicos de la calidad de vida objetiva y subjetiva, en la muestra de los cinco lugares de Europa donde se realiza la investigación. Estas variaciones expresan la importancia que juegan las condiciones sociales y culturales en la determinación de la calidad de vida. Sin embargo, también se ha demostrado sistemáticamente que las condiciones de vida sólo explican una proporción menor de la varianza de las puntuaciones obtenidas en las escalas de calidad de vida subjetiva (Trompenaars et al 2005, Hansson 2006).

- Factores clínicos y psicopatológicos. En este caso se han encontrado tres variables relacionadas a calidad de vida: la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, los síntomas positivos y negativos, así como el tiempo de evolución de la enfermedad.

Hay varios estudios recientes que reportan asociación entre síntomas ansiosos y depresivos con una peor calidad de vida subjetiva (UK7000 1999, Gaité et al 2002, Ruggeri et al 2005, Kunikata et al 2005). Sin embargo, hay que interpretar con cuidado estos hallazgos ya que es conocida la tendencia de las personas depresivas a tener una peor valoración de su calidad de vida (respecto de la que hacen las personas que

viven con ellos), por lo que podría haber un sesgo determinado por el estado afectivo (Atkinson et al 1997, Becker & Diamond 2000).

Giner et al (2001), en una muestra de 222 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia en España han reportado que los pacientes con peor calidad de vida tenían una mayor puntuación en las escalas de síntomas positivos, negativos y de psicopatología general de la PANSS.

La asociación con síntomas positivos ha sido reportada en algunos estudios y en otros no. Sin embargo, la asociación de síntomas negativos con peor calidad de vida encuentra mayor consistencia en los datos empíricos (Bobes & González 2000).

Varios estudios han demostrado que los pacientes que tienen más tiempo de evolución de su enfermedad señalan tener una peor calidad de vida (Bobes & González 2000). Esto se confirma con los estudios en pacientes con primer episodio de psicosis donde la calidad de vida se relaciona en forma inversa con el período de psicosis no tratada (Browne et al 2000, Malla et al 2004). Fujii et al (2004) encontraron que varios tipos de déficit neuro-cognitivos (memoria, función ejecutiva y habilidades motoras) se relacionaban con peores indicadores de calidad de vida o de factores relacionados a esta, planteando un mecanismo a través del cual el avance de la enfermedad determina un deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona.

- Cuidados y servicios en salud mental. Aquí se distinguen dos grandes grupos de factores: los que se refieren al tratamiento y los que se relacionan con el sistema de atención.

No existe duda de que la calidad de vida es mejor en los pacientes que están recibiendo tratamiento con fármacos antipsicóticos (Bobes & González 2000, Awad & Voruganti 2000) y este efecto podría explicarse en forma directa por la reducción de la psicopatología o en forma indirecta al mejorar el funcionamiento social (Angermeyer & Katschnig 2000).

El análisis comparado entre grupos de antipsicóticos (primera y segunda generación) respecto de la calidad de vida en personas con esquizofrenia muestra resultados contradictorios. Algunos de ellos reportan que los antipsicóticos de nueva generación logran mejores resultados y otros no hallan diferencias significativas. Los estudios con diseños más rigurosos, basados en ensayos clínicos controlados y aleatorizados, apuntan a resultados de este último tipo (Rosenheck et al 2003, Kilian et al 2004).

También existe bastante evidencia de que los efectos secundarios de los antipsicóticos, especialmente los de tipo extrapiramidal, deterioran notablemente la calidad de vida que reportan los sujetos (Awad & Voruganti 2000, Angermeyer & Katschnig 2000).

Respecto de los sistemas de atención, también hay bastante acuerdo y evidencia empírica de que los pacientes atendidos en modelos basados en la comunidad, que le brindan mayor autonomía y control sobre sus vidas logran mejores resultados en las mediciones de calidad de vida, que los pacientes que están institucionalizados (Rosenfield 1992, Barry & Crosby 1996, Bobes & González 2000, Leff 2000, Chan et al 2003). Sin embargo, como señala Hansson (2006), existen unos pocos estudios que encuentran resultados contradictorios, lo que posiblemente se explique más por las diferencias en los métodos y poblaciones que han sido objeto de estudio (variaciones en los tipos de pacientes, en los tipos de cuestionarios y en los tipos de servicios donde se atienden estas personas). Este autor plantea la necesidad de realizar más estudios de seguimiento de largo plazo y con mayor homogeneidad en los métodos utilizados.

Como se puede apreciar, hay una diversidad de factores que están relacionados con la calidad de vida en personas con esquizofrenia. Esto traduce la multidimensionalidad del constructo y al mismo tiempo hace más compleja la interpretación de los resultados en las investigaciones.

Instrumentos para valorar la calidad de vida en personas con trastornos mentales severos. Existen una gran variedad de instrumentos que se han utilizado para estudiar la calidad de vida en personas con esquizofrenia, tal como se puede apreciar en las revisiones hechas por AF Lehman (1996, 2000). Esta diversidad refleja los desacuerdos existentes entre los investigadores de este campo, tanto desde el punto de vista teórico como en lo metodológico.

En general, se pueden encontrar dos grandes grupos de instrumentos: los de tipo genérico y que miden la calidad de vida relacionada con la salud, y los de tipo específico y que han sido diseñado especialmente para personas con esquizofrenia o trastornos mentales severos. Aunque se ha reportado el uso de los primeros, incluso en estudios recientes (Sciolla et al 2003, Orsel et al 2004), la mayoría de los autores que trabaja en este campo prefieren los segundos porque parecen ser más específicos para los problemas de estas personas, muestran mejores parámetros psicométricos y parecen ser más sensibles al cambio (para ensayos clínicos y comunitarios) (Lehman 1996, Cramer et al 2000).

Dada la falta de consenso respecto a la recomendación de un instrumento en particular, los autores sugieren que los investigadores seleccionen un instrumento de acuerdo a las características de este y a los objetivos de su trabajo. En este sentido, son valiosas las sugerencias específicas planteadas por Awad & Voruganti (2000):

- La escala debe ser apropiada a la población que se desea estudiar, a la condición clínica y a la fase de la enfermedad. Sus propiedades psicométricas deben estar documentadas.

- Dado que la calidad de vida es un constructo multidimensional, esto debe reflejarse en el instrumento.
- Dado que la calidad de vida es un fenómeno subjetivo, la medición que se utilice debe usar el auto-reporte de los pacientes.
- La escala debe estar adaptada a la vida del paciente psicótico.
- La escala debe ser consistente con la estructura teórica que está a la base de la propuesta de investigación.
- La escala debe ser sensible a los pequeños cambios que puedan producirse con el tratamiento de los pacientes.

En consistencia con lo anterior, en este trabajo se ha optado por usar el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (Giner y cols 1997), que entrega un reporte de aspectos favorables y desfavorables de la calidad de vida subjetiva, en conjunto con el CAN para evaluar necesidades y su nivel de satisfacción, como una forma de valorar lo que equivaldría a la calidad de vida objetiva.

OBJETIVOS

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que participan en el estudio y que corresponden a personas con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines, que se encuentran en tratamiento en diferentes servicios de salud mental de Chile.
2. Describir el grado de satisfacción de necesidades y el nivel de calidad de vida que reportan las personas que participan en el estudio.
3. Identificar la existencia de una posible asociación entre diversos tipos de factores con el grado de satisfacción de necesidades y con la calidad de vida reportada por estas personas.
 - a. Estudiar la posible asociación de diferentes factores sociodemográficos con el grado de satisfacción de necesidades y la calidad de vida.
 - b. Estudiar la posible asociación de diferentes factores clínicos con el grado de satisfacción de necesidades y la calidad de vida.
 - c. Estudiar la posible asociación del grado de satisfacción de necesidades con la calidad de vida.
4. Describir y caracterizar las redes de atención en salud mental que les han brindado los servicios a estas personas.
5. Conocer la posible asociación entre el tipo de red de atención en salud mental con el grado de satisfacción de necesidades y con la calidad de vida reportada por estas personas.

HIPÓTESIS DE LA TESIS

1. Los mejores resultados en el grado de satisfacción de necesidades se asocian con una mayor escolaridad, con vivir en grupos familiares menos numerosos, con tener un trabajo remunerado, con la identificación con una minoría étnica, con tener un mayor apoyo social, con participar en organizaciones sociales y de usuarios, con tener una mayor edad y una mejor funcionalidad global al momento del diagnóstico, con tener indicadores de una mejor evolución clínica y con haber recibido un mayor número de intervenciones psicosociales.
2. Los mejores resultados en calidad de vida se asocian con una mayor escolaridad, con vivir en grupos familiares menos numerosos, con tener un trabajo remunerado, con la identificación con una minoría étnica, con tener un mayor apoyo social, con participar en organizaciones sociales y de usuarios, con tener una mayor edad y una mejor funcionalidad global al momento del diagnóstico, con tener indicadores de una mejor evolución clínica y con haber recibido un mayor número de intervenciones psicosociales.
3. Un menor grado de satisfacción en las necesidades de estas personas se asocia con una peor calidad de vida.
4. Los pacientes que están siendo atendido en redes sanitarias que muestran un mayor desarrollo del modelo basado en la comunidad logran mejores resultados en las dos variables estudiadas (satisfacción de necesidades y nivel de calidad de vida).

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo observacional y analítico, sobre una muestra de personas que están siendo atendidas en servicios de salud mental en Chile con diagnóstico de esquizofrenia o de un trastorno afín (códigos F20 a F29 en la CIE-10).

UNIVERSO Y MUESTRA DE PACIENTES

El **universo** estuvo constituido por todas las personas que se encuentran en tratamiento en dispositivos de salud mental del Sistema Público de Salud en Chile y que padecen un cuadro de esquizofrenia o un trastorno psicótico afín, cuyo diagnóstico se realizó en los últimos 2 a 4 años.

Para la **selección de la muestra** se tomó la totalidad de las personas que estaban siendo atendidas en 8 redes de dispositivos de salud mental (que corresponde a 8 áreas sanitarias), cuyo diagnóstico era de esquizofrenia o de un trastorno psicótico afín (códigos F20 – F29 de la CIE-10), donde este diagnóstico se había planteado por primera vez en el período comprendido entre el 1 de abril del 2001 y el 31 de marzo del 2003 (por lo que tenían entre 2 y 4 años de evolución desde el diagnóstico hasta el momento en que se realizó este estudio) y se había mantenido sin variaciones hasta la fecha de aplicación de la encuesta.

La decisión de tomar un grupo de pacientes que tenga una cierta homogeneidad en cuanto al tiempo transcurrido desde que se hizo el diagnóstico por primera vez y que este fluctúe entre los 2 y 4 años, obedece a tres razones: a) disponer de un tiempo mínimo de contacto con los servicios sanitarios y sociales para que las intervenciones de éstos puedan ser entregadas, b) tener un tiempo más o menos similar respecto de la evolución de la enfermedad, y c) utilizar un tiempo semejante al de otros estudios que abordan el mismo ámbito de problemas de investigación.

Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:

- coexistencia de un retardo mental, de una demencia u otro cuadro orgánico cerebral severo,
- coexistencia de un déficit sensorial (sordera, ceguera u otra) que impida hacer la entrevista,
- estar actualmente en la cárcel u otro recinto presidiario.

Los criterios planteados fueron similares a los utilizados en el Estudio EPSILON (Becker et al, 1999).

Los pacientes fueron extraídos desde los siguientes servicios de atención ambulatoria en psiquiatría (y que corresponde a los unidades donde se hace el

control de este tipo de pacientes dentro de cada red de dispositivos sanitarios que atienden un área geográfica determinada):

- Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía (Hospital de Iquique) que conforman toda la red de atención en salud mental del Servicio de Salud Iquique (I Región de Chile).
- Unidades de Psiquiatría Comunitaria de los Hospitales de Quillota y de Quilpue, del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (V Región de Chile).
- Hospital del Salvador (Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización de Corta Estadía), perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (V Región de Chile).
- Instituto Psiquiátrico José Horwitz (Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización de Corta estadía), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Norte (Región Metropolitana de Chile).
- Complejo Asistencial Barros Luco - Trudeau (Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización de Corta estadía), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur (Región Metropolitana de Chile).
- Hospital El Pino (Unidades de Psiquiatría Comunitaria, de Atención Ambulatoria y de Hospitalización Diurna), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur (Región Metropolitana de Chile).
- Hospital Padre Hurtado (Unidad de Atención Ambulatoria y Hospital de Día), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Región Metropolitana de Chile).
- Hospital Sótero del Río (Unidades de Atención Ambulatoria y Hospitalización de Corta Estadía), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Región Metropolitana de Chile).

La población de referencia para estas 8 redes de atención fue de 2.636.534 habitantes, que equivale al 23,7% del total de la población chilena que es beneficiaria del sistema público de salud y que se atiende en este tipo de dispositivos.

Para la selección de estas unidades de psiquiatría se tuvo como criterio el que ellos representen diversos grados de desarrollo del Modelo de atención Basado en la Comunidad (MBC), y que van desde los que tienen un menor desarrollo (por ejemplo el Servicio de Salud Metropolitano Norte con el Instituto Psiquiátrico José Horwitz) hasta los que han alcanzado un mayor grado de avance (dispositivos del Servicio de Salud de Iquique en el norte de Chile y del Hospital El Pino en la zona sur de Santiago). El resto de las unidades tienen grados intermedios de desarrollo en este modelo. Con esto se buscó que los casos estudiados hayan recibido una oferta diferente de servicios dentro de un espectro de contextos asistenciales que van desde los más comunitarios (MBC) hasta los más centrados en el hospital (Modelo Centrado en el Hospital – MCH).

Se identificaron 178 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para este estudio. De éstos, 33 rechazaron ser entrevistados (lo que corresponde a un 18,5% sobre el total de casos identificados).

De las 145 personas que fueron entrevistadas, en dos de ellas no se pudo aplicar en forma completa la encuesta de necesidades (CAN) y en otras dos no se logró completar el cuestionario de calidad de vida. Por esta razón, la muestra definitiva quedó conformada por 141 personas, 45 de las cuales fueron mujeres (31,9%) y 96 varones (68,1%).

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS REDES DE DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL DESDE DONDE SE RECLUTARON LOS CASOS

1. Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía (Hospital de Iquique) que conforman toda la red de atención en salud mental de la ciudad de Iquique, dentro del Servicio de Salud Iquique (I Región de Chile)

La provincia de Iquique está ubicada en el norte de Chile, en una zona desértica a orillas del mar. Su capital es la ciudad de Iquique. Además, la provincia incluye varios pueblos pequeños en el desierto y en la pre-cordillera. En estos últimos vive fundamentalmente población aymara, uno de los pueblos originarios del territorio chileno.

La población beneficiaria del sistema público de salud para la ciudad de Iquique fue de 145.616 habitantes (diciembre 2005) y todos residen en la zona urbana.

La base del sistema de atención sanitaria está compuesta por 5 centros de atención primaria de salud (todos en la ciudad de Iquique). Para el resto de la provincia hay 4 postas rurales (una en un pequeño poblado en el desierto y tres en poblados pre-cordilleranos aymaras).

El sistema de atención en salud mental es una red que tiene los siguientes componentes:

- Un servicio de psiquiatría, que cuenta con 24 camas de corta estadía (con estancias menores a 2 meses).
- Un hospital de día para adultos, con 25 cupos.
- La atención ambulatoria especializada se realiza por 3 equipos de psiquiatría comunitaria, dos de ellos están destinados a adultos y el otro a la población infantil y adolescente. Todos están ubicados en diferentes zonas de la ciudad de Iquique.

- Tres hogares protegidos con un total de 18 cupos y una residencia protegida con 12 cupos (destinada a pacientes con menor capacidad para su autocuidado). Casi todos los pacientes provienen del antiguo hospital psiquiátrico que existía en esta ciudad y que fue cerrado en 1996.
- Un centro diurno donde se realizan actividades de rehabilitación, que depende directamente del servicio de psiquiatría y tiene cupo para 40 personas. Además, existe una casa club, que desarrolla actividades sociales y de rehabilitación, con una supervisión directa del equipo profesional del servicio de psiquiatría. Ambos dispositivos forman parte de un programa laboral más amplio, que considera talleres laborales y un programa especial para la inserción de pacientes en puestos de trabajo.

Existen dos agrupaciones de usuarios (en su mayoría son pacientes con esquizofrenia) y una agrupación de familiares. Participan en forma activa alrededor de 50 personas. Todas ellas administran diversos tipos de proyectos que abordan actividades de recreación, artísticas y de convivencia social.

Esta red asistencial mantiene una estrecha coordinación con diferentes instituciones y organizaciones de la comunidad, lo que ha permitido organizar diversas actividades con ellos.

2. Unidades de Psiquiatría Comunitaria de los Hospitales de Quillota y de Quilpue, del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (V Región de Chile)

Esta zona está ubicada en el centro del país, inmediatamente al norte de la zona descrita anteriormente. Las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar están unidas, formando el segundo complejo urbano más grande del país (después de Santiago). La red que fue incluida en este estudio corresponde a los dispositivos de salud mental que están ubicados en los Hospitales de las ciudades de Quilpue y Quillota, con una población beneficiaria de 348.576 habitantes (año 2005).

Esta red de atención está constituida por:

- Dos centros para atención ambulatoria psiquiátrica, las cuales están dentro de sus respectivos hospitales generales (Quilpue y Quillota). En estas unidades hay dos Equipos de Salud Mental, los que cuentan con médico psiquiatra, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales.
- Un hospital de día ubicado en Quilpue, con 18 cupos.
- Un centro diurno con actividades de rehabilitación, ubicado en la ciudad de Quillota y que atiende a alrededor de 39 personas.

- Dos hogares protegidos: uno en Quilpue y otro en Quillota. Cada uno alberga alrededor de 8 personas (16 en total), donde cerca del 60% provienen de la descarga del hospital psiquiátrico de Valparaíso y el 40% restante son pacientes integrados a estos dispositivos en los años recientes.
- Un club social organizado por los propios usuarios, ubicado en Quilpue. Sus dependencias están en la comunidad.

Además de esta red de servicios, hay 1 agrupación de familiares (en la zona de Quillota) donde participan cerca de 10 personas y 1 agrupación de usuarios con alrededor de 10 personas que están afectadas de una esquizofrenia (en Quilpue).

3. Hospital del Salvador (Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización de Corta estadía), ubicada en la ciudad de Valparaíso y perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (V Región de Chile)

Esta ciudad está ubicada en la zona central de Chile y cuenta con uno de los dos puertos de mayor importancia dentro del país. Su red atiende una población fundamentalmente urbana y tiene una población beneficiaria de 208.863 personas (año 2005).

En la base de este sistema de atención sanitaria hay 14 centros de atención primaria de salud, dentro de la ciudad de Valparaíso.

La red de atención en salud mental para esta comuna está compuesta por:

- Un hospital psiquiátrico ubicado en los márgenes de la ciudad del Valparaíso que data del siglo XIX y que en la última década ha reducido progresivamente su población de pacientes crónicos, descargándolos a diferentes dispositivos comunitarios. En su interior cuenta con cuatro unidades: a) unidad de cuidados especiales destinada a la observación de pacientes al momento de su ingreso, la estadía es breve y tiene 13 camas; b) unidad de agudos o de corta estadía, para pacientes de corta estadía, con 18 camas para hombres y 18 camas para mujeres; c) unidad de mediana estadía, para pacientes de mayor complejidad que se quedan entre 6 y 12 meses, con 20 cupos; y d) unidad de desintoxicación, con 10 camas, destinadas a personas con problemas de alcohol y drogas.
- Tres hospitales de día, todos los cuales funcionan dentro del hospital psiquiátrico. Uno de ellos está destinado a pacientes con trastornos mentales severos y cuenta con 15 cupos. El segundo recibe pacientes con problemas relacionados con el consumo de drogas y tiene 20 cupos. El tercero está destinado a pacientes con patología dual que combina un

trastorno mental severo con problemas producidos por el consumo de drogas y cuenta con 15 cupos¹.

- Dos centros para la atención ambulatoria psiquiátrica que son atendidos por un equipo especializado de profesionales. Uno de ellos está adosado al hospital psiquiátrico y el otro se encuentra en el centro de la ciudad de Valparaíso. La atención se organiza en torno a unidades y programas específicos (para psicóticos, para trastornos afectivos, etc.). Dado que su administración es única y comparte sus recursos, para este estudio se considera como una unidad de atención ambulatoria.
- Ocho hogares protegidos que albergan alrededor de 65 pacientes. Cerca de la mitad provenían del hospital psiquiátrico y fueron trasladados a estos lugares. La otra mitad corresponde a pacientes que han ingresado en los últimos años. Estos hogares están a cargo de cuidadoras que no son parte del equipo de salud y reciben una subvención por cada paciente que tienen a su cuidado.
- Dos centros diurnos que realizan actividades de rehabilitación y atienden en total alrededor de 50 personas con trastornos mentales severos. Aquí se realiza desde entrenamiento en habilidades sociales hasta talleres laborales. En forma intermitente se han desarrollado proyectos para la creación de microempresas, pero que no han logrado mantenerse en el tiempo.
- Hay cuatro clubes de integración social. Están organizados por los propios usuarios, pero en todos los casos existe bastante dependencia de la institución que los alberga (municipio, iglesia y ONG).

Hay tres agrupaciones de familiares de pacientes con discapacidad psíquica que funcionan dentro del hospital psiquiátrico, colaborando en la atención de los pacientes y sus familiares, pero sin iniciativas propias. En total participan en forma activa alrededor de 80 personas.

Existe algún grado de coordinación con otras instituciones de gobierno, municipales y de la caridad (dependientes de la Iglesia Católica). Esto permite obtener algunos beneficios sociales para los pacientes.

4. Instituto Psiquiátrico José Horwitz (Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización de Corta estadía), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Norte (Región Metropolitana de Chile)

Este dispositivo está destinado a brindar la atención al sector norte de la ciudad de Santiago, correspondiendo a las comunas de Independencia, Recoleta, Huechuraba, Quilicura, Conchalí, Til – Til, Lampa y Colina. En esta

¹ Para este estudio fueron incluidos sólo el primero y el tercero.

zona residen 473.288 habitantes (año 2005) que son beneficiarios del sistema público de salud.

La base de la atención sanitaria la brindan 22 centros de atención primaria en salud, 18 de los cuales se ubican en zonas urbanas y 4 en zonas rurales.

El Instituto Psiquiátrico José Horwitz es el heredero del antiguo manicomio de la ciudad de Santiago, fundado durante el siglo XIX y representativo del modelo más tradicional en la atención psiquiátrica. Durante la década pasada se ha hecho un esfuerzo para trasladar pacientes desde los sectores de crónicos hacia la comunidad (a vivir con sus familias o a hogares protegidos). Sin embargo, al igual que en otras partes del mundo, este proceso de desinstitucionalización ha sido resistido por profesionales y trabajadores del hospital, situación que se mantiene hasta el día de hoy.

Este Instituto Psiquiátrico cuenta con Servicios de Hospitalización de Corta, Mediana y Larga Estadía, con una Unidad de Atención Ambulatoria y con una Unidad de Rehabilitación. Además, cuenta con un Servicio de Urgencia y con una unidad especial para personas que sufren una condena penal y al mismo tiempo padecen un trastorno mental. Mantiene una mínima coordinación con dispositivos sociales y organizaciones comunitarias que corresponden a su área geográfica.

En forma paralela a lo acontecido con este establecimiento, el sistema sanitario que atiende a la población de la zona norte de Santiago ha desarrollado progresivamente una red comunitaria que cuenta con otros dispositivos para la atención en salud mental:

1. Siete centros comunitarios de salud mental (uno en cada comuna), que se dedican fundamentalmente a actividades de promoción de la salud mental y atienden algunos problemas específicos tales como violencia intrafamiliar y adolescentes embarazadas. Se coordinan principalmente con los centros de atención primaria y no atienden personas con trastornos mentales severos, los que son directamente derivados al Instituto Psiquiátrico para su atención.
2. Dieciséis hogares protegidos, con cupos para 160 personas. Cuatro de estos son administrados directamente por el Instituto Psiquiátrico. Uno está destinado a pacientes que tuvieron problemas judiciales. El resto son administrados por privados y son financiados con una subvención. Casi la totalidad de los pacientes que residen aquí provienen de los sectores de crónicos del Instituto Psiquiátrico, desde donde fueron trasladados a estas instalaciones.
3. Tres centros diurnos con actividades de rehabilitación psicosocial y laboral, cada uno ubicado en comunas urbanas diferentes y con capacidad para atender a cerca de 100 personas en total. No coordinan sus actividades con el Instituto Psiquiátrico.

5. Complejo Asistencial Barros Luco - Trudeau (Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización de Corta estadía), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur (Región Metropolitana de Chile)

El sistema de atención en salud mental que depende del Complejo Asistencial Barros Luco forma parte de una red más extensa junto con el que depende del CRS² del Hospital El Pino (ver más adelante) y atienden a la población de la zona sur de la ciudad de Santiago. Específicamente, esta red brinda atención a la población de las comunas de San Miguel, San Joaquín, Pedro Aguirre Cerda, La Cisterna, Lo Espejo, Calera de Tango, Buin y Paine, con una población beneficiaria de 461.737 habitantes (año 2005), viviendo en áreas urbanas y rurales.

La base de la atención sanitaria es brindada por 17 centros de Atención Primaria en Salud.

La red de dispositivos para la atención en salud mental, es la siguiente:

- Un centro para la atención ambulatoria psiquiátrica, que se ubica dentro del CDT³ del Complejo Asistencial Barros Luco, que dispone de unidades diferenciadas para la atención de adultos e infanto – juvenil y un programa especial para personas con problemas de dependencia a drogas. Dentro de esta unidad se organizan varios equipos de psiquiatría comunitaria, que son multi-profesionales y que brindan sus servicios en dependencias ubicadas dentro de las mismas comunas.
- Una unidad de urgencia, con funcionamiento continuo, inserta dentro de un servicio de urgencia en el hospital general (Hospital Barros Luco). Corresponde a una de las dos unidades para la atención de urgencias psiquiátricas que existen en el país.
- Un departamento de corta estadía, que cuenta con 28 camas, destinada a la internación de pacientes por períodos breves de tiempo (menos de 2 meses).
- Un hospital de día, que funciona dentro del Complejo Asistencial pero en forma independiente de las unidades de psiquiatría. Cuenta con 20 cupos.
- 16 hogares protegidos que albergan a 130 pacientes, de los cuales cerca de un 60% corresponde a pacientes que antes residían en el Hospital El

² CRS o Centro de Referencia en Salud, corresponde a un dispositivo de mediana especialización donde se brindan servicios médicos ambulatorios.

³ CDT o Centro Diagnóstico Terapéutico, corresponde a un dispositivo de alta especialización donde se brindan todo tipo de servicios médicos ambulatorios (consultas, cirugía y otros procedimientos).

Peral (institución que tenía una gran cantidad de pacientes crónicos y desde hace una década está en un proceso de desinstitucionalización).

- Cuenta con 1 unidad de rehabilitación que desarrolla diferentes programas en el ámbito ocupacional, desde los niveles más básicos (con 50 cupos) hasta trabajos protegidos en condiciones especiales (son puestos de trabajo como funcionarios de dependencias sanitarias) con 35 cupos. En forma adicional, existe un programa de rehabilitación en un centro comunitario, que cuenta con 20 cupos. Además, hay 3 talleres protegidos, que brindan atención a cerca de 30 pacientes, en un programa de trabajo en ambientes protegidos (para pacientes que no logran desarrollar capacidades para un trabajo competitivo).
- Tres clubes de integración social, donde participan alrededor de 30 pacientes.

Además, en esta red participan 4 agrupaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica, las cuales tienen a su cargo la administración de 14 hogares protegidos y los 3 talleres protegidos.

6. Hospital El Pino (Unidades de Psiquiatría Comunitaria, Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización Diurna), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur (Región Metropolitana de Chile)

Este sistema de atención está inserto dentro de la red asistencial del área sur de Santiago, pero se tratará a parte porque tiene un funcionamiento independiente y ha desarrollado un fuerte trabajo comunitario.

Su red incluye parte de dos comunas de esta área: El Bosque y San Bernardo, con una población beneficiaria de 329.294 habitantes (año 2005). Cuenta con 7 centros de atención primaria, con los que existe una buena coordinación para la atención de personas con trastornos mentales.

La red de atención en salud mental tiene los siguientes componentes:

- Dos centros de atención ambulatoria psiquiátrica: uno que atiende dentro de un hospital general (para los habitantes de la comuna de San Bernardo) y otro en dependencias ubicadas en la comunidad (El Bosque).
- Un hospital de día con 18 cupos para adultos.
- Dos centros comunitarios dependientes de la Municipalidad (uno en cada comuna), que cuentan con equipos de salud mental (incluyendo psiquiatras) y que realizan actividades que van desde la promoción hasta el tratamiento de personas con trastornos mentales.

- Cuatro hogares protegidos (dos en cada comuna), con 8 a 10 residentes por cada uno, que son administrados por las respectivas agrupaciones de familiares con discapacidad psíquica.
- Dos clubes sociales, uno en cada comuna, donde participan cerca de 30 pacientes respectivamente.

A lo anterior se agregan dos agrupaciones de familiares y una agrupación de usuarios (fundamentalmente con personas que padecen esquizofrenia).

Es importante destacar que en la comuna de El Bosque se ha constituido un consejo comunal de salud mental, con la participación de diferentes instituciones y organizaciones. Se han realizado diversos proyectos para personas con trastornos mentales severos, pero uno de los más importantes es la creación de una microempresa que se dedica al cultivo en invernaderos, que ha logrado estabilidad en el tiempo (3 años) y que actualmente está traspasando en forma progresiva su administración a los pacientes que allí laboran, previa capacitación en administración de empresas.

7. Hospital Padre Hurtado (Unidad de Atención Ambulatoria), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Región Metropolitana de Chile)

Esta red asistencial atiende una población de 313.962 habitantes (año 2005), residentes en tres comunas de la ciudad de Santiago, que se ubican en la zona sur – oriente de esta metrópoli.

La base de la asistencia sanitaria la proveen 11 centros de atención primaria (7 en la comuna de La Pintana, 2 en la comuna de San Ramón y 2 en la comuna de La Granja).

El Hospital Padre Hurtado fue inaugurado hace 7 años y tiene una administración autónoma (que es un diseño experimental dentro de la reforma sanitaria en Chile). Cuenta con una unidad de psiquiatría, organizada hace cinco años y que brinda atención ambulatoria con un enfoque comunitario.

La red de atención en salud mental es de constitución reciente y cuenta con los siguientes dispositivos (además de la Unidad de Psiquiatría del CRS):

- Una Unidad de Psiquiatría para la atención ambulatoria, que está ubicada dentro del Hospital Padre Hurtado y que mantiene una buena coordinación con los centros de atención primaria para la atención de personas con problemas de salud mental.
- Tres centros comunitarios de salud mental, uno por comuna y que dependen de los respectivos municipios. Sólo uno de ellos cuenta con un psiquiatra y se dedican fundamentalmente a la actividades de promoción

y a la atención de problemas psicosociales (víctimas de violencia, adolescentes embarazadas, etc.).

- Dos hogares protegidos, con cerca de 10 cupos cada uno.
- Dos centros diurnos con actividades de rehabilitación, que atienden entre 15 y 20 pacientes cada uno. Uno de ellos depende de una iglesia y el otro de una Junta de Vecinos. Con ellos se trabajan programas específicos para inserción laboral y para completar la educación.
- Dos clubes sociales, que están administrados por la agrupación de usuarios y familiares de personas con discapacidad psíquica, adosados a dos iglesias del sector (una católica y la otra pentecostal).

Hay una agrupación de usuarios donde participan activamente cerca de 24 personas (ubicada en la comuna de San Ramón) y dos agrupaciones de familiares, también ubicadas en la misma comuna, donde participan cerca de 35 personas, que cuentan con personalidad jurídica y funcionan al alero de la unidad de psiquiatría.

8. Hospital Sótero del Río (Unidades de Atención Ambulatoria y Hospitalización de Corta Estadía), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Región Metropolitana de Chile)

Esta red de atención en salud mental forma parte de una red más extensa (junto con la del Hospital Padre Hurtado que fue descrita anteriormente) y atienden a la población de la zona sur-oriente de la ciudad de Santiago. Específicamente, esta red brinda atención a la población de las comunas de Puente Alto, Pirque y San José de Maipo, con una población beneficiaria de 355.198 habitantes (año 2005), viviendo en áreas urbanas y rurales.

La base de la atención sanitaria es brindada por 10 centros de Atención Primaria en Salud (7 en la comuna de Puente Alto, 1 en Pirque y 2 en San José de Maipo).

La red de dispositivos para la atención en salud mental, es la siguiente:

- Un centro para la atención ambulatoria psiquiátrica, que se ubica en el CDT del Hospital Sótero del Río.
- Una Unidad de Hospitalización de corta estadía, dentro del Hospital Sótero del Río, que cuenta con 12 camas.
- Un hospital de día, que también funciona dentro del Hospital Sótero del Río y que cuenta con 20 cupos.

- Tiene un centro diurno, donde se realizan actividades de rehabilitación psicosocial y que está ubicado en dependencias fuera del hospital. Cuenta con 41 cupos para personas con trastornos mentales severos.

Además, esta red cuenta con una agrupación de usuarios y de familiares de personas con discapacidad psíquica, donde participan cerca de 70 personas en forma activa.

VARIABLES

En los siguientes recuadros se describen las diferentes variables que serán incluidas en el estudio, para los pacientes y para las redes de atención.

Variables en el nivel del paciente

<i>Grupos de variables</i>	<i>Variables específicas</i>
Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • sexo • edad • identificación étnica • estado civil • tipo de convivencia • n° de personas con las que vive bajo el mismo techo • n° de años de estudio (previo al diagnóstico y al momento de la entrevista) • estatus ocupacional (previo al diagnóstico y al momento de la entrevista)
Participación y apoyo social al momento de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ▪ frecuencia e intensidad de participación en organizaciones sociales (organizaciones vecinales, deportivas, religiosas, agrupaciones de usuarios y otras) ▪ apoyo social (medido con la escala de Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California – versión española)
Antecedentes al momento del diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ edad al momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez ▪ nivel de funcionamiento global al momento del diagnóstico (GAF), de acuerdo a la apreciación del equipo clínico que lo atendió
Evolución clínica desde el diagnóstico hasta la entrevista actual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ porcentaje del tiempo que ha permanecido bajo control (referido al período comprendido entre el diagnóstico y la entrevista). ▪ tasa anual de recaídas (definida como el promedio anual en que se producen episodios caracterizados por un incremento significativo de los síntomas positivos y/o un aumento en las dosis de antipsicóticos, de acuerdo al médico encargado del caso y antecedentes en la ficha clínica) ▪ número de hospitalizaciones y duración de estas
Intervenciones de tratamiento recibidas (entre el diagnóstico y la entrevista)	<p><u>Tratamiento farmacológico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tratamiento antipsicótico: <ul style="list-style-type: none"> • tipo de fármacos usados (énfasis en el último año) • adherencia al tratamiento farmacológico, desde el diagnóstico inicial hasta la fecha (uso continuo, en dosis adecuada y en la forma prescrita)

Intervenciones de tratamiento recibidas (entre el diagnóstico y la entrevista) (continuación)	<u>Tratamientos psicosociales</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ psicoeducación individual: <ul style="list-style-type: none"> • ha recibido esta intervención o no • nivel de adherencia a las actividades ▪ intervenciones familiares: <ul style="list-style-type: none"> • ha recibido intervenciones de este tipo • nivel de adherencia a las actividades, tanto del paciente como de la familia ▪ intervenciones psicológicas: <ul style="list-style-type: none"> • ha recibido intervenciones de este tipo • nivel de adherencia a las sesiones ▪ rehabilitación psicosocial: <ul style="list-style-type: none"> • ha recibido intervenciones de este tipo • nivel de adherencia a las actividades
Estado clínico al momento de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nivel de funcionamiento global (GAF) al momento de la entrevista, de acuerdo a la opinión del equipo clínico que lo atiende ▪ estado psicopatológico actual, evaluado a través de la PANSS ▪ valoración del diagnóstico con la entrevista psiquiátrica estandarizada PSE-9
Satisfacción de necesidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ evaluación de la existencia de diferentes necesidades y del grado de satisfacción, utilizando el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN, versión española para investigación)
Calidad de vida relacionada a la salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ puntuación obtenida en el Cuestionario de Calidad de Vida de Sevilla (para pacientes con esquizofrenia)

Variables en el nivel de las redes de dispositivos de salud mental

<i>Grupos de variables</i>	<i>Variables específicas</i>
Características generales de la red de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizó un instrumento construido especialmente para valorar redes de atención en salud mental en Chile (EvaRedCom V 1.0 – TMS – Red), de la cual se tomaron las siguientes dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • accesibilidad geográfica y económica • cantidad de recursos humanos (separado para: psiquiatras, otros profesionales y técnicos)
Nivel de especialización de los dispositivos que conforman la red	<ul style="list-style-type: none"> • Se basó en el Cuestionario para Clasificar las Modalidades de Cuidado y Escala para Valorar su Nivel de Especialización (WHO-ICMHC), que fue aplicado a cada uno de los dispositivos que formaban parte de cada red.
Tipo predominante de modelo de cuidados en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizaron los criterios del EvaRecCom V 1.0 – TMS – Red para valorar el grado de desarrollo del modelo basado en la comunidad (MBC)

INSTRUMENTOS

La entrevista a utilizar contiene varias encuestas preparadas especialmente para el estudio (características sociodemográficas, antecedentes clínicos,

tratamientos y adherencia a estos, beneficios sociales, etc.) y varios instrumentos específicos para la medición de ciertas variables (algunos de los cuales corresponden a las de resultados).

A continuación revisaremos los antecedentes y características de los diversos instrumentos que fueron utilizados.

En los pacientes:

- Present State Examination, version 9 (PSE-9). Este instrumento corresponde a una entrevista psiquiátrica semiestructurada, que fue desarrollada por JK Wing et al (1974) y tiene por finalidad evaluar, medir y clasificar las alteraciones psicopatológicas en adultos, que se asocian a trastornos psiquiátricos. Requiere que el entrevistador tenga experiencia en la exploración psicopatológica y haya recibido un entrenamiento especial para su aplicación. Evalúa el estado psicopatológico y el nivel de funcionamiento durante el mes previo a la entrevista (present state). Se cuenta con una versión en español.

El PSE es una variante de las entrevistas semiestructuradas que utiliza una técnica denominada interrogatorio cruzado (cross – examination), a través de la cual se garantiza la exploración de la experiencias psicopatológicas consideradas cruciales para el diagnóstico psicopatológico (Vásquez – Barquero et al 2000).

Está compuesta por 140 ítems, 54 de los cuales son obligatorios. Dichos ítems se organizan en 20 secciones sintomatológicas, divididas en tres partes: a) la primera está compuesta por 11 secciones y exploran síntomas como ansiedad, irritabilidad, insomnio, etc.; b) la segunda está compuesta por 6 secciones y explora cuadros como psicosis, daño orgánico o trastornos graves de la personalidad; y c) la tercera explora dimensiones del comportamiento, afecto y lenguaje, permitiendo que el entrevistador realice una evaluación objetiva.

Se cuenta con un glosario que especifica la esencia de cada una de las 140 experiencias psicopatológicas, evaluando su presencia e intensidad con un rango de puntuación entre 0 y 3.

El ordenamiento de los síntomas para construir categorías nosológicas se hace a través del programa CATEGO, cuyas clases se corresponden con las categorías de la CIE – 9. También se pueden obtener resultados intermedios, cuales son 38 categorías sindromáticas y la clasificación del entrevistado en niveles de probabilidad de ser un caso.

El PSE ha sido utilizado para diversos tipos de investigación epidemiológica, en estudios poblacionales, así como en grupos de pacientes para análisis de causalidad y para la evaluación de tratamientos (WHO 2000). También se ha usado como estándar en la validación de la CIDI (Composite

International Diagnostic Interview) (WHO 2000). Los estudios para medir su fiabilidad se han hecho en pacientes hospitalizados y en atención ambulatoria, demostrando una buena fiabilidad para ítems y secciones (con un kappa entre 0,71 y 0,84) y una menor fiabilidad test – retest (kappa promedio entre 0,41 y 0,64) (WHO 2000).

- The Global Assessment of Functioning scale (GAF). Esta escala fue diseñada originalmente por Endicott et al (1976) y mide el funcionamiento global del individuo, considerando el impacto de los síntomas y el nivel de discapacidad en diferentes ámbitos de su vida (familia, trabajo, relaciones sociales, etc.).

Utiliza una escala continua entre 0 y 100, donde las cifras inferiores denotan un severo grado de disfunción y las cifras superiores corresponden a un buen funcionamiento. En general, cuando la puntuación es de 60 o menos se considera que hay un nivel importante de disfunción. Por otra parte, cuando la puntuación es de 90 o más hay un buen nivel de funcionamiento.

Es de fácil aplicación y la mayoría de los clínicos están habituados a usarla (en el contexto del diagnóstico multiaxial de la clasificación DSM), por lo que resulta un instrumento sencillo y útil para valorar el nivel de disfunción global.

La revisión hecha por HH Goldman et al (1992) acerca del uso, fiabilidad y validez del GAF original concluye que tiene dos limitaciones importantes: a) la combinación de síntomas y funcionamiento en una sola escala, lo que puede confundir los aspectos que están siendo evaluados; y b) la valoración del funcionamiento está basada sólo en el efecto del trastorno mental y no sobre el efecto combinado de enfermedades físicas y mentales. Sin embargo, ninguno de los otros instrumentos para evaluar el funcionamiento global fue mejor que el GAF, por lo que los autores terminan proponiendo una versión que busca resolver las limitaciones señaladas anteriormente. Esta última es la que será utilizada en esta investigación.

- Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Es un instrumento para la valoración clínica de síntomas positivos y negativos que se observan en la esquizofrenia, así como de otros elementos de psicopatología general. Fue desarrollada por SR Kay et al (1987), a partir de la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), utilizando una reagrupación de los ítems que componían la SANS/SAPS (Scale for the Assessment Negative Symptoms/Positive Symptoms) de NC Andreasen.

La escala consta de 30 ítems: 7 corresponden a síntomas negativos (PANSS-N), 7 a síntomas positivos (PANSS-P) y 16 a psicopatología general (PANSS-PG). Cada síntoma se valora en cuanto a su existencia y a la intensidad en que está presente.

Debe ser aplicada por un profesional con entrenamiento en el diagnóstico psicopatológico y que haya recibido una capacitación especial para usarla. Se basa en una entrevista semi-estructurada, que dura entre 30 y 40 minutos.

La PANSS cuenta con una Entrevista Clínica Estructurada (SCI-PANSS) que permite una clara mejoría en sus parámetros de fiabilidad inter-jueces y test-retest. Ha demostrado una buena validez concurrente con la SANS/SAPS y con la CGI (Clinical Global Impression Scale) (Salvador Casulla et al 2000).

La adaptación al castellano fue hecha por sus propios autores. Se han realizado diversos estudios en población española para conocer su fiabilidad, su estructura factorial y su validez concurrente, demostrando un funcionamiento similar al encontrado en otros lugares (Salvador Casulla et al 2000).

- Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). Este cuestionario fue desarrollado por un grupo de profesionales de diversas Universidades de España, con la finalidad de evaluar específicamente la calidad de vida en personas que sufren una esquizofrenia (Giner et al 1997). Se construyó considerando diferentes ámbitos relevantes para la vida de estas personas. Posteriormente se elaboraron enunciados que se ajusten a estos ámbitos, prestando especial atención al grado de satisfacción o malestar que dichos enunciados podrían generar en los pacientes. A través de una técnica Delphi se llegó a una versión preliminar, la que fue sometida a prueba con una muestra de 279 pacientes. Los resultados se obtuvieron de un análisis factorial y la versión definitiva quedó compuesta por 59 ítems (Giner et al 1997).

Esta Escala está compuesta de dos dimensiones, cada una con varios factores. La primera dimensión está constituida por **aspectos satisfactorios o positivos de la calidad de vida**; contiene 3 factores: satisfacción vital, autoestima y armonía; y, le corresponde 13 preguntas dentro del cuestionario. La segunda dimensión por el contrario, se refiere a aquellos **aspectos insatisfactorios o negativos de la calidad de vida**; contiene 9 factores: falta de aprehensión cognitiva, pérdida de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, dificultad de expresión cognitiva, extrañamiento, miedo a la pérdida del control, hostilidad contenida y automatismos; y, le corresponde 46 ítems dentro del instrumento (Giner et al 1997).

La validez de constructo fue valorada a través del contraste de resultados en diferentes tipos de pacientes (nivel educacional, estado civil, situación laboral, asistencia médica, evolución de la enfermedad y tipo de neuroléptico utilizado) (Ibáñez et al. 1997). También se midió la correlación con otro instrumento que también evalúa la calidad de vida, obteniéndose un $p < 0,001$ (Ibáñez et al. 1997).

Su validez convergente y discriminante se estudió a través de matrices multirasgo - multimétodo, con otro instrumento de calidad de vida y la valoración clínica con la PANNS. La dimensión de aspectos favorables correlaciona positivamente con el otro instrumento de calidad de vida ($r=0,50$) y en forma inversa con la escala de síntomas negativos de la PANNS ($r=-0,17$), aunque en este último caso la varianza sólo es explicada en menos del 9%. En síntesis, la dimensión de aspectos favorables muestra una buena validez convergente y discriminante. Por otra parte, la dimensión de aspectos desfavorables correlaciona en forma inversa con el otro instrumento de calidad de vida ($r=-0,35$) y en forma directa con las subescalas de síntomas positivos ($r=0,33$) y de síntomas negativos ($0,41$) de la PANNS. Por tanto, muestra una buena validez convergente, pero dudas respecto a su validez discriminante, pudiendo confundir el constructo de calidad de vida - aspectos desfavorables con la psicopatología propiamente tal (Ibáñez et al. 1997).

Respecto de su consistencia interna, la dimensión de aspectos favorables obtuvo un alfa de Cronbach de 0,85 y para la dimensión de aspectos desfavorables este fue de 0,94, valores que son bastante buenos para un instrumento de este tipo (Ibáñez et al. 1997).

Es importante mencionar que sus autores han estudiado la relación entre el grado de satisfacción de necesidades (utilizando el CAN, al igual que lo que se quiere hacer en este estudio). La dimensión de aspectos favorables mostró una asociación significativa con 8 de las 22 áreas exploradas por el CAN, en contraste con la dimensión de aspectos desfavorables donde sólo fue hallado en 2 áreas. Los autores concluyen que ambos instrumentos miden aspectos diferentes y puede ser útil complementarlos (Baca et al 1997).

Recientemente se ha utilizado para valorar el impacto de tratamiento con antipsicóticos de segunda generación, mostrando una buena sensibilidad al cambio y reafirmando la validez de sus dos subescalas (Giner y cols 2004).

En Chile, Alvarado & Muñoz (2007) han estudiado las propiedades psicométricas de este cuestionario en una muestra de 183 personas con un trastorno mental severo (en su gran mayoría con diagnóstico de esquizofrenia). Ellos reportan una buena correlación ítem - dimensión (para todos los ítems de ambas dimensiones), con resultados en el alfa de Cronbach de 0,89 para la dimensión de aspectos favorables y de 0,95 para la dimensión de aspectos desfavorables. Los resultados del análisis factorial fueron diferentes a los reportados por los autores en el estudio original, a la vez que los valores en el alfa de Cronbach descendían bastante al considerar factores específicos. Los autores concluyen que es un buen instrumento para valorar la calidad de vida relacionada a la salud en este grupo de personas y que es recomendable utilizarlo con las dos dimensiones generales, pero no con factores específicos.

- Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN). Este instrumento (Camberwell Assessment of Needs – CAN) fue propuesto por M Phelan y cols. en 1993 y utilizado por el equipo de investigación del Instituto de Psiquiatría de Londres y del Hospital de Maudsley (Phelan et al 1995, Thronicroft et al 1998).

Este instrumento se fundamenta en el marco conceptual que concibe las necesidades en interacción con las intervenciones para satisfacerlas y por tanto, sería de utilidad para la evaluación de servicios sanitarios. Considera “necesidad” cuando el nivel de funcionamiento de un enfermo desciende o peligra hacerlo por debajo de un estándar arbitrariamente establecido y para el cual existe una intervención efectiva. Una necesidad estaría cubierta cuando ha sido objeto de la intervención de mayor efectividad conocida hasta ese momento y estaría insatisfecha cuando no está recibiendo una intervención o existen otras de mayor efectividad potencial (Jiménez Estévez y cols 1997).

Dado el interés porque este instrumento sea de utilidad en la práctica cotidiana de los servicios y sirva para evaluarlos, sus autores lo han diseñado con la finalidad de que sea fácil y rápido de usar, posible de aplicar por diferentes profesionales a cualquier persona con una enfermedad mental grave, tener buenas propiedades psicométricas y medir las necesidades cubiertas y no cubiertas, así como el nivel de ayuda recibida por su red social cercana y por los servicios donde se atiende (Jiménez Estévez y cols 1997).

Los datos de validación y fiabilidad fueron originalmente publicados por su autor (Phelan et al 1995) y hechos en población de profesionales y enfermos ingleses. Se observó una buena validez aparente, de consenso y de contenido. La fiabilidad inter-jueces para profesionales fue de un kappa de 0,90 y para enfermos de un kappa de 0,87. La fiabilidad test–retest fue inferior, con un kappa de 0,51 para pacientes y 0,61 para profesionales.

La traducción al español se realizó por un equipo del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad de Granada, a través de un proceso de traducción simultánea y posterior retrotraducción. Ellos han reportado datos preliminares en una muestra española con valores semejantes: kappa de 0,91 para la evaluación inter-jueces de profesionales y enfermos, y un kappa de 0,60 para la evaluación test–retest de profesionales y 0,62 para pacientes (Jiménez Estévez y cols 1997).

La actual versión del CAN cubre 22 áreas diferentes de necesidades:

- alojamiento
- alimentación
- cuidado del hogar
- cuidado personal

- actividades diarias
- salud física
- síntomas psicóticos
- información acerca del estado y del tratamiento
- angustia
- seguridad hacia sí mismo
- seguridad de los otros
- alcohol
- drogas
- compañía
- relaciones de pareja
- sexualidad
- cuidado de los hijos
- educación básica
- teléfono
- transporte
- dinero
- ayudas sociales

Dentro de Chile, hasta la fecha no existen reportes de que haya sido utilizado en alguna investigación.

- Escala de Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California. La existencia de diversas escalas para evaluar el apoyo social demuestra que se trata de un constructo para el cual aún no existe un consenso suficiente entre los investigadores. Se ha elegido esta escala porque permite identificar tanto el apoyo social actual como el apoyo social esperado (y por tanto la diferencia entre ambos, que expresaría el grado de insatisfacción con su actual soporte social) y porque ha sido una de las más utilizadas en Chile, lo que permite tener estándares de referencia nacionales.

Fue construida originalmente por el Departamento de Salud Mental del Estado de California y fue adaptada en España por el Departamento de Psicología Médica en la Universidad de Valladolid (Conde et al 1984).

Está constituida por 6 ítems, que exploran la cantidad de personas con las que el sujeto cuenta frente a diversas situaciones (poder contar sus problemas, recibir ayuda para estos, compartir socialmente, etc.), así como la expectativa de él o ella respecto de cómo quisiera que fuera. Cada ítem tiene cuatro alternativas y la puntuación puede fluctuar entre 0 y 40 puntos, indicando los valores más altos un mayor apoyo social. Es de fácil y rápida aplicación, no presenta problema en su comprensión.

Su uso en una extensa muestra de 3.010 sujetos jóvenes en la Comunidad Autónoma del País Vasco mostró que era útil para estudios en el campo de la salud mental observando su relación con algunas dimensiones de la red social, con la autoimagen y con la percepción de control sobre el medio (Páez 1986).

En nuestro medio se ha estudiado su validez discriminante al contrastar sus resultados entre personas con un trastorno emocional y uno control, observando diferencias significativas en la puntuación del apoyo real, así como entre éste y el soporte esperado (Alvarado et al 1992). Igualmente, se ha estudiado su validez convergente con la escala de balance afectivo y lo que sucede con sus dos subescalas para afectividad positiva y afectividad negativa, encontrándose resultados significativos en la correlación (Alvarado et al 1995).

En Chile, se ha encontrado que el bajo apoyo social es predictivo para el desarrollo de una depresión en el postparto (Alvarado et al 1994, 2000) y para el bajo peso de nacimiento (Alvarado et al 2002). De igual forma, en estudios con jóvenes se ha descrito asociación entre bajo apoyo social y tabaquismo (Alvarado et al 1997), consumo de drogas (Alvarado et al 2003) y síntomas ansioso – depresivos (Alvarado et al 2001). En el siguiente recuadro se muestran los valores obtenidos en algunos estudios con muestras chilenas.

Referencia	Características de la población	prom ± de
Alvarado et al. 1992	Muestra poblacional, tomada en forma intencional (80,0% mujeres)	20,4 ± 7,9
	Muestra clínica, con diagnóstico de trastorno emocional (82,5% mujeres)	14,7 ± 7,3
Alvarado et al. 2002	Muestra de mujeres embarazadas, alrededor de las 30 semanas de gestación	18,4 ± 5,7
Alvarado et al, 2007b	Muestra poblacional (probabilística) de mujeres, sin trastorno depresivo	17,8 ± 7,9
	Muestra poblacional (probabilística) de mujeres, con trastorno depresivo	14,9 ± 6,6

En las redes de atención en salud mental:

- **WHO – Internacional Classification of Mental Health Care (ICMHC) – versión española.** Se trata de un instrumento destinado a valorar las diferentes modalidades de cuidados psiquiátricos y psicosociales y el nivel de especialización que estos poseen. La versión en español fue realizada por el Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad de Granada (Torres – González et al 1997).

La valoración se realiza en torno a 10 aspectos diferentes. En cada uno de ellos se asigna una puntuación de 0 a 3, siendo el 0 la inexistencia de la actividad y 3 el mayor nivel de especialización en la entrega de este servicio (también es posible que alguno de los 10 aspectos evaluados no se aplique al dispositivo en particular). La puntuación final es la suma de los 10 aspectos y su valor teórico puede fluctuar entre 0 y 30.

Los 10 ámbitos que se incluyen son:

- a. *Establecimiento y mantenimiento de relaciones profesionales.* Evalúa las actividades enfocadas a conseguir la implicación de los individuos que tienen necesidades de ayuda profesional relacionada con cuidados de la salud mental. Involucra tanto las actividades para establecer la relación terapéutica como para mantenerla.
- b. *El problema y su evaluación funcional.* Evalúa las actividades que son necesarias para elaborar un plan integral de tratamiento o de rehabilitación (problemas psicológicos, sociales y somáticos), así como el seguimiento de éste y su re-evaluación permanente.
- c. *Coordinación de los cuidados.* Evalúa las actividades destinadas a la coordinación dentro del dispositivo de atención y entre éste y otros dispositivos, con la finalidad de garantizar que los individuos tengan acceso a cada uno de los servicios sanitarios y sociales que precisen.
- d. *Cuidados de salud general.* Evalúa todas las actividades que son necesarias para que los individuos que allí se atienden reciban cuidados generales de salud, provistos dentro del dispositivo o fuera de este (bajo su responsabilidad).
- e. *Hacerse cargo de actividades de la vida diaria.* Evalúa las actividades que son necesarias para atender a aquellos individuos que no son capaces de valerse por sí solos, evitando que estos se abandonen, incluso poniendo en riesgo su propia vida.
- f. *Intervenciones farmacológicas y otras intervenciones somáticas.* Evalúa todas las actividades relacionadas con el uso de medicamentos y otras intervenciones somáticas (terapia convulsiva, etc.). Considera las actividades de prescripción, seguimiento de los efectos terapéuticos y adversos y ajustes a las indicaciones iniciales.
- g. *Intervenciones psicológicas.* Incluye todas las intervenciones destinadas a facilitar cambios en la forma en que los individuos perciben y entienden sus emociones, pensamientos y conductas. Considera el entrenamiento del personal para su implementación, como la diversidad de intervenciones que se ofrecen.
- h. *Re-educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales.* Abarca todas las intervenciones enfocadas a ayudar al enfermo a afrontar sus deterioros y sus discapacidades personales. En general, están orientadas a mejorar las capacidades del individuo para manejar sus síntomas, su autonomía, su tiempo libre e interacción social, etc. Al igual que en el caso anterior, se valora el entrenamiento de personal y la diversidad de intervenciones que se ofrecen.
- i. *Actividades diarias.* Se evalúa la existencia de actividades enfocadas a ayudar y/o entrenar a los individuos a pasar el día en algo que les merezca la pena, considerando que: sean personalmente satisfactorias, tengan un valor social intrínseco y les ayude a superar sus minusvalías sociales. También en este caso se valora el entrenamiento del personal y la diversidad en la oferta de intervenciones.
- j. *Intervenciones dirigidas a la familia, parientes y otros.* Se refiere a todas las actividades destinadas a aumentar el soporte en el entorno del individuo. Las intervenciones pueden estar dirigidas a la familia o a una

red más extensa (vecinos, amigos, etc.), entregando información apropiada y enseñando a enfrentar las dificultades en la convivencia con el paciente. Se valora el entrenamiento del personal para ejecutar las actividades y la diversidad de acciones que se realizan.

- Instrumento para la evaluación de la estructura y funcionamiento de redes comunitarias de atención y cuidado para personas con trastornos mentales severos (EvaRedCom – TMS versión 1.0). Este instrumento fue construido en forma especial para Chile, con la finalidad de describir y caracterizar el funcionamiento de las redes de atención para personas con esquizofrenia (Alvarado 2007c), basado en el modelo comunitario de atención propuesto en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de este país (Ministerio de Salud 2001).

Su construcción y validación fue hecha a través de tres pasos sucesivos. En el primero se hizo una definición conceptual de los diferentes ámbitos que un instrumento de este tipo (con fines de planificación) debería tener, incluyendo la revisión bibliográfica sobre el tema y el análisis de otros instrumentos que estaban vigentes en ese entonces. El segundo paso consistió en someterlo a la opinión de una variedad de expertos, tanto del campo de la psiquiatría como de gestión de servicios sanitarios, que iban desde los que trabajan en áreas de planificación (en el Ministerio de Salud) hasta jefes de servicios clínicos. El tercer paso consistió en su aplicación en forma piloto en tres redes de atención en salud mental.

Este instrumento consta de tres partes: a) un manual de aplicación, b) un instrumento para describir y valorar la red asistencial, y c) un instrumento para describir y valorar dispositivos específicos dentro de cada red (que corresponde al WHO-ICMHC, al cual se le han agregado preguntas para precisar lo que sucede en cada una de las modalidades de cuidados en el contexto de la realidad chilena de los servicios de salud mental).

El componente de este instrumento que está destinado a describir y valorar la red asistencial permite obtener la siguiente información:

- datos generales de la población que es atendida por esa red: número de personas, tasa de ruralidad, tasas de pobreza, etc.;
- identificar cada uno de los componentes o dispositivos de la red, así como las funciones asistenciales que cumple dentro de ella;
- identificar la capacidad de atención de cada dispositivo para las diferentes funciones (número de camas, número de cupos, etc.);
- identificar organizaciones sociales que colaboran o trabajan en forma coordinada con esta red (agrupaciones de usuarios y de familiares, iniciativas de empleo, grupos sociales que integran a personas con trastornos mentales severos, etc.);
- conocer los diferentes recursos humanos que están en cada uno de los dispositivos dentro de la red, con lo que se pueden obtener tasas por tipos de recursos (por ej., horas de psiquiatra por 10.000 habitantes);

- conocer la accesibilidad geográfica de la red, medido a través del tiempo que una persona demora desde su casa hasta llegar a un dispositivo específico; se parte obteniendo información desagregada por tipo de dispositivo y por comuna (usando la técnica de isocronas), para luego obtener indicadores agregados para la red en su conjunto;
- conocer la accesibilidad económica de la red, medido a través del gasto en transporte que una persona debe hacer para llegar hasta un dispositivo específico; al igual que en el caso anterior, se parte obteniendo información desagregada por tipo de dispositivo y por comuna, para luego obtener indicadores agregados para la red en su conjunto;
- sobre los tiempos de espera para recibir un tipo de atención específica (una consulta psiquiátrica, una consulta psicológica, el ingreso a una hospitalización, el cupo para un servicio de rehabilitación psicosocial, etc.); y,
- sobre la coordinación y funcionamiento de la red en su conjunto (existe una red constituida, con reuniones periódicas, con planes anuales y evaluaciones posteriores, etc.).

Un aspecto que es relevante para los objetivos de esta tesis es la forma en que este instrumento mide el grado de desarrollo que una red posee dentro del modelo basado en la comunidad (MBC). Aunque inicialmente, el autor del instrumento había pensado en 7 criterios, donde cada uno de ellos combinaba varios indicadores, la prueba piloto del instrumento mostró que sólo uno de los criterios era el que discriminaba las diferentes redes respecto del grado de avance en este modelo de atención.

Este criterio se refiere a que la red de atención esté basada principalmente en dispositivos que estén ubicados cerca de la comunidad y reúne tres indicadores:

1. porcentaje de población que cuenta con al menos un equipo de psiquiatría comunitaria dentro de su comuna,
2. porcentaje de población que cuenta con al menos un servicio de rehabilitación psicosocial dentro de su comuna,
3. porcentaje de población cuya accesibilidad geográfica a un hospital de día es menor a 1 hora.

Estos tres indicadores se promedian dando así una cifra cuyo valor teórico puede fluctuar entre 0 y 100. Esta será el indicador que en esta tesis se utilizará para medir el grado de avance de cada red en el MBC.

Dado que varios de los instrumentos que se iban a utilizar en las entrevistas a los pacientes no habían sido utilizados previamente en Chile se realizó una etapa de validación semántica y de contenido antes de su aplicación definitiva.

En primer lugar, el conjunto de las encuestas fueron sometidas a la opinión de ocho profesionales que trabajaban directamente en la atención de este tipo de

pacientes (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales), así como a ocho pacientes y familiares (que participaban en agrupaciones de usuarios y de familiares). Esto permitió verificar el lenguaje utilizado y sólo fue necesario hacer mínimas modificaciones a la encuesta original.

En segundo lugar, se realizó un pilotaje previo a su aplicación definitiva con 10 pacientes esquizofrénicos, que tenían alrededor de 5 años de tratamiento desde su diagnóstico (por lo que no estarían incluidos en la población a estudiar). De esta forma se estudió la comprensibilidad y adecuación de la entrevista. Como resultado de esta etapa sólo se introdujeron cambios menores en la encuesta.

TRABAJO DE CAMPO Y RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

El trabajo de campo se puede dividir en dos componentes: a) la selección y entrevista de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, y b) la aplicación del instrumento para la evaluación de las redes de atención sanitaria. Cada componente se trabajó con equipos independientes, pero en forma paralela respecto de los tiempos en que se recogieron los datos.

a) Trabajo de campo con pacientes

En el mes de abril del 2005 se realizó al entrenamiento de los encuestadores, incluyendo tanto la capacitación para la aplicación de la PSE-9 (de una semana de duración, con un profesor acreditado, que viajó desde España a Chile), como para el resto de los instrumentos que componen la encuesta. La capacitación duró 7 días (cinco para la PSE-9 y dos para el resto de los instrumentos).

La recolección de los datos se realizó entre mayo del 2005 y marzo del 2006. Se tuvo un coordinador en cada uno de los centros de atención psiquiátrica que fueron seleccionados, los cuales se encargaron de identificar los potenciales casos que habían ingresado en ese servicio, recogían la información correspondiente a la evaluación del equipo que lo atendía y a la evolución registrada en la ficha clínica. Se asumió que la información referida al momento del diagnóstico y a la evolución tiene menos fiabilidad por el tiempo que ha transcurrido, razón por la cual todos los datos fueron cotejados en ambas fuentes (ficha clínica y equipo tratante). Posteriormente, los coordinadores tomaban contacto con el paciente, le explicaban las características del estudio y le solicitaban su colaboración, incluyendo la firma del consentimiento informado (cuando el contacto era telefónico se dejaba la firma del consentimiento para el momento en que se realizaba la entrevista). A continuación se fijaba una entrevista con los encuestadores que eran los responsables de aplicar la PSE-9 y la batería de instrumentos.

En el caso de los pacientes que habían abandonado sus controles, los coordinadores locales procedían a un rastreo de su actual residencia, para luego ser visitados directamente por los entrevistadores (quienes eran los responsables de explicar las características del estudio, solicitar la colaboración y firma del consentimiento informado).

b) Trabajo de campo con las redes de atención sanitaria

Tal como se explicó previamente, esta tesis incluyó la confección de un instrumento especial para valorar las redes de atención, trabajo que se efectuó entre noviembre del 2005 y enero del 2006.

La aplicación de los instrumentos se realizó entre febrero y abril del 2006, y fue hecha por el autor de la tesis y una enfermera especializada en psiquiatría con vasta experiencia en gestión de servicios de salud mental. Ambos realizaron las primeras dos aplicaciones en conjunto para lograr tener criterios comunes y así obtener una buena fiabilidad en el trabajo.

El primer paso consistía en la aplicación del EvaRedCom – TMS versión 1.0 al Jefe del Programa de Salud Mental de cada uno de los ocho Servicios de Salud (esto corresponde a un distrito sanitario, dentro del cual está inserta la red de atención para personas con problemas de salud mental). Posteriormente, se aplicaba el WHO-ICMHC a los encargados de cada uno de los dispositivos que conformaban esa red de atención.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dadas las características de este estudio se tuvieron en cuenta tres consideraciones de carácter ético.

- El ingreso al estudio fue voluntario y suficientemente informado, para lo cual se ha elaborado un consentimiento informado que fue firmado por el paciente antes de proceder a su inclusión dentro de la investigación.

En este mismo sentido, se aseguró que la decisión del paciente (respecto de incorporarse o no al estudio) fue previa a la recolección de sus datos clínicos y si el paciente rechazó ser entrevistado se aseguró que esto no influyera en el acceso a sus tratamientos e intervenciones que se le estaban entregando.

- Toda la información recogida para cada uno de los pacientes fue manejada en forma confidencial y únicamente para fines de investigación.

Los diferentes instrumentos que conforman la entrevista fueron almacenados en carpetas individuales, a las que sólo tuvieron acceso los miembros del equipo investigador, los coordinadores locales y los entrevistadores. Las carpetas se guardaron en un lugar seguro e independiente de los servicios donde recibían la atención.

En las bases de datos no se registraron los nombres, RUT u otras formas de identificación del paciente. Sólo se usaron números de correspondencia con las carpetas, para poder proceder a la identificación de los casos cuando así fuese necesario.

- En aquellos casos donde se detectaron problemas clínicos, de adherencia a los tratamientos o de otro tipo, los entrevistadores realizaron educación al paciente y a su cuidador, intentando persuadirlos para que consulten a la brevedad con su equipo tratante.

No se detectaron casos que requirieran atención de urgencia, por lo que no fue necesario hacer otro tipo de intervenciones más allá de la educación.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Los resultados y conclusiones de este estudio sólo son aplicables a los pacientes con esquizofrenia que se encuentran en tratamiento en el sistema público en años recientes.

Los resultados no pueden extenderse a los pacientes que no han recibido tratamiento y se encuentran en la comunidad, por razones obvias. Tampoco para aquellos que se atienden en el sistema privado porque tienen otras condiciones sociales y económicas, además de que este sistema de atención no ha desarrollado un modelo comunitario como el que aquí se estudia. Y finalmente, tampoco se puede aplicar a pacientes que llevan muchos más años de evolución por dos razones: por la historia natural de la enfermedad y porque el modelo comunitario es de reciente desarrollo en Chile y no fueron beneficiados con éste en los primeros años de su enfermedad.

Sin embargo, los resultados deberían reflejar lo que está sucediendo con los pacientes esquizofrénicos de reciente diagnóstico en el sistema actual. Y dado que la política en salud mental avanza hacia el desarrollo de un modelo más centrado en la comunidad, los resultados deberían ser aplicables progresivamente al resto del país y a los años venideros.

- Dado que se trata de un diseño transversal no es posible atribuir direccionalidad a las asociaciones que se encuentren.
- Los dos constructos que se estudian como variables de resultado en el nivel del paciente se encuentran en pleno desarrollo conceptual en las últimas décadas, especialmente en lo que se refiere a su aplicación al campo de la evaluación de servicios para personas con esquizofrenia. Esto determina la necesidad de que los resultados siempre sean referidos al instrumento en particular y dificulta la comparación con estudios que hayan empleado otros instrumentos.

Para reducir esta limitación se ha buscado usar instrumentos que hayan sido utilizados previamente dentro de este campo de investigación, con parámetros psicométricos conocidos y donde exista una versión en español ya probada.

- Los instrumentos utilizados para medir estos dos constructos no han sido probados previamente en nuestro país, lo que introduce un riesgo en la validez interna de éstos. Por esta razón se ha ideado un procedimiento que permite hacer una validación de contenido y semántica a través de la opinión de jueces (profesionales, pacientes y familiares) y un estudio de pilotaje previo a su aplicación definitiva.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES EN LOS PACIENTES

Características sociodemográficas de los pacientes

Tal como se describió previamente, la muestra definitiva estuvo constituida por 141 pacientes, 96 de los(as) cuales fueron varones (68,1%) y 45 fueron mujeres (31,9%).

El promedio de **edad** fue de 27,2 años con una desviación estándar de 7,6 años; la mediana estuvo en 25 años, con un RI₂₅₋₇₅⁴ de 22 a 30 años, y un rango de 17 a 55 años.

Respecto del **estado civil**, 131 de los(as) pacientes era soltero(a) (92,9%), 6 estaban casados(as) al momento de la entrevista (4,3%) y 4 estaban separados(as) (2,8%).

En la tabla 1 se muestran las diferentes **condiciones respecto de con quién(es) vive el(la) paciente**. Se aprecia que la condición más frecuente es vivir con los padres (72,3%), seguida de la condición de vivir con otros familiares (13,5%).

Tabla 1
Distribución de las condiciones respecto de con quién(es) vive el(la) paciente.
(n = 141)

Condición	n	%
Vive con los padres	102	72,3
Vive con la pareja (e hijos si corresponde)	8	5,6
Vive con otros familiares	19	13,5
Vive solo(a)	4	2,8
Vive en un hogar protegido	7	5,0
Vive con otras personas	1	0,7
TOTAL	141	100,0

En cuanto al **número de personas que conforman el grupo con el que vive el paciente** (incluyéndolo a él o ella), la mediana fue de 5 personas, con un RI₂₅₋₇₅ entre 3 y 6, y un rango entre 1 y 10 personas.

Respecto de la **identificación étnica**, la gran mayoría de los(as) pacientes se identifica como "chileno(a)", 136 de los 141 casos (96,5%). Sólo 5 personas (3,5%) se identificaron como pertenecientes a alguna minoría étnica (mapuche, aymara u otra).

⁴ RI₂₅₋₇₅ = recorrido intercuartílico 25 - 75 y corresponde al intervalo que abarca del percentil 25 al percentil 75.

En cuanto al **nivel educacional**, el promedio de años de enseñanza completos fue de 9,9 con una desviación estándar de 2,8; la mediana estuvo en 10 años, con un RI₂₅₋₇₅ de 8 a 12 años y un rango que fluctuó entre 1 y 17 años.

En la tabla 2 se presenta la distribución de los casos de acuerdo al nivel de escolaridad alcanzado⁵ al momento del diagnóstico. Cabe recordar que los(as) pacientes fueron entrevistados después de 2 a 4 años desde que se planteó el diagnóstico por primera vez.

Tabla 2
Distribución de los casos de acuerdo al nivel de escolaridad alcanzado al momento del diagnóstico. (n = 141)

Nivel de escolaridad	n	%
Enseñanza Primaria incompleta (1º a 7º año)	25	17,7
Enseñanza Primaria completa	19	13,5
Enseñanza Secundaria incompleta (1º a 3º año)	43	30,5
Enseñanza Secundaria completa	44	31,2
Enseñanza Universitaria incompleta	9	6,4
Enseñanza Universitaria completa	1	0,7
TOTAL	141	100,0

Se puede observar que previo al diagnóstico un 61.7% de los(as) pacientes habían alcanzado el nivel de enseñanza secundaria, ya sea en forma incompleta (30,5%) o con este ciclo terminado (31,2%). Esto es consistente con lo señalado previamente de que la mediana estaba en 10 años y es similar a la cifra que existe actualmente para los jóvenes en el país.

En cuanto a los años de estudio al momento de la entrevista, el promedio estuvo en 10,5 con una desviación estándar de 2,8 años; la mediana fue de 12 años, con un RI₂₅₋₇₅ de 9 a 12 años y un rango que nuevamente fluctuó entre 1 y 17 años. Esto quiere decir que en los años que han transcurrido desde que se hizo el diagnóstico hasta el momento de la entrevista (que en promedio fue de 3,5 años como se verá más adelante), sólo se ha producido un incremento promedio en el grupo de 0,6 años de estudio, preferentemente en el subgrupo que tenía un nivel de escolaridad más bajo (nótese que sólo crece el valor del cuartil 25).

En la tabla 3 se describe la **situación ocupacional** de los(as) pacientes, tanto previo al diagnóstico como en el momento en que se realiza la entrevista.

Se puede observar que al momento del diagnóstico casi la mitad del grupo se encontraba estudiando (44,7%), un 16,3% tenía trabajos ocasionales, un 7,8% contaba con un trabajo estable y 22,0% estaba en condición de cesante. En cambio, al momento de la entrevista sólo 9,9% estaba estudiando, se mantenía similar la proporción de personas con trabajo ocasional y estable

⁵ En Chile, el ciclo de enseñanza primaria tiene 8 años y el ciclo de enseñanza secundaria tiene 4 años.

(19,1% y 9,2% respectivamente), pero había un aumento del porcentaje de pacientes cesantes (45,4%).

Tabla 3
Distribución de los casos de acuerdo a la situación ocupacional, al diagnóstico y al momento de la entrevista. (n = 141)

Situación laboral	Al diagnóstico		A la entrevista	
	n	%	n	%
Tareas domésticas	6	4,3	7	5,0
Estudiante	63	44,7	14	9,9
Pensionado	1	0,7	3	2,1
Con trabajo ocasional	23	16,3	27	19,1
Con trabajo estable	11	7,8	13	9,2
Cesante	31	22,0	64	45,4
Otra situación	6	4,3	13	9,2
TOTAL	141	100,0	141	100,0

Al momento del diagnóstico la condición más frecuente es ser estudiante (44,7%). En el momento de la entrevista, la situación de estos 63 casos era la siguiente: sólo 11 seguían estudiando (17,5%), 14 tenían algún tipo de trabajo ocasional o estable (20,7%) y 31 estaban cesantes (49,2%).

Participación y apoyo social

En la tabla 4 se presenta la información sobre la **participación en diferentes grupos sociales** de las personas que conformaron la muestra estudiada.

Tabla 4
Participación en diferentes tipos de grupos sociales (n = 141)

Tipo de organización social	No participa nunca	Participa en forma ocasional	Participa con frecuencia	Participa siempre
Organizaciones vecinales	135 95,7 %	6 4,3 %	0 -	0 -
Organizaciones deportivas	117 83,0 %	16 11,3 %	2 1,4 %	6 4,3 %
Organizaciones religiosas	97 68,8 %	27 19,1 %	4 9,9 %	3 2,1 %
Otros grupos sociales	114 80,9 %	6 4,3 %	14 9,9 %	7 5,0 %
Agrupaciones de usuarios	121 85,8 %	10 7,1 %	7 5,0 %	3 2,1 %

De acuerdo al tipo de organización, las que concitan mayor participación entre los(as) pacientes son las organizaciones de tipo religiosas (30,1%), seguidas de las organizaciones deportivas (17,0%), las agrupaciones de usuarios

(14,2%) y finalmente las organizaciones vecinales (4,3%). Se dejó fuera de la descripción la categoría "otras organizaciones" ya que en ellas se incluye una diversidad de tipos.

Es importante destacar que la intensidad de la participación es diferente dentro de cada tipo. En las agrupaciones de usuarios la mitad de los(as) pacientes que señalan participar de ellas, refieren que lo hacen en la mayoría o en todas sus actividades. Sin embargo, en las organizaciones deportivas y religiosas, sólo un tercio de los que señalan participar en ellas lo hace con esa intensidad. Y en el caso de las organizaciones vecinales, la participación siempre es de tipo ocasional.

Se construyó una variable de síntesis sobre participación social, en la que se encuentra que 101 pacientes (71,6%) no participan en ninguna organización social o si lo hacen en alguna sólo es en forma ocasional; 26 personas (18,4%) participan en la mayoría de las actividades de al menos una organización social; y 14 pacientes (9,9%) participan en todas las actividades de al menos una organización social. Si se reúnen estas dos últimas categorías, se puede concluir que 28,4% de estas personas mantienen una participación activa y frecuente en alguna organización social.

Finalmente, se utilizó una escala para valorar el **nivel de apoyo social** que la persona declara. Se encontró un promedio de 10,7 puntos con una desviación estándar de 6,6 puntos; la mediana estuvo en 10 puntos, con un RI₂₅₋₇₅ de 6 a 15 puntos y un rango que fluctuó entre 0 y 27 puntos.

Antecedentes al momento del diagnóstico

Respecto de la **edad del(de la) paciente al momento en que se realiza el diagnóstico** por primera vez, el promedio estuvo en 23,7 años con una desviación estándar de 7,5 años; la mediana fue de 21,5 años, con un RI₂₅₋₇₅ de 19 a 26 años y un rango entre 13 y 51 años.

En cuanto al **GAF al momento del diagnóstico**, el promedio fue de 36,8 puntos con una desviación estándar de 11,3; la mediana se ubicó en 35 puntos, un RI₂₅₋₇₅ de 30 a 41 puntos y un rango que fluctuó entre 15 y 91 puntos.

Evolución clínica desde el diagnóstico hasta la entrevista actual

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el momento de la entrevista fluctuó entre los 25 y 55 meses, con un promedio en 41,6 meses y una desviación estándar en 8,0 meses; una mediana en 42 meses y un RI₂₅₋₇₅ de 35 a 48 meses. El tiempo efectivo de control en dispositivos de atención en salud mental estuvo entre los 24 y 54 meses, con un promedio en 38,5 meses

y una desviación estándar en 8,9 meses; una mediana en 38 meses y un RI₂₅₋₇₅ de 30 a 48 meses.

Con los dos datos anteriores se puede construir la variable que nos interesa, cual es el **porcentaje del tiempo que el(la) paciente ha permanecido en control**. El promedio fue de 92,8% con una desviación estándar de 12,6%; una mediana en 100,0%, con un RI₂₅₋₇₅ de 89,4% a 100,0%, y un rango entre 54,3% y 100,0%. En la tabla 5 se presenta la distribución de esta variable separada en cuatro rangos.

Tabla 5
Porcentaje del tiempo que ha permanecido en control, respecto del total del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la entrevista (n = 141)

Porcentaje del tiempo que ha permanecido en control	n	%
Menos del 50,0% del tiempo	0	-
Entre el 50,0% y el 74,9% del tiempo	17	12,1
Entre el 75,0% y el 99,9% del tiempo	29	20,5
El 100,0% del tiempo	95	67,4
TOTAL	141	100,0

Los datos permiten concluir que la muestra estudiada corresponde a un grupo que presenta una elevada adherencia al sistema de atención, mayor que la descrita habitualmente en personas con este tipo de enfermedades, pero que es consistente con el hecho de que se trata de una muestra clínica con pacientes que se encontraban bajo control al momento de ser entrevistados.

Respecto de la evolución clínica de los(as) pacientes, se observó que sólo en 18,4% de los casos no se había detectado una recaída después del primer episodio. En todo el grupo estudiado, se encontró un promedio de 2,1 episodios de recaída con una desviación estándar de 1,6 episodios; la mediana fue de 2 episodios, con un RI₂₅₋₇₅ de 1 a 3 episodios de recaída y un rango que fluctuó entre 0 y 7 episodios. En la siguiente tabla se muestra la distribución de los casos de acuerdo al número de recaídas que tuvieron.

Tabla 6
Número de recaídas después del primer episodio de psicosis que motivó el diagnóstico (n = 141)

Número de recaídas después del primer episodio de psicosis	n	%
Ninguna (0)	26	18,4
Una recaída	28	19,9
Dos recaídas	30	21,3
Tres recaídas	32	22,7
Cuatro recaídas	16	11,3
Cinco a siete recaídas	9	6,3
TOTAL	141	100,0

Si se considera que los(as) pacientes tenían diferentes tiempos de observación (entre 25 y 55 meses como se señaló previamente), se procedió a calcular la **tasa anual de episodios de recaída**, encontrándose que el promedio fue de 0,6 episodios anuales de recaída, con una desviación estándar de 0,5; la mediana estuvo en 0,5 episodios, un RI₂₅₋₇₅ entre 0,3 y 1 episodios y un rango entre 0 y 2,7.

En cuanto al **número de hospitalizaciones por paciente**, se observó un promedio de 1,4 episodios de hospitalización por paciente, con una desviación estándar de 1,4; la mediana fue de 1 hospitalización, con un RI₂₅₋₇₅ entre 0 y 2 episodios de hospitalización y un rango que fluctuó entre 0 y 8. Sólo un 27,7% de los casos no tuvo ninguna hospitalización durante todo su período de evolución (desde el diagnóstico hasta la entrevista del estudio).

Respecto de la duración de las hospitalizaciones, se realizó la estimación para el grupo que había tenido al menos un episodio de hospitalización (72,3%). El promedio de duración de cada episodio de hospitalización fue de 67,2 días con una desviación estándar de 63,8 días; la mediana estuvo en 43 días; el RI₂₅₋₇₅ entre 23 y 95 días, con un rango que fluctuó entre 1 y 300 días.

Intervenciones de tratamiento

En cuanto a los tratamientos recibidos, 137 pacientes (97,2%) estaban en **tratamiento con antipsicóticos** al momento de la entrevista: 42 de ellos(as) recibían antipsicóticos de primera generación (los más frecuentes eran haloperidol y clorpromacina) y 113 estaban usando antipsicóticos de segunda generación (donde clozapina y risperidona eran los dos más utilizados). En la tabla 7 se presenta la frecuencia de combinaciones en el uso de antipsicóticos.

Tabla 7

Frecuencia de combinaciones de uso de antipsicóticos en personas con esquizofrenia y trastornos afines, atendidas en el sistema público. Chile, 2005 (n = 137)

Tipo de combinaciones	n	%
Sólo antipsicóticos de 1ra generación	24	17,5
Sólo antipsicóticos de 2ra generación	95	69,3
Combinación de los dos tipos de antipsicóticos	18	13,1
TOTAL	137	100,0

Respecto de la adherencia a la prescripción médica, se encontró que la mayoría de los pacientes se tomaba sus fármacos todos los días (88,3%) y lo hacía en la dosis que se le había indicado (92,0%).

En cuanto a los **tratamientos psicosociales**, la siguiente tabla muestra la frecuencia con que los(as) pacientes participaron (al menos en forma parcial) en los diferentes tipos de intervenciones psicosociales que estaban disponibles dentro del sistema de atención en salud mental.

Tabla 8
Frecuencia de pacientes que han participado en diferentes tipos de intervenciones psicosociales, en personas con esquizofrenia y trastornos afines, atendidas en el sistema público. Chile, 2005 (n = 141)

Tipos de intervenciones	n	%
Psicoeducación al paciente	87	61,7
Intervención psicológica - psicoterapia individual	85	60,3
Intervención familiar	77	54,6
Programa de rehabilitación psicosocial	60	42,6

Se puede observar que la intervención más utilizada es la psicoeducación al paciente (en 61,7% de los casos), seguida de la intervención psicológica o psicoterapia individual (en 60,3% de los casos). En tercer lugar están las intervenciones familiares (que incluyen psicoeducación familiar, y que se hizo en 54,6% de los casos) y finalmente los programas de rehabilitación psicosocial están en cuarto lugar (en 42,6% de los casos).

En el caso de la **psicoeducación al paciente**, de los 87 casos donde esta se efectuó: en 26 casos se logró una participación en todas las sesiones (29,9%), en 43 casos la participación fue en la mayoría de las sesiones (49,4%) y en 18 casos sólo participaron en unas pocas sesiones (20,7%).

En el caso de las **intervenciones psicológicas y psicoterapias individuales**, las más frecuentemente usadas fueron la psicoterapia individual (especialmente de orientación cognitivo - conductual) (61,2% de los que tuvieron alguna intervención de este tipo) y el entrenamiento en habilidades sociales (en 52,3% de este grupo de pacientes). La adherencia a este tipo de intervenciones fue del siguiente modo: 27 casos asistieron a todas las sesiones (31,8%), 41 casos fueron a la mayoría de las sesiones (48,2%) y 17 casos sólo asistieron a unas pocas de las sesiones (20,0%).

En el caso de las **intervenciones familiares**, la más utilizada fue la psicoeducación familiar (94,8% de los que tuvieron alguna intervención de este tipo); sólo en 20 casos se registró terapia familiar (25,9% de este grupo de pacientes). La adherencia de los pacientes a este tipo de intervenciones fue algo menor a la de sus familiares. En el caso de los pacientes: 19 asistieron a todas las sesiones (24,7%), 31 casos fueron a la mayoría de las sesiones (40,3%) y 27 casos sólo asistieron a unas pocas de las sesiones (35,1%). En cambio, en el caso de los familiares la adherencia se dio del siguiente modo: los familiares de 22 casos asistieron a todas las sesiones (28,6%), los familiares de 36 casos fueron a la mayoría de las sesiones (46,8%) y los familiares de 19 casos sólo asistieron a unas pocas de las sesiones (24,7%).

Respecto de los **programas de rehabilitación psicosocial**, la adherencia de los 60 pacientes fue: 14 casos asistieron a todas las sesiones (23,3%), 31 casos fueron a la mayoría de las sesiones (51,7%) y 15 casos sólo asistieron a unas pocas de las sesiones (25,0%).

Finalmente, si tomamos el conjunto de los tipos de intervenciones psicosociales (los cuatro tipos que acabamos de describir) y analizamos lo que sucede en cada paciente, encontramos que: en promedio cada paciente tuvo 2,2 tipos diferentes de intervenciones psicosociales, con una desviación estándar de 1,5; la mediana estuvo en 2, el RI₂₅₋₇₅ de 1 a 4, con un rango que fluctuó entre 0 y 4 tipos diferentes de intervenciones psicosociales.

En la tabla 9 se muestra la distribución de los(as) pacientes de acuerdo al número de diferentes tipos de intervenciones psicosociales en las que participaron. Se puede apreciar una cierta tendencia a una distribución en U: 22,0% no tuvieron ningún tipo de intervención psicosocial y 25,5% tuvieron los cuatro tipos que fueron explorados.

Tabla 9
Distribución de los casos de acuerdo al número de diferentes tipos de intervenciones psicosociales en las que participaron, en personas con esquizofrenia y trastornos afines, atendidas en el sistema público. Chile, 2005 (n = 141)

Número de diferentes tipos de intervenciones psicosociales	n	%
Ningún tipo de intervención psicosocial	31	22,0
1 tipo de intervención psicosocial	17	12,1
2 tipos de intervenciones psicosociales	23	16,3
3 tipos de intervenciones psicosociales	34	24,1
4 tipos de intervenciones psicosociales	36	25,5
TOTAL	141	100,0

Estado clínico al momento de la entrevista

El **GAF al momento de la entrevista** mostró un promedio de 67,2 puntos con una desviación estándar de 13,7; la mediana se ubicó en 65 puntos, con un RI₂₅₋₇₅ de 60 a 80 puntos y un rango que fluctuó entre 30 y 95 puntos.

Previamente ya se habían descrito los resultados del GAF al momento de la entrevista, de forma que fue posible conocer las variaciones entre los dos momentos (al diagnóstico y a la entrevista). Se observó un incremento del funcionamiento global entre los dos momentos considerados, cuyo valor promedio de cambio para el grupo en su conjunto fue de 31,7 puntos. En 138 casos (97,9%) se detectó un aumento en la puntuación del GAF; sólo en un caso hubo una disminución de la puntuación en este indicador (0,7%) y en otros dos casos se encontró una mantención de la puntuación (1,4%).

En la siguiente tabla se muestran los resultados para las subescalas de la **PANSS** y para ésta en su conjunto.

Tabla 10
Resultados en la PANSS, en personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos afines, atendidas en el sistema público. Chile, 2005 (n = 141)

Resultados en la PANSS	prom ± de	mediana	RI ₂₅₋₇₅	rango
Subesc. síntomas positivos	10,0 ± 4,2	8	7 - 11	7 - 33
Subesc. síntomas negativos	12,0 ± 5,1	11	8 - 14	7 - 35
Subesc. psicopatol. general	23,3 ± 9,1	20	18 - 26	16 - 75
Total PANSS	45,3 ± 15,7	40	34 - 52	30 - 123

Si se combinan los resultados de las tres subescalas (especialmente la de síntomas positivos y la de síntomas negativos) para generar categorías clínicas, se obtiene que: en 20 casos (14,2%) no se encuentra ningún síntoma positivo ni negativo, en 70 casos (49,6%) sólo hay síntomas positivos leves y/o síntomas negativos leves⁶, en 6 casos (4,3%) hay síntomas positivos moderados a graves con síntomas negativos leves o ausentes, en 29 casos (20,6%) hay síntomas negativos moderados a graves con síntomas positivos leves o ausentes, y finalmente, en 16 casos (11,3%) se encontraron síntomas positivos y negativos de intensidad moderada a grave.

En la tabla 11 se muestran los resultados en la **PSE - 9**. Se puede apreciar que en sólo un 23,3% de los casos la PSE arrojó el diagnóstico de esquizofrenia o de un trastorno afín. Es llamativo que en 37,6% sólo hubo síntomas inespecíficos y en 7,8% no hubo ningún diagnóstico psiquiátrico.

Tabla 11
Resultados en la PSE-9, en personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos afines, atendidas en el sistema público. Chile, 2005 (n = 141)

Resultados en la PSE - 9	n	%
Sin diagnóstico	11	7,8
Con síntomas inespecíficos	53	37,6
Grupo 295	33	23,3
Grupo 296	4	2,8
Grupo 297	8	5,7
Grupo 299	24	17,0
Grupo 300	8	5,6
TOTAL	141	100,0

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA VARIABLE GRADO DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

El estudio de las necesidades en los(as) pacientes fue realizado a través de la aplicación de la CAN a ellos(as). El análisis de los resultados permite distinguir

⁶ Se consideró síntoma leve cuando la puntuación era de 2 o 3, y se consideró síntoma moderado a grave cuando la puntuación era de 4 o más.

cuatro grupos de pacientes dentro de cada una de las 22 dimensiones o áreas de necesidades que el instrumento contempla:

- pacientes donde no se detectan necesidades en ese ámbito,
- pacientes donde se detectan necesidades en esa área, pero que se encuentran satisfechas (por apoyo de la familia fundamentalmente),
- pacientes donde se detectan necesidades en esa área y se encuentran insatisfechas al momento de la entrevista,
- pacientes donde no se logra hacer la evaluación o no corresponde.

Se comenzará con una descripción general, basado en la distribución de los pacientes en estos cuatro tipos dentro de cada ámbito de necesidades. Los resultados se presentan en la tabla 12.

Tabla 12
Evaluación de necesidades en personas con esquizofrenia y trastornos afines, atendidas en 8 redes de atención sanitaria del sistema público. Chile, 2005 (n = 141)

Tipos de necesidades	s.n.		c.n.s.		c.n.i.		n.s.s.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alojamiento	133	94,3	7	5,0	1	0,7	0	-
Alimentación	132	93,6	7	5,0	2	1,4	0	-
Cuidado del hogar	129	91,5	9	6,4	1	0,7	2	1,4
Cuidado personal	126	89,4	14	9,9	0	-	1	0,7
Actividades diarias	113	80,1	8	5,7	19	13,5	1	0,7
Salud física	128	90,8	11	7,8	2	1,4	0	-
Síntomas psicóticos	49	34,8	76	53,9	16	11,3	0	-
Información sobre tratto.	101	71,6	27	19,1	9	6,4	4	2,8
Angustia	114	80,9	21	14,9	6	4,3	0	-
Seguridad hacia sí mismo	129	91,5	8	5,7	1	0,7	3	2,1
Seguridad hacia los otros	130	92,2	6	4,3	3	2,1	2	1,4
Alcohol	134	95,0	5	3,5	2	1,4	0	-
Drogas	129	91,5	6	4,3	5	3,5	1	0,7
Compañía	106	75,2	12	8,5	22	15,6	1	0,7
Relación de pareja	110	78,0	18	12,8	13	9,2	0	-
Sexualidad	122	86,5	6	4,3	2	1,4	11	7,8
Cuidado de los hijos	131	92,9	2	1,4	2	1,4	6	4,3
Educación básica	137	97,2	2	1,4	2	1,4	0	-
Teléfono	139	98,6	2	1,4	0	-	0	-
Transporte	125	88,7	11	7,8	4	2,8	1	0,7
Dinero	118	83,7	21	14,9	1	0,7	1	0,7
Ayudas sociales	119	84,4	6	4,3	13	9,2	3	2,1

Nota: s.n. = sin necesidad
c.n.s. = con necesidad, pero satisfecha
c.n.i. = con necesidad insatisfecha
n.s.s. = no se sabe o no se puede evaluar

Como era de esperar, el tipo de necesidad que aparece con mayor frecuencia son los síntomas psicóticos (65,2%), pero en la mayoría de los casos se trata de una necesidad satisfecha (53,9%).

Si observamos los otros tipos de necesidades veremos que las siete que siguen en frecuencia son:

- a. *Información sobre el tratamiento.* En 28,4% de los(as) pacientes refieren tener necesidades en este campo, aunque en la mayoría de estos(as) se trata de necesidades satisfechas (19,1%) y sólo en una baja proporción están insatisfechas (6,4%).
- b. *Compañía.* 24,8% de los(as) pacientes afirman tener necesidades de este tipo, y en este caso en la mayoría de ellos(as) se trata de una necesidad insatisfecha (15,6%).
- c. *Relación de pareja.* Para 22,0% de los(as) pacientes esta sería un área de necesidades, en donde para poco más de la mitad estaría satisfecha (12,8%) y en poco menos de la mitad estaría insatisfecha (9,2%).
- d. *Actividades diarias.* Un 19,9% de los(as) pacientes declaran tener necesidades en este ámbito, y también en este caso para la mayoría de ellos(as) se trataría de una necesidad insatisfecha (13,5%).
- e. *Angustia.* En 19,1% de los pacientes hay necesidades de este tipo, sin embargo para la mayoría de ellos (14,9%) se encuentra satisfecha y sólo en unos pocos está insatisfecha (4,3%).
- f. *Dinero.* En este ámbito, un 16,3% de los(as) pacientes señalan tener necesidades, aunque en la gran mayoría de ellos se encuentra satisfecha (14,9%).
- g. *Ayudas sociales.* Para 15,6% de los(as) pacientes esta sería un área de necesidades, en donde para cerca de 2/3 estaría insatisfecha (9,2%) y cerca de 1/3 estaría satisfecha (4,3%).

Si tomamos sólo el grupo de **necesidades insatisfechas**, los ámbitos donde se encuentran con mayor frecuencia fueron:

- a. *Compañía*, en 15,6% de los(as) pacientes.
- b. *Actividades diarias*, en 13,5% de los(as) pacientes.
- c. *Síntomas psicóticos*, en 11,3% de los(as) pacientes.
- d. *Relación de pareja*, en 9,2% de los(as) pacientes.
- e. *Ayudas sociales*, en 9,2% de los(as) pacientes.

Si se analiza el **número de necesidades por paciente**, nos encontramos con un promedio de 3,2 áreas de necesidades por paciente, con una desviación

estándar de 2,7; una mediana en 3 áreas de necesidades presentes, con un RI₂₅₋₇₅ de 1 a 4, y un rango que fluctuó entre 0 y 22.

En la tabla 13 se presenta la distribución de los pacientes de acuerdo al número de áreas de necesidades que están presentes en cada uno de ellos. De la tabla se desprende que 89,4% de los(as) pacientes señalan tener al menos un área de necesidades dentro de los 22 ámbitos que fueron evaluados. La gran mayoría de los casos se concentra en el rango de 1 a 4 áreas de necesidades (70,3%).

Tabla 13
Distribución de los pacientes de acuerdo al número de áreas de necesidades que están presentes en cada uno de ellos (n = 141)

Número de áreas de necesidades que están presente	n	%
No se detectan áreas de necesidades	15	10,6
1 tipo de área de necesidad	22	15,6
2 tipos de áreas de necesidades están presente	27	19,1
3 tipos de áreas de necesidades están presente	23	16,3
4 tipos de áreas de necesidades están presente	27	19,1
5 tipos de áreas de necesidades están presente	9	6,4
6 tipos de áreas de necesidades están presente	5	3,5
7 y más tipos de áreas de necesidades están presente	13	9,2
TOTAL	141	100,0

En cuanto al **número de necesidades insatisfechas por paciente**, observamos un promedio de 1,2 áreas de necesidades insatisfechas por paciente, con una desviación estándar de 1,5; una mediana de 1, un RI₂₅₋₇₅ de 0 a 2, y un rango que fluctuó entre 0 y 8.

En la tabla 14 se presenta la distribución de los pacientes de acuerdo al número de áreas de necesidades insatisfechas que están presentes en los(as) pacientes.

Esto nos permite apreciar que en 54,6% de los casos existe al menos un ámbito de necesidades que está(n) insatisfecha(s) y dentro de este grupo la mayoría se ubica en el rango de 1 a 2 tipos de necesidades insatisfechas (39,7% de los casos).

Gráfico 2
Gráfico de caja y bigotes para la distribución de los casos en la variable número de necesidades insatisfechas (n = 141)



Tanto del gráfico 1 como del 2 se puede desprender que hay 4 casos con valores atípicos, que son aquellos con 6, 7 y 8 áreas de necesidades insatisfechas (dos casos, un caso y un caso respectivamente).

En síntesis, para los análisis posteriores habrá que tener presente que la variable número de necesidades insatisfechas no tiene una distribución de tipo normal y contiene cuatro casos atípicos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA VARIABLE NIVEL DE CALIDAD DE VIDA

Tal como se describió en el acápite de instrumentos, la calidad de vida de estos(as) pacientes fue valorada utilizando el Cuestionario de Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) que posee dos subescalas: la de aspectos favorables y la de aspectos desfavorables. Para tener un indicador global nosotros hemos construido una razón entre estas dos subescalas, utilizando como puntuación para cada una de ellas el porcentaje que corresponde al puntaje obtenido respecto del máximo que es posible dentro de esa subescala y que denominaremos: razón entre la subescala de aspectos favorables y la subescala de aspectos desfavorables.

En la **subescala de aspectos favorables** el promedio fue de 47,7 puntos con una desviación estándar de 12,8; la mediana se ubicó en 50 puntos, el RI₂₅₋₇₅ estuvo entre 38 y 59, con un rango que fluctuó entre 17 y 65 puntos. Estos valores son muy similares a los reportados en la estandarización de este instrumento en Chile (Alvarado & Muñoz 2007).

Si se considera el porcentaje de la puntuación obtenida respecto del puntaje máximo que es posible en esta subescala, los valores fueron los siguientes: el valor promedio fue de 73,4% con una desviación estándar de 19,7%; la mediana se ubicó en 76,9%, el RI₂₅₋₇₅ de 58,5% a 90,8%, con un rango que fluctuó entre 26,2% y 100,0%. Como se puede apreciar, la distribución de las puntuaciones estuvo desplazada hacia los valores altos más que a los bajos.

En cuanto a la **subescala de aspectos desfavorables** el promedio fue de 103,1 puntos con una desviación estándar de 40,3; la mediana se ubicó en 96 puntos, el RI₂₅₋₇₅ estuvo entre 69 y 134, con un rango que fluctuó entre 46 y 224 puntos. También en este caso, los valores fueron muy parecidos a los encontrados en el proceso de estandarización de este instrumento en Chile (Alvarado & Muñoz 2007).

Al igual que en el caso anterior se procedió a calcular el porcentaje de la puntuación obtenida respecto del puntaje máximo que es posible en esta subescala y los valores fueron los siguientes: el valor promedio fue de 44,8% con una desviación estándar de 17,5%; la mediana se ubicó en 41,7%, el RI₂₅₋₇₅ de 30,0% a 58,3%, con un rango que fluctuó entre 20,0% y 97,4%. En este caso se observa que la distribución de los valores tiende a concentrarse en el centro.

En el caso de la **razón entre la subescala de aspectos favorables y la subescala de aspectos desfavorables**, el promedio fue de 2,0 con una desviación estándar de 1,2; la mediana se ubicó en 1,6; el RI₂₅₋₇₅ de 1,1 a 2,7 con un rango que fluctuó entre 0,3 y 5,0.

Dada la forma en que está construido este indicador, si la persona obtiene una razón menor a 1 implica que predominan los aspectos desfavorables, si la razón es igual a 1 implica que ambos aspectos están en igual intensidad y si la razón es mayor a 1 implica que predominan los aspectos favorables. En la tabla 15 se muestran los resultados por rangos para esta razón.

Tabla 15
Distribución de los pacientes de acuerdo al resultado obtenido en la razón de las subescalas de aspectos favorables y de aspectos desfavorables en el CSCV (n = 141)

Valor en la razón de las subescalas de aspectos favorables y de aspectos desfavorables en el CSCV	n	%
Valores entre 0,01 a 0,99	24	17,0
Valor en 1,00	3	2,1
Valores entre 1,01 y 2,00	63	44,7
Valores superiores a 2,01	51	36,2
TOTAL	141	100,0

Se puede observar que la mayoría de los(as) pacientes obtiene un valor en esta razón que es superior a 1 (predominio de aspectos favorables). Sólo en el 17,0% de los casos el valor fue inferior a 1 y en el 2,1% de ellos(as) la cifra fue igual a 1.

Se consideró que la razón entre la subescala de aspectos favorables y la subescala de aspectos desfavorables era el mejor indicador global del nivel de calidad de vida, que es la otra de las variables relevantes dentro de esta tesis para el análisis en el nivel del paciente. Por ello, profundizaremos en las características que adquiere su distribución entre los pacientes.

El gráfico 3 muestra la distribución de los pacientes para esta variable dentro de un histograma digital.

Gráfico 3
 Histograma digital para la distribución de los casos en la variable razón entre la subescala de aspectos favorables y la subescala de aspectos desfavorables, en personas con esquizofrenia y trastornos afines, atendidas en 8 redes de atención sanitaria del sistema público. Chile, 2005
 (n = 141)

4.00	0 . 3444
20.00	0 . 56666777888888899999
36.00	1 . 0000000011111111222222223333444444
28.00	1 . 555555555666667777888899999
17.00	2 . 00000112223334444
3.00	2 . 679
10.00	3 . 1112222444
8.00	3 . 55666999
10.00	4 . 0012223334
4.00	4 . 5566
1.00	5 . 0

Al igual que para el caso del número de necesidades insatisfechas, la imagen gráfica muestra que no existe una distribución normal de los casos, lo que es confirmado en la prueba de normalidad W de Shapiro y Wilks ($W = 0,8956$) con un $p < 0,0001$,

En el gráfico 4 de caja y bigotes se muestra la distribución de los casos, no existiendo en este caso valores atípicos.

En síntesis, para los análisis posteriores habrá que tener presente que la variable razón entre la subescala de aspectos favorables y la subescala de aspectos desfavorables no tiene una distribución de tipo normal.

Gráfico 4

Gráfico de caja y bigotes para la distribución de los casos en la variable razón entre la subescala de aspectos favorables y la subescala de aspectos desfavorables (n = 141)



ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES GRADO DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y NIVEL DE CALIDAD DE VIDA

A continuación se estudiará la posible asociación entre las variables relacionadas con la existencia de necesidades (y su grado de satisfacción) y la calidad de vida.

En primer lugar se explorará lo que sucede entre las dimensiones de aspectos favorables y de aspectos desfavorables del CSCV, así como la razón entre estas dos dimensiones, para cada una de las 22 áreas de necesidades que fueron exploradas a través del CAN. Los resultados se presentan en las tablas 16a, 16b y 16c.

Tabla 16a

Comparación de los puntajes obtenidos en la dimensión de aspectos favorables del CSCV, entre los pacientes que presentan necesidades y los que no, para cada una de las áreas del CAN (n = 141)⁷

Área de necesidades	Personas sin necesidad prom ± d.e.	Personas con necesidad prom ± d.e.	valor p
Alojamiento	47,5 ± 12,9	52,3 ± 11,6	0,2805
Alimentación	48,1 ± 12,9	42,9 ± 10,7	0,1879
Cuidado del hogar	48,7 ± 12,3	37,8 ± 15,9	0,0234 ➤
Cuidado personal	48,5 ± 12,9	42,2 ± 10,6	0,0550
Actividades diarias	48,9 ± 12,4	43,7 ± 13,5	0,0789
Salud física	47,9 ± 12,5	45,8 ± 15,9	0,6922
Síntomas psicóticos	50,4 ± 11,1	46,3 ± 13,5	0,1005

⁷ El símbolo ➤ señala cuando el valor de p es < 0,05 en la prueba H de Kruskal - Wallis.

Información sobre tratto.	47,3 ± 12,5	50,3 ± 12,9	0,1790
Angustia	48,9 ± 12,3	42,6 ± 14,1	0,0295 ➤
Seguridad hacia sí mismo	48,4 ± 12,5	43,7 ± 15,7	0,3717
Seguridad hacia los otros	48,6 ± 12,4	38,2 ± 14,9	0,0374 ➤
Alcohol	48,1 ± 12,7	40,3 ± 13,9	0,1346
Drogas	48,1 ± 12,9	45,0 ± 11,8	0,3832
Compañía	49,2 ± 12,4	43,0 ± 13,2	0,0152 ➤
Relación de pareja	48,2 ± 12,4	46,1 ± 14,4	0,5466
Sexualidad	49,1 ± 12,3	39,8 ± 9,8	0,0302 ➤
Cuidado de los hijos	47,8 ± 12,5	48,3 ± 16,0	0,9070
Educación básica	47,5 ± 12,8	55,8 ± 10,7	0,1877
Teléfono	47,8 ± 12,9	43,0 ± 5,7	0,4852
Transporte	47,9 ± 12,9	46,1 ± 13,2	0,5803
Dinero	49,2 ± 12,7	40,7 ± 10,6	0,0027 ➤
Ayudas sociales	48,2 ± 13,0	45,1 ± 12,5	0,2945

Tabla 16b

Comparación de los puntajes obtenidos en la dimensión de aspectos desfavorables del CSCV, entre los pacientes que presentan necesidades y los que no, para cada una de las áreas del CAN (n = 141)

Área de necesidades	Personas sin necesidad prom ± d.e.	Personas con necesidad prom ± d.e.	valor p
Alojamiento	104,6 ± 39,9	77,4 ± 40,9	0,0464 ➤
Alimentación	101,9 ± 40,3	119,8 ± 38,9	0,1540
Cuidado del hogar	101,2 ± 39,1	124,1 ± 52,0	0,1584
Cuidado personal	101,7 ± 39,9	116,7 ± 19,9	0,0921
Actividades diarias	99,0 ± 39,3	119,2 ± 41,5	0,0196 ➤
Salud física	103,6 ± 39,8	103,2 ± 46,7	0,9347
Síntomas psicóticos	93,6 ± 34,1	108,1 ± 42,6	0,0626
Información sobre tratto.	98,7 ± 38,7	110,9 ± 43,3	0,1416
Angustia	100,4 ± 39,2	114,6 ± 43,7	0,1221
Seguridad hacia sí mismo	100,6 ± 39,3	121,2 ± 45,5	0,1486
Seguridad hacia los otros	100,0 ± 39,2	137,1 ± 40,5	0,0124 ➤
Alcohol	101,1 ± 39,6	141,3 ± 36,8	0,0098 ➤
Drogas	101,6 ± 40,3	114,5 ± 38,1	0,2469
Compañía	99,2 ± 40,1	113,4 ± 38,6	0,0504
Relación de pareja	103,9 ± 40,6	100,2 ± 39,9	0,6813
Sexualidad	102,7 ± 40,6	93,4 ± 25,7	0,6008
Cuidado de los hijos	101,6 ± 40,2	118,8 ± 32,9	0,3177
Educación básica	103,4 ± 40,4	91,8 ± 39,2	0,6106
Teléfono	103,1 ± 40,4	102,0 ± 45,3	0,9513
Transporte	101,8 ± 39,5	113,9 ± 48,1	0,4149
Dinero	101,8 ± 42,1	107,9 ± 28,9	0,3108
Ayudas sociales	101,5 ± 40,7	105,7 ± 35,3	0,6167

Tabla 16c

Comparación de los puntajes obtenidos en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, entre los pacientes que presentan necesidades y los que no, para cada una de las áreas del CAN (n = 141)

Área de necesidades	Personas sin necesidad prom ± d.e.	Personas con necesidad prom ± d.e.	valor p
Alojamiento	1,95 ± 1,14	3,01 ± 1,44	0,0631
Alimentación	2,05 ± 1,18	1,47 ± 0,91	0,0916
Cuidado del hogar	2,06 ± 1,15	1,55 ± 1,45	0,0396 ➤
Cuidado personal	2,09 ± 1,21	1,33 ± 0,44	0,0231 ➤
Actividades diarias	2,14 ± 1,20	1,54 ± 0,95	0,0123 ➤
Salud física	1,99 ± 1,15	2,15 ± 1,46	0,9149
Síntomas psicóticos	2,19 ± 1,01	1,92 ± 1,25	0,0196 ➤
Información sobre tratto.	2,08 ± 1,20	1,96 ± 1,11	0,7174
Angustia	2,10 ± 1,18	1,66 ± 1,11	0,0228 ➤
Seguridad hacia sí mismo	2,07 ± 1,18	1,58 ± 1,01	0,2426
Seguridad hacia los otros	2,09 ± 1,18	1,12 ± 0,71	0,0049 ➤
Alcohol	2,06 ± 1,18	1,11 ± 0,63	0,0147 ➤
Drogas	2,06 ± 1,20	1,56 ± 0,74	0,2182
Compañía	2,15 ± 1,20	1,61 ± 1,01	0,0182 ➤
Relación de pareja	2,01 ± 1,18	2,03 ± 1,19	0,7671
Sexualidad	2,07 ± 1,18	1,69 ± 0,86	0,5100
Cuidado de los hijos	2,05 ± 1,19	1,55 ± 0,70	0,5768
Educación básica	1,99 ± 1,17	2,53 ± 1,32	0,2969
Teléfono	2,02 ± 1,18	1,70 ± 0,99	0,8411
Transporte	2,05 ± 1,20	1,73 ± 0,98	0,3560
Dinero	2,13 ± 1,22	1,45 ± 0,61	0,0151 ➤
Ayudas sociales	2,08 ± 1,21	1,75 ± 0,94	0,4509

Se aprecia que la dimensión de aspectos favorables del CSCV se asocia con las siguientes seis áreas de necesidades (tabla 16a): cuidados del hogar, angustia, seguridad hacia los otros, compañía sexualidad y dinero. En todos los casos, los pacientes que tenían necesidades en cada ámbito específico mostraban una puntuación significativamente inferior en la dimensión de aspectos favorables del CSCV (con un $p < 0,05$). También se puede observar una tendencia similar para el área de cuidado personal, aunque no dio significación limítrofe ($p = 0,0550$).

Para la dimensión de aspectos desfavorables del CSCV se encontraron diferencias relevantes en cuatro áreas de necesidades (tabla 16b): alojamiento, actividades diarias, seguridad hacia los otros y alcohol; donde los pacientes que presentaban necesidades en estas áreas mostraban una puntuación significativamente mayor en la dimensión de aspectos desfavorables de este cuestionario ($p < 0,05$). También se observó una tendencia parecida para el área de compañía, con un valor-p muy cercano al valor limítrofe para el rechazo de la hipótesis nula ($p = 0,0504$).

Cabe destacar que las áreas de necesidades con las que se asocia la dimensión de aspectos favorables son diferentes de las áreas de necesidades con las que se asocia la dimensión de aspectos desfavorables del CSCV, con la sola

excepción del área de seguridad hacia los otros. Esto ya había sido reportado por los autores originales de este cuestionario (Baca et al 1997), concluyendo que, aunque existe asociación entre ambos instrumentos (el CAN y el CSCV), los datos empíricos apuntan a que ellos miden aspectos distintos relacionados con la vida de estos pacientes.

Finalmente, es importante notar que la puntuación obtenida en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables mostró asociación con casi todas las áreas de necesidades donde las otras dos dimensiones del CSCV lo hicieron en forma independiente (en 6 de 8) (tabla 16c). Además, se encontraron diferencias significativas para otras 2 áreas de necesidades donde el análisis de las dimensiones mostró una tendencia con un valor-p levemente por sobre el 0,05. Esto nos hace pensar que la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV es un indicador adecuado, que a través de una cifra puede resumir bien las propiedades de las dos dimensiones que componen este cuestionario.

A continuación se estudió la posible asociación entre el número de áreas de necesidades y los tres indicadores de calidad de vida que se derivan del CSCV, utilizando la correlación de Spearman. En los tres casos se observaron correlaciones que fueron estadísticamente significativas y la direccionalidad de la asociación corresponde con lo esperado. Los resultados se pueden ver en la tabla 17.

Tabla 17
Valores para la correlación de Spearman entre el número de áreas de necesidades y los indicadores de calidad de vida del CSCV (n = 141)

Indicador del CSCV	r_s	valor-p
Dimensión de aspectos favorables	- 0,32	0,0001
Dimensión de aspectos desfavorables	0,34	<0,0001
Razón de asp. favorables / asp. desfavorables	- 0,42	<0,0001

En segundo lugar se compararán las puntuaciones en los tres indicadores de calidad de vida entre las personas que mostraban necesidades pero que las tenían satisfechas con aquellas que teniendo necesidades éstas no estaban satisfechas. Los resultados se muestran en las tablas 18a, 18b y 18c.

Tabla 18a

Comparación de los puntajes obtenidos en la dimensión de aspectos favorables del CSCV, entre los pacientes que presentan todas sus necesidades satisfechas y los que no, para cada una de las áreas del CAN (n = 141)⁸

Área de necesidades	Personas con sus necesidades satisfechas prom ± d.e.	Personas con necesidades insatisfechas prom ± d.e.	valor p
Alojamiento	51,3 ± 12,1	59,0 ± 0,0	0,6587
Alimentación	42,9 ± 12,1	43,0 ± 5,7	0,8831
Cuidado del hogar	37,9 ± 16,8	37,0 ± 0,0	1,0000
Cuidado personal ⁹	-	-	-
Actividades diarias	40,0 ± 14,2	45,3 ± 13,3	0,3806
Salud física	48,2 ± 14,6	33,0 ± 22,6	0,1983
Síntomas psicóticos	48,1 ± 13,2	37,8 ± 11,5	0,0083 ➤
Información sobre tratto.	51,6 ± 11,1	46,3 ± 17,4	0,5704
Angustia	43,6 ± 13,7	39,0 ± 16,3	0,5592
Seguridad hacia sí mismo	46,5 ± 14,2	21,0 ± 0,0	0,1198
Seguridad hacia los otros	38,8 ± 14,8	37,0 ± 18,3	0,7963
Alcohol	45,6 ± 12,2	27,0 ± 8,5	0,1180
Drogas	45,2 ± 14,8	44,8 ± 8,7	0,9271
Compañía	42,3 ± 13,2	43,4 ± 13,6	0,7455
Relación de pareja	41,2 ± 14,4	53,0 ± 11,7	0,0305 ➤
Sexualidad	37,8 ± 9,4	45,5 ± 12,0	0,3104
Cuidado de los hijos	37,0 ± 14,1	59,5 ± 7,8	0,1213
Educación básica	46,5 ± 0,7	65,0 ± 0,0	0,1025
Teléfono	-	-	-
Transporte	44,3 ± 13,7	51,3 ± 11,4	0,4334
Dinero	40,2 ± 10,6	51,0 ± 0,0	0,3049
Ayudas sociales	41,7 ± 14,2	46,6 ± 12,0	0,4829

Tabla 18b

Comparación de los puntajes obtenidos en la dimensión de aspectos desfavorables del CSCV, entre los pacientes que presentan todas sus necesidades satisfechas y los que no, para cada una de las áreas del CAN (n = 141)

Área de necesidades	Personas con sus necesidades satisfechas prom ± d.e.	Personas con necesidades insatisfechas prom ± d.e.	valor p
Alojamiento	80,0 ± 43,4	59,0 ± 0,0	0,8262
Alimentación	115,1 ± 43,6	136,0 ± 2,8	0,3798
Cuidado del hogar	126,3 ± 54,7	104,0 ± 0,0	0,6015
Cuidado personal	-	-	-
Actividades diarias	118,0 ± 33,0	119,7 ± 45,4	0,9365
Salud física	93,4 ± 43,4	157,0 ± 21,2	0,0929
Síntomas psicóticos	105,7 ± 43,2	119,4 ± 38,6	0,1925
Información sobre tratto.	107,1 ± 44,1	122,3 ± 41,1	0,2497
Angustia	106,9 ± 37,3	141,5 ± 56,8	0,0964

⁸ El símbolo ➤ señala cuando el valor de p es < 0,05 en la prueba H de Kruskal - Wallis.

⁹ Hay dos áreas de necesidades donde no se encontraron personas con necesidades insatisfechas (cuidado personal y teléfono), por lo que no se pudieron hacer comparaciones.

Seguridad hacia sí mismo	114,4 ± 43,4	176,0 ± 0,0	0,1213
Seguridad hacia los otros	138,3 ± 43,9	134,7 ± 41,5	1,0000
Alcohol	135,6 ± 40,9	155,5 ± 28,9	0,6985
Drogas	116,2 ± 41,7	112,4 ± 38,1	1,0000
Compañía	96,5 ± 34,2	122,5 ± 38,4	0,0454 ➤
Relación de pareja	113,4 ± 37,8	82,1 ± 36,7	0,0322 ➤
Sexualidad	95,2 ± 23,5	88,0 ± 42,4	0,7389
Cuidado de los hijos	100,5 ± 43,1	137,0 ± 8,5	0,2207
Educación básica	106,0 ± 50,9	77,5 ± 34,6	0,4386
Teléfono	-	-	-
Transporte	105,6 ± 41,5	136,8 ± 64,3	0,4334
Dinero	106,3 ± 28,5	143,0 ± 0,0	0,2370
Ayudas sociales	115,0 ± 33,4	101,4 ± 36,6	0,4829

Tabla 18c

Comparación de los puntajes obtenidos en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, entre los pacientes que presentan todas sus necesidades satisfechas y los que no, para cada una de las áreas del CAN (n = 141)

Área de necesidades	Personas con sus necesidades satisfechas prom ± d.e.	Personas con necesidades insatisfechas prom ± d.e.	valor p
Alojamiento	2,94 ± 1,54	3,50 ± 0,00	0,8272
Alimentación	1,57 ± 1,02	1,10 ± 0,14	0,7697
Cuidado del hogar	1,58 ± 1,53	1,30 ± 0,00	0,6015
Cuidado personal	-	-	-
Actividades diarias	1,30 ± 0,62	1,64 ± 1,06	0,4257
Salud física	2,40 ± 1,43	0,75 ± 0,64	0,1143
Síntomas psicóticos	2,05 ± 1,29	1,31 ± 0,76	0,0334 ➤
Información sobre tratto.	2,06 ± 1,11	1,64 ± 1,12	0,3706
Angustia	1,75 ± 1,10	1,33 ± 1,19	0,2206
Seguridad hacia sí mismo	1,73 ± 0,97	0,40 ± 0,00	0,1213
Seguridad hacia los otros	1,10 ± 0,68	1,17 ± 0,93	0,7954
Alcohol	1,30 ± 0,65	0,65 ± 0,35	0,1213
Drogas	1,50 ± 0,64	1,64 ± 0,92	0,8551
Compañía	1,81 ± 0,97	1,51 ± 1,03	0,1824
Relación de pareja	1,53 ± 0,98	2,72 ± 1,14	0,0069 ➤
Sexualidad	1,52 ± 0,63	2,20 ± 1,56	0,7389
Cuidado de los hijos	1,55 ± 1,20	1,55 ± 0,08	1,0000
Educación básica	1,75 ± 0,92	3,30 ± 1,41	0,4386
Teléfono	-	-	-
Transporte	1,82 ± 1,10	1,50 ± 0,62	0,9479
Dinero	1,45 ± 0,62	1,30 ± 0,00	0,9372
Ayudas sociales	1,45 ± 0,61	1,89 ± 1,02	0,4829

En este caso se observa que los tres indicadores de calidad de vida que se derivan del CSCV se asocian a un menor número de áreas de necesidades insatisfechas. La dimensión de aspectos favorables aparece asociada con las áreas de síntomas psicóticos y con la de relación de pareja (tabla 18a). Por su parte, la dimensión de aspectos desfavorables se asocia con las áreas de compañía y de relación de pareja (tabla 18b). La razón de aspectos favorables

/ aspectos desfavorables muestra asociación estadísticamente significativa con las áreas de síntomas psicóticos y de relación de pareja (tabla 18c).

En la tabla 19 se estudia la posible asociación entre el número de áreas de necesidades insatisfechas y los tres indicadores de calidad de vida que se derivan del CSCV, a través de la correlación de Spearman.

Tabla 19
Valores para la correlación de Spearman entre el número de áreas de necesidades insatisfechas y los indicadores de calidad de vida del CSCV (n = 141)

Indicador del CSCV	r_s	valor-p
Dimensión de aspectos favorables	- 0,19	0,0259
Dimensión de aspectos desfavorables	0,28	0,0006
Razón de asp. favorables / asp. desfavorables	- 0,28	0,0008

Al igual que lo descrito para el número de áreas de necesidades, también en este caso se observaron correlaciones que fueron estadísticamente significativas con el número de necesidades insatisfechas para los tres indicadores de calidad de vida, con una direccionalidad que se corresponde con lo esperado. Sin embargo, cabe destacar que el valor de r es más bajo lo que indica que la fuerza de la asociación es menor.

En síntesis, nuestros resultados muestran que existe asociación entre ambas variables, tanto para el número de necesidades con los tres indicadores de calidad de vida, así como para el número de necesidades insatisfechas con los mismos tres indicadores. Por otra parte, la fuerza de la asociación es moderada (especialmente entre el número de necesidades insatisfechas y los tres indicadores de calidad de vida) y el estudio de lo que sucede con las áreas específicas de necesidades muestra que esta asociación se verifica sólo con algunas de ellas. Lo anterior nos lleva a la conclusión de que efectivamente se trata de dos variables que miden aspectos diferentes de la vida de los pacientes y que deben seguir siendo estudiadas en forma independiente.

ANÁLISIS BIVARIABLE PARA EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

Para este análisis se tomó como indicador el número de áreas de necesidades insatisfechas. Tal como se señaló en el análisis descriptivo de esta variable ella es de tipo métrico y con una distribución que no sigue la forma de una curva normal, razón por la cual se utilizarán pruebas no paramétricas (prueba H de Kruskal-Wallis para estudiar la posible asociación con variables categóricas y la r_s de Spearman para estudiar la correlación con variables cuantitativas).

En el caso de esta variable también se encontró que existían 4 casos atípicos, pero se decidió mantenerlos en el análisis ya que al comparar los resultados en las pruebas estadísticas se observó que no afectaban mayormente los resultados, por tanto eran casos atípicos no influyentes.

Características sociodemográficas de los pacientes

En la tabla 20 se presenta la comparación respecto del número de necesidades insatisfechas para las diferentes dimensiones de las variables sexo, edad, estado civil e identificación étnica, en las cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de ellas.

Tabla 20
Comparación del número de necesidades insatisfechas para las diferentes dimensiones de las variables sexo, edad, estado civil e identificación étnica (n = 141)

Variable		prom ± d.e.	mediana	valor-p
Sexo	Mujeres	1,4 ± 1,6	1	0,1506
	Varones	1,1 ± 1,4	0	
Edad	Hasta 24 años	1,0 ± 1,2	1	0,9109
	25 y más años	1,3 ± 1,8	1	
Estado civil	Soltero/separado	1,1 ± 1,4	1	0,2577
	Casado/convive	2,2 ± 2,6	2	
Etnia	Chileno	1,4 ± 1,5	1	0,5387
	Otra	1,6 ± 1,8	1	

Respecto al número de personas que viven bajo el mismo techo tampoco se encontró una asociación estadísticamente significativa con el número de áreas de necesidades insatisfechas: el r_s fue de 0,07 con valor-p de 0,3824.

A continuación se exploró la posible asociación entre el número de años de estudio y el número de necesidades insatisfechas. Primero se hizo la prueba para los años de estudio al momento del diagnóstico obteniéndose un r_s de -0,18 con valor-p de 0,0324. Después se hizo lo mismo para el número de años al momento de la entrevista, encontrándose un r_s de -0,20 con valor-p de 0,0195. A continuación se estudió si existía asociación entre el número de necesidades insatisfechas y la variación de años de estudio entre el momento del diagnóstico y la entrevista, no encontrando asociación estadísticamente significativa (r_s de -0,04 y valor-p de 0,6128).

Los resultados anteriores nos llevaron a explorar con mayor profundidad estas asociaciones a través de un análisis estratificado, para lo cual se decidió dicotomizar la variable años de estudio entre los 8 y 9 años, dado que en Chile este es el punto que marca el paso de la enseñanza primaria a la secundaria. En la tabla 21 se muestran los resultados respecto de los años de estudio, para el momento en que se realizó el diagnóstico y a la entrevista, así como para la variación ocurrida durante este tiempo, donde se confirma lo descrito en el análisis de correlación.

Tabla 21
Comparación del número de necesidades insatisfechas según años de estudio (al momento del diagnóstico y al momento de la entrevista) (n = 141)

Variable	n	prom ± d.e.	mediana	valor-p
Años al diagnóstico	0 a 8 años	48	1,5 ± 1,6	0,0327
	9 y más años	93	1,0 ± 1,4	
Años a la entrevista	0 a 8 años	35	1,7 ± 1,7	0,0179
	9 y más años	106	1,0 ± 1,4	
Variación	No varía	102	1,2 ± 1,6	0,7507
	Aumenta	39	1,1 ± 1,3	

Se puede observar que las personas que tienen menos años de estudio (hasta 8 años) al momento en que se realizó el diagnóstico de su enfermedad, presentan un mayor número de necesidades insatisfechas, diferencia que fue estadísticamente significativa. Lo mismo ocurre con respecto a los años de estudio al momento en que se realiza la entrevista.

Dado que los años de estudio al momento de la entrevista está en función de los años de estudio que tenía al momento del diagnóstico más los que pudo avanzar mientras estuvo en tratamiento, se procedió a estimar si la variación en años de estudio presentaba asociación con el número de necesidades insatisfechas, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 21).

De lo anterior se puede deducir que la variable significativa respecto del número de necesidades insatisfechas sería la cantidad de años de estudio previos al diagnóstico, no siendo relevante el aumento de estos años durante el período de control y tratamiento. Para fundamentar este planteamiento se procedió a realizar un análisis estratificado para la variación de años de estudio según el número de años de estudio que tenía al momento del diagnóstico, cuyos resultados se muestran en la tabla 22.

Los resultados permiten ver que al estratificar por años de estudio previo al diagnóstico se mantiene la ausencia de asociación estadísticamente significativa para la variación en los años de estudio durante el período de control o tratamiento, respecto del número de necesidades insatisfechas.

Tabla 22
Análisis estratificado para la asociación entre la variación de años de estudio durante el tiempo en control y el número de necesidades insatisfechas, según años de estudio previos al diagnóstico (n = 141)

En el grupo con 0 a 8 años de estudio previo al diagnóstico	prom ± d.e.	mediana	valor-p
Se mantiene el número de años de estudio al momento de la entrevista	1,7 ± 1,8	1	0,2094
Aumenta el número de años de estudio al momento de la entrevista	0,9 ± 0,9	1	

En el grupo con 9 y más años de estudio previo al diagnóstico	prom ± d.e.	mediana	valor-p
Se mantiene el número de años de estudio al momento de la entrevista	1,0 ± 1,4	0	0,7092
Aumenta el número de años de estudio al momento de la entrevista	1,1 ± 1,6	0,5	

En la siguiente tabla se muestra el análisis para la variable situación laboral previa al diagnóstico y al momento de la entrevista. Dado que la hipótesis fue planteada respecto de una posible asociación con tener trabajo estable, se procedió a dicotomizar esta variable entre los que estaban en esta condición y los demás.

Tabla 23

Comparación del número de necesidades insatisfechas según situación laboral previa al diagnóstico y al momento de la entrevista (n = 141)

Variable		prom ± d.e.	mediana	valor-p
Previo al diagnóstico	Con trabajo estable	0,7 ± 1,2	0	0,2554
	Sin trabajo estable	1,2 ± 1,5	1	
A la entrevista	Con trabajo estable	0,9 ± 1,1	1	0,7366
	Sin trabajo estable	1,2 ± 1,5	1	

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre tener un trabajo estable y el número de necesidades insatisfechas, ni para la situación laboral al momento en que se realiza el diagnóstico ni para el momento en que se hace la entrevista del paciente.

Participación y apoyo social

En la tabla 24 se muestran los resultados para la variable de síntesis que se construyó para participación social de estas personas, incluyendo la participación en diferentes grupos sociales (vecinales, deportivos, de iglesia, etc.). Como se puede observar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ningún tipo de grupos sociales.

Por la importancia que tiene, en una tabla independiente se presentan los resultados respecto de la participación en Agrupaciones de Usuarios (tabla 25), pudiéndose observar que tampoco hay diferencias significativas entre los subgrupos de la variable.

Tabla 24
Comparación del número de necesidades insatisfechas según participación social en diferentes tipos de organizaciones (n = 141)

Variable		prom ± d.e.	mediana	valor-p
Participación en organizaciones sociales en general	Nunca o en forma ocasional	1,3 ± 1,6	1	0,2742
	En la mayoría de las actividades	1,0 ± 1,4	0	
	En todas las actividades	0,6 ± 0,6	0,5	

Tabla 25
Comparación del número de necesidades insatisfechas según la frecuencia de participación en Agrupaciones de Usuarios (n = 141)

Variable		prom ± d.e.	mediana	valor-p
Participación en agrupación de usuarios	En ninguna actividad	1,2 ± 1,6	1	0,8512
	En forma ocasional	0,8 ± 1,0	0,5	
	En la mayoría de las actividades	0,9 ± 1,2	0	
	En todas las actividades	0,7 ± 0,6	1	

Vale la pena notar que, tanto para la participación en agrupaciones de usuarios como para la participación social en general, se puede observar una tendencia en el sentido que las personas con menor participación presentan un mayor número de necesidades insatisfechas, aunque en nuestro estudio estas diferencias no resultaron significativas.

Finalmente, se realizó un análisis de correlación para la puntuación obtenida en la escala de apoyo social y el número de necesidades insatisfechas, obteniéndose un $r_s = -0,05$ con un valor-p = 0,5304, lo que indica que no existe asociación entre las dos variables.

Antecedentes al momento del diagnóstico

En este acápite se estudiaron dos variables que se refieren al momento en que hizo el diagnóstico (vale decir, dos a cuatro años antes de la entrevista de este estudio): la edad que el(la) paciente tenía en ese momento y la puntuación en el GAF.

Se realizó un análisis de correlación entre la edad al momento del diagnóstico y el número de necesidades insatisfechas, encontrándose un $r_s = -0,06$ con un valor-p de 0,4945, lo que indica que no existe asociación significativa.

De igual forma, se procedió a hacer un análisis de correlación entre la puntuación en el GAF al momento del diagnóstico y el número de necesidades insatisfechas, obteniéndose un $r_s = -0,30$ con un valor- $p = 0,0003$, indicando que existe una asociación inversa entre ambas variables.

Evolución clínica desde el diagnóstico hasta la entrevista actual

En primer lugar se exploró la posible asociación entre el tiempo que ha transcurrido desde que se hizo el diagnóstico hasta la entrevista y el número de necesidades insatisfechas. El r_s fue de $-0,08$, con un valor- p de $0,3386$, lo que indica que no existe una asociación entre las dos variables.

A continuación se buscó la posible asociación entre el porcentaje de tiempo que permaneció bajo control (adherencia al programa de tratamiento) y el número de necesidades insatisfechas. El r_s fue de $0,18$ con un valor- p de $0,0362$, señalando que existe una asociación directa entre estas dos variables.

Posteriormente se analizó la posible asociación entre el número de recaídas y el número de necesidades insatisfechas. Para esto, se utilizó como variable la tasa de recaídas por año de observación (de esta forma se hace posible comparar a pacientes con diferentes tiempos de observación). Se encontró un r_s de $0,29$ con un valor- p de $0,0004$, lo que indica la existencia de una asociación directa entre estas dos variables.

En cuanto a la variable número de hospitalizaciones, no se encontró asociación con el número de necesidades insatisfechas ($r_s = 0,06$, $p = 0,5065$).

Intervenciones de tratamiento

A continuación revisamos lo que sucede con los tratamientos. No se encontraron diferencias entre los pacientes que recibían antipsicóticos respecto de los que no los recibían, en cuanto al número de necesidades insatisfechas ($p=0,4449$).

Si se considera el subgrupo que recibe tratamiento antipsicótico ($n=137$), tampoco hubo diferencias respecto del seguimiento de las indicaciones durante la semana (tomar los medicamentos todos los días v/s hacerlo sólo algunos días, con un valor- p de $0,0969$), ni en el seguimiento de las indicaciones sobre la dosis (tomar toda la dosis diaria v/s tomar parte de la dosis indicada, con un valor- p de $0,2127$).

En la tabla 26 se muestran los resultados para los cuatro grupos de intervenciones psicosociales que fueron estudiados, no encontrándose diferencias significativas para ninguno de ellos respecto del número de necesidades insatisfechas entre quienes participaron y quienes no lo hicieron.

Finalmente, se procedió a estudiar si existía asociación entre el número de tipos de intervenciones psicosociales que un paciente hubiese recibido y el número de necesidades insatisfechas, no encontrando una asociación estadísticamente significativa ($r_s = -0,07$, $p = 0,4065$).

Tabla 26
Comparación del número de necesidades insatisfechas según participación en diferentes grupos de intervenciones psicosociales (n = 141)

Variable		prom \pm d.e.	mediana	p KW
Participa en programa de psicoeducación	No	1,2 \pm 1,8	0,5	0,7257
	Si	1,1 \pm 1,3	1	
Recibe intervención psicológica individual	No	1,3 \pm 1,6	1	0,3668
	Si	1,1 \pm 1,4	1	
Recibe intervención familiar	No	1,4 \pm 1,8	1	0,3762
	Si	0,9 \pm 1,1	1	
Participa en programa de rehabilitación psicosocial	No	1,3 \pm 1,7	1	0,2484
	Si	0,9 \pm 1,2	0,5	

Estado clínico al momento de la entrevista

La primera variable que se estudió fue la puntuación en el GAF al momento de la entrevista, encontrándose que existe una asociación estadísticamente significativa ($r_s = -0,18$, $p = 0,0378$).

A continuación se evaluó si existía asociación entre la variación de la puntuación en el GAF entre el ingreso y la entrevista con el número de áreas de necesidades insatisfechas, no encontrándose una asociación significativa ($r_s = 0,02$, $p = 0,8358$).

Dado que se encontró una asociación significativa con el número de necesidades insatisfechas tanto para el GAF al diagnóstico como para el GAF al momento de la entrevista, y que este último es el resultado del GAF inicial más la variación ocurrida durante los años que ha estado en control, se decidió hacer un análisis estratificado cuyos resultados se presentan en la tabla 27. Para esto fue necesario dicotomizar la variable puntuación en la GAF al momento del diagnóstico y la variable variación en la puntuación de la GAF (entre el diagnóstico y la entrevista), eligiéndose un valor cercano a la mediana en ambos casos, con la finalidad de dejar dos grupos de tamaño similar.

Tabla 27

Análisis estratificado para la posible asociación entre la variación en la puntuación del GAF y el número de necesidades insatisfechas, según el valor del GAF al momento del diagnóstico (n = 141)

En el grupo con GAF entre 15 y 30 al diagnóstico	prom ± d.e.	mediana	p KW
Puntuación en la variación en el GAF entre -9 y 29	1,4 ± 1,4	1	0,7092
Puntuación en la variación en el GAF entre 30 y más	1,7 ± 1,9	1	
En el grupo con GAF entre 31 y 91 al diagnóstico	prom ± d.e.	mediana	p KW
Puntuación en la variación en el GAF entre -9 y 29	0,9 ± 1,1	0,5	0,0584
Puntuación en la variación en el GAF entre 30 y más	0,5 ± 0,9	0	

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el subgrupo cuyo GAF al diagnóstico era menor (15 a 30 puntos). Sin embargo, en el subgrupo donde el GAF al diagnóstico estuvo entre 31 y 91 puntos, las diferencias fueron mayores aunque el valor-p observado fue levemente superior a 0,05. Esto nos hace plantear la sospecha de que exista una interacción entre estas dos variables (GAF inicial y variación en el GAF), de forma que una menor variación positiva en el GAF podría asociarse a un mayor número de necesidades insatisfechas en quienes muestran una mayor puntuación al momento del diagnóstico.

A continuación se analizó la posible asociación entre la puntuación obtenida en la PANSS -y para cada una de sus diferentes subescalas- con el número de necesidades insatisfechas. En la tabla 28 se muestran los resultados del análisis de correlación.

Tabla 28

Correlación entre el número de necesidades insatisfechas y la puntuación obtenida en la PANNS (n = 141)

Variable	rs	valor-p
Subescala de síntomas positivos	0,11	0,2120
Subescala de síntomas negativos	0,35	<0,0001
Subescala de psicopatología general	0,37	<0,0001
Puntuación total en la PANSS	0,38	<0,0001

Se puede apreciar que con la sola excepción de la subescala de síntomas positivos, en los otros tres casos existe una asociación directa que es estadísticamente significativa, de forma que a mayor intensidad de los síntomas negativos, de la psicopatología general y de la puntuación en la PANSS se encuentra un número más elevado de necesidades insatisfechas.

Conclusiones del análisis bivariable respecto de necesidades insatisfechas

De todas las variables sociodemográficas que fueron estudiadas sólo se encontró asociación entre un menor número de años de estudio al momento en que se realizó el diagnóstico del paciente y un mayor número de necesidades insatisfechas, asociación que se verifica también al dicotomizar esta variable entre los 8 y 9 años de estudio.

En cuanto a los antecedentes al momento del diagnóstico, se encontró una asociación inversa entre valor del GAF y el número de necesidades insatisfechas.

Dentro de las variables relacionadas con la evolución clínica hubo dos que mostraron una asociación directa con el número de necesidades insatisfechas: el porcentaje de tiempo bajo control (respecto del tiempo total de observación) y la tasa de recaídas por año.

No se encontró asociación entre el número de necesidades insatisfechas y el estar sometido a un tratamiento farmacológico o el haber participado en intervenciones psicosociales.

Respecto al estado clínico al momento de la entrevista, se encontró una asociación directa entre el número de necesidades insatisfechas y las subescalas de síntomas negativos, la de psicopatología general y la puntuación total en la PANSS. Lo mismo acontece con la puntuación en la GAF al momento de la entrevista.

Se detectó una posible interacción entre el GAF al diagnóstico y la variación del GAF entre el diagnóstico y la entrevista, de forma que en las personas con un GAF más elevado al diagnóstico (sobre 30 puntos) y con una menor variación en el GAF mostrarían un mayor número de necesidades insatisfechas.

ANALISIS BIVARIABLE PARA EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA

Para este análisis se tomó como indicador la razón entre aspectos favorables y aspectos desfavorables del CSCV. Tal como se describió con anterioridad esta variable es de tipo métrico y tiene una distribución que no sigue una curva normal, por lo que también se utilizarán pruebas no paramétricas (prueba H de Kruskal-Wallis y la r_s de Spearman).

Es importante recordar que en el caso de esta variable no se detectaron casos atípicos.

Características sociodemográficas

En la tabla 29 se presentan los resultados para la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables respecto de las diferentes valores de las variables sexo, edad, estado civil e identificación étnica.

Tabla 29
Comparación para la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, según sexo, edad, estado civil y etnia (n = 141)

Variable		prom \pm d.e.	mediana	valor-p
Sexo	Mujeres	2,0 \pm 1,3	1,6	0,6219
	Varones	2,0 \pm 1,1	1,7	
Edad	Hasta 24 años	1,8 \pm 1,0	1,5	0,2393
	25 y más años	2,2 \pm 1,3	1,8	
Estado civil	Soltero/separado	2,0 \pm 1,2	1,6	0,9268
	Casado/convive	2,1 \pm 1,5	1,5	
Etnia	Chileno	2,0 \pm 1,2	1,7	0,0531
	Otra	1,1 \pm 0,3	1,2	

Como se puede apreciar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para sexo ni para estado civil. En el caso de la identificación étnica hubo una tendencia bastante notoria (el valor del promedio para la razón fue casi el doble entre los chilenos respecto de los otros), con un valor-p que estuvo levemente por encima de la cifra que se definió como límite para rechazar la hipótesis nula.

Respecto al número de personas que viven bajo el mismo techo, también se detectó una asociación inversa con el valor de la razón, que fue estadísticamente significativa: el r_s estuvo en -0,19 con valor-p de 0,0250.

También se estudió la posible asociación entre el número de años de estudio y el valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV. Primero se hizo la prueba para los años de estudio al momento del diagnóstico obteniéndose un r_s de 0,27 con valor-p de 0,0013. Después se hizo lo mismo para el número de años al momento de la entrevista, encontrándose un r_s de 0,24 con valor-p de 0,0042. No se encontró asociación entre la variación de años de estudio entre el momento del diagnóstico y la entrevista y el valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV: r_s de -0,06 y valor-p de 0,4467.

También en el caso de estas variables se decidió explorar con mayor profundidad estas asociaciones a través de un análisis estratificado, dicotomizando la variable años de estudio entre los 8 y 9 años. En la tabla 30 se muestran los resultados respecto de los años de estudio, para el momento en que se realizó el diagnóstico y a la entrevista, así como para la variación ocurrida durante este tiempo, donde se confirma lo descrito en el análisis de correlación.

Tabla 30
Comparación del valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV según años de estudio (n = 141)

Variable		prom ± d.e.	mediana	valor-p
Años al diagnóstico	0 a 8 años	1,7 ± 1,1	1,3	0,0048
	9 y más años	2,2 ± 1,2	1,8	
Años a la entrevista	0 a 8 años	1,7 ± 1,1	1,3	0,0388
	9 y más años	2,1 ± 1,2	1,8	
Variación	No varía	2,1 ± 1,2	1,7	0,6235
	Aumenta	1,9 ± 1,1	1,6	

Se puede observar que las personas que tienen menos años de estudio (hasta 8 años) al momento en que se realizó el diagnóstico de su enfermedad, presentan un mayor número de necesidades insatisfechas, diferencia que fue estadísticamente significativa. Lo mismo ocurre con los años de estudio al momento en que se realiza la entrevista, pero no sucede lo mismo respecto del aumento o no en los años de estudio durante el período de observación.

A continuación se procedió a realizar un análisis estratificado para la variación de años de estudio según el número de años de estudio que tenía al momento del diagnóstico, cuyos resultados se muestran en la tabla 31.

Tabla 31
Análisis estratificado para la asociación entre la variación de años de estudio durante el tiempo en control y el valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, según años de estudio previos al diagnóstico (n = 141)

En el grupo con 0 a 8 años de estudio previo al diagnóstico	prom ± d.e.	mediana	valor-p
Se mantiene el número de años de estudio al momento de la entrevista	1,7 ± 1,1	1,3	0,9203
Aumenta el número de años de estudio al momento de la entrevista	1,6 ± 0,9	1,3	
En el grupo con 9 y más años de estudio previo al diagnóstico	prom ± d.e.	mediana	valor-p
Se mantiene el número de años de estudio al momento de la entrevista	2,2 ± 1,2	1,9	0,6106
Aumenta el número de años de estudio al momento de la entrevista	2,0 ± 1,1	1,7	

Los resultados permiten ver que al estratificar por años de estudio al momento del diagnóstico se mantiene la ausencia de asociación para la variación en los años de estudio durante el período de observación, desprendiéndose adicionalmente que no existe interacción entre ambas variables.

En la siguiente tabla se muestra el análisis para la variable situación laboral previa al diagnóstico y al momento de la entrevista. Dado que la hipótesis fue planteada respecto de una posible asociación con tener trabajo estable, se

procedió a dicotomizar esta variable entre los que estaban en esta condición y los demás.

Tabla 32

Comparación del valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, según situación laboral previa al diagnóstico y al momento de la entrevista (n = 141)

Variable		prom ± d.e.	mediana	valor-p
Previo al diagnóstico	Con trabajo estable	2,9 ± 1,6	3,3	0,0650
	Sin trabajo estable	1,9 ± 1,1	1,6	
A la entrevista	Con trabajo estable	2,9 ± 1,3	2,4	0,0089
	Sin trabajo estable	1,9 ± 1,1	1,6	

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre tener o no un trabajo estable y el valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, para el momento en que se hace la entrevista del paciente (p=0,0089). Cabe destacar que para el momento en que se hizo el diagnóstico se observó una tendencia en similar sentido, pero que no alcanzó a ser estadísticamente significativa.

Participación y apoyo social

En la tabla 33 se presentan los resultados respecto de la participación en Agrupaciones de Usuarios, pudiéndose observar que no hay diferencias significativas el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV entre los subgrupos de esta variable.

Tabla 33

Comparación en el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, según la frecuencia de participación en Agrupaciones de Usuarios (n = 141)

Variable		prom ± d.e.	mediana	valor-p
Participación en agrupación de usuarios	En ninguna actividad	2,0 ± 1,2	1,6	0,4460
	En forma ocasional	2,0 ± 1,0	1,9	
	En la mayoría de las actividades	1,4 ± 0,6	1,1	
	En todas las actividades	2,5 ± 1,6	1,9	

En la tabla 34 se muestran los resultados para la variable de síntesis que se construyó para participación social, que incluye la participación en diferentes grupos sociales. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 34

Comparación en el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, según participación social en diferentes tipos de organizaciones (n = 141)

Variable		prom ± d.e.	mediana	valor-p
Participación en organizaciones sociales en general	Nunca o en forma ocasional	2,0 ± 1,2	1,6	0,6718
	En la mayoría de las actividades	1,9 ± 1,2	1,6	
	En todas las actividades	2,1 ± 1,2	1,8	

Finalmente, se realizó un análisis de correlación para la puntuación obtenida en la escala de apoyo social y el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, obteniéndose un r_s de 0,15 con un valor-p de 0,0751, lo que indica que hay una tendencia hacia una asociación directa entre estas dos variables, pero que no es estadísticamente significativa.

Antecedentes al momento del diagnóstico

En el análisis de correlación entre la edad al momento del diagnóstico y el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, encontrándose una asociación directa que fue estadísticamente significativa, con un r_s de 0,21 y un valor-p de 0,0110.

En el caso de la puntuación en el GAF al momento del diagnóstico se obtuvo un $r_s = 0,23$ con un valor-p de 0,0054, lo que indica que existe una asociación directa y significativa entre esta variable y el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV.

Evolución clínica desde el diagnóstico hasta la entrevista actual

Respecto del tiempo que ha transcurrido desde que se hizo el diagnóstico hasta la entrevista y el valor obtenido en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, no se encontró una asociación significativa ($r_s = 0,08$, $p = 0,3603$).

Tampoco se encontró asociación entre el porcentaje de tiempo que permaneció bajo control y el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV ($r_s = -0,05$, $p = 0,5743$).

Posteriormente se analizó la posible asociación entre el número de recaídas y el número de necesidades insatisfechas. También en este caso se utilizó como variable la tasa de recaída por año de observación (para poder comparar pacientes con diferentes tiempos de observación). Se encontró un r_s de -0,38 con un valor-p $< 0,0001$, indicando la existencia de una asociación inversa entre estas dos variables.

Algo similar ocurrió con la variable número de hospitalizaciones, donde igualmente se encontró una asociación de tipo inversa con el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV ($r_s = -0,27$, $p = 0,0010$).

Intervenciones de tratamiento

Respecto de los tratamientos, tampoco se encontraron diferencias en el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV entre los pacientes que recibían antipsicóticos respecto de los que no los recibían ($p=0,3746$).

Si se considera el subgrupo que recibe tratamiento antipsicótico ($n=137$), tampoco hubo diferencias respecto del seguimiento de las indicaciones durante la semana (tomar los medicamentos todos los días v/s hacerlo sólo algunos días, con un valor-p de 0,5056), ni en el seguimiento de las indicaciones sobre la dosis (tomar toda la dosis diaria v/s tomar parte de la dosis indicada, con un valor-p de 0,5315).

En la tabla 35 se muestran los resultados para los cuatro grupos de intervenciones psicosociales que fueron estudiados.

Tabla 35
Comparación del valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, según participación en diferentes grupos de intervenciones psicosociales ($n = 141$)

Variable		prom \pm d.e.	mediana	p KW
Participa en programa de psicoeducación	No	2,4 \pm 1,3	1,9	0,0240
	Si	1,8 \pm 1,0	1,5	
Recibe intervención psicológica individual	No	2,4 \pm 1,3	2,0	0,0088
	Si	1,8 \pm 1,0	1,5	
Recibe intervención familiar	No	2,3 \pm 1,4	1,9	0,0336
	Si	1,7 \pm 0,9	1,5	
Participa en programa de rehabilitación psicosocial	No	2,1 \pm 1,2	1,7	0,2876
	Si	1,8 \pm 1,0	1,5	

Se puede apreciar que hay diferencias estadísticamente significativas para los que participan o no en las tres primeras intervenciones psicosociales del recuadro (programas de psicoeducación individual, intervenciones psicológicas

individuales e intervenciones familiares). Es interesante constatar que en los tres casos, quienes participan en la intervención muestran un valor menor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, que es lo contrario a lo planteado en las hipótesis.

Finalmente, se procedió a estudiar si existía asociación entre el número de tipos de intervenciones psicosociales que un paciente hubiese recibido y el valor obtenido en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, confirmando lo descrito previamente ($r_s = -0,22$, $p = 0,0095$).

Estado clínico al momento de la entrevista

La primera variable que se estudió fue la puntuación en el GAF al momento de la entrevista, observando que existe una asociación directa que es estadísticamente significativa ($r_s = 0,38$, $p < 0,0001$).

También en este caso se evaluó si existía asociación entre la variación de la puntuación en el GAF entre el ingreso y la entrevista con el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, encontrándose una asociación directa que bordea el límite de rechazo de la hipótesis nula ($r_s = 0,16$, $p = 0,0566$).

Dados los hallazgos anteriores, se procedió a hacer un análisis estratificado cuyos resultados se presentan en la tabla 36.

Tabla 36

Análisis estratificado para la posible asociación entre la variación en la puntuación del GAF y el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, según el valor del GAF al momento del diagnóstico (n = 141)

En el grupo con GAF entre 15 y 30 al diagnóstico	prom ± d.e.	mediana	p KW
Puntuación en la variación en el GAF entre -9 y 29	1,6 ± 0,7	1,4	0,9587
Puntuación en la variación en el GAF entre 30 y más	1,8 ± 1,1	1,6	
En el grupo con GAF entre 31 y 91 al diagnóstico	prom ± d.e.	mediana	p KW
Puntuación en la variación en el GAF entre -9 y 29	2,0 ± 1,2	0,5	0,0485
Puntuación en la variación en el GAF entre 30 y más	2,5 ± 1,3	2,3	

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el subgrupo cuyo GAF al diagnóstico era menor (15 a 30 puntos). Sin embargo, en el subgrupo donde el GAF al diagnóstico estuvo entre 31 y 91 puntos si se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Esto nos permite plantear que existe una interacción entre estas dos variables, en el sentido de

que una menor variación positiva en el GAF podría asociarse con una valor más bajo en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV, entre quienes muestran una mayor puntuación en el GAF al momento del diagnóstico.

A continuación se estudió la posible asociación entre la puntuación obtenida en la PANSS y sus diferentes subescalas, con el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV. En la tabla 37 se muestran los resultados del análisis de correlación.

Tabla 37
Análisis de correlación entre el valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV y la puntuación obtenida en la PANSS (n = 141)

Variable	r_s	valor-p
Subescala de síntomas positivos	- 0,47	<0,0001
Subescala de síntomas negativos	- 0,54	<0,0001
Subescala de psicopatología general	- 0,49	<0,0001
Puntuación total en la PANSS	- 0,58	<0,0001

Para las tres subescalas y para la PANSS en su conjunto se observa una asociación de tipo inversa que es estadísticamente significativa, de forma que a mayor intensidad de los síntomas se encuentra un menor valor para la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV.

Conclusiones del análisis bivariable respecto del nivel de calidad de vida

Se encontraron cuatro variables socio – demográficas que mostraron asociación con un menor valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV: identificarse como perteneciendo a una étnia de algún pueblo originario (“no chileno”), mayor número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente, el número de años de estudio al momento del diagnóstico y el tener un trabajo estable en el momento de la entrevista.

En cuanto a los antecedentes al momento del diagnóstico, se encontró una asociación directa entre el valor del GAF y el valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV.

Dentro de las variables relacionadas con la evolución clínica hubo dos que mostraron una asociación inversa con el valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV: la tasa de recaídas por año y el número de hospitalizaciones.

No se encontró asociación entre el número de necesidades insatisfechas y el estar sometido a un tratamiento farmacológico. Sin embargo, sí se encontró asociación entre haber participado en intervenciones psicosociales y el valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV. Los

pacientes que participaron en programas de psicoeducación individual, en intervenciones psicológicas individuales y en intervenciones familiares tenían una puntuación significativamente inferior en la razón. De igual forma, el número de intervenciones psicosociales se correlacionó en forma inversa y significativa con el valor obtenido en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV.

Respecto al estado clínico al momento de la entrevista, se encontró una asociación inversa entre el valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV y la intensidad de los síntomas (medido a través de la PANSS, para cada una de sus subescalas y para la puntuación global). Lo mismo sucede con la puntuación en el GAF al momento de la entrevista.

Se detectó una interacción entre el GAF al diagnóstico y la variación del GAF entre el diagnóstico y la entrevista, de forma que en las personas con un GAF más elevado al diagnóstico (sobre 30 puntos) y con una menor variación en el GAF mostrarían una puntuación más baja en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV.

ANÁLISIS MULTIVARIABLE PARA EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

El objetivo en esta etapa del análisis es identificar aquellas variables socio-demográficas y/o clínicas que mejor explican el número de necesidades insatisfechas en estas personas, ya sea como variables independientes o formando parte de interacciones.

Los pasos que se siguieron fueron los siguientes:

1. construir un modelo de regresión lineal múltiple que incluya todas las variables que pudieran ser relevantes;
2. identificar el modelo parsimonioso (que contiene el menor número de variables, manteniendo un buen nivel predictivo);
3. analizar el cumplimiento de los supuestos del modelo de regresión lineal;
4. estudiar la posible existencia de valores influyentes; y,
5. establecer el modelo definitivo.

En el anexo 2 se presentan con detalle todos los análisis realizados durante esta etapa. A continuación se describen los aspectos y resultados más relevantes de este análisis.

Para construir el modelo inicial se tomaron todas las variables que en los análisis anteriores mostraron tener una asociación significativa con al menos

una de las variables dependientes de este estudio (número de necesidades insatisfechas y calidad de vida). El detalle de esto se muestra en el anexo 2.

Las variables incluidas fueron las siguientes:

- edad del paciente,
- identificación étnica,
- número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente,
- número de años de estudio al momento del diagnóstico,
- tener un trabajo estable en el momento de la entrevista,
- puntuación en la escala de apoyo social,
- edad del paciente al momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez,
- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico,
- variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista,
- el porcentaje de tiempo bajo control (respecto del tiempo total de observación),
- tasa de recaídas por año,
- número de hospitalizaciones,
- número de intervenciones psicosociales que ha recibido,
- puntuación en la PANSS (al momento de la entrevista).

A continuación, se construyeron todas las interacciones entre variables que fuesen de importancia teórica, incluyendo la que ya había sido detectada durante el análisis bivariado (ver anexo 2).

El primer modelo de regresión lineal múltiple incluyó 32 variables (14 variables principales y 18 interacciones) y obtuvo los siguientes indicadores:

Nº de observaciones incluidas =	141
Valor en la prueba F (32, 108) =	3,37
Valor p (prueba F) =	< 0,0001
R ² =	0,4996
R ² ajustado =	0,3513

En pasos sucesivos se fueron eliminando las interacciones que no mostraban una asociación significativa con el número de necesidades insatisfechas, para luego proceder a hacer lo mismo con las variables principales.

En este punto cabe hacer una aclaración respecto a la decisión de construir el modelo parsimonioso haciendo en forma manual el proceso de selección de variables y no a través de un procedimiento computacional como podría ser stepwise. En primer lugar, se debe considerar que la mayoría de las variables utilizadas en este estudio corresponden a puntuaciones que provienen de la apreciación subjetiva de los pacientes o de los clínicos, por lo tanto son variables cualitativas que han sufrido un proceso de metrización; en estricto rigor no son números sino cuasi-números (Mosterin 2003). En segundo lugar, lo que se busca en este trabajo es avanzar en el conocimiento acerca de los factores que determinan dos variables (necesidades insatisfechas y calidad de vida) en un tipo de personas que sufren una enfermedad. Lo anterior nos hace dar prioridad al análisis conceptual más que a la aplicación de operaciones matemáticas, razón por la cual hemos preferido ir revisando los resultados

paso a paso y no aplicar procedimientos mecanizados. Esta opción es válida para todo el trabajo desarrollado en esta tesis.

Se llegó a un primer modelo parsimonioso que incluía las siguientes variables:

- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico,
- variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista,
- tasa de recaídas por año,
- número de intervenciones psicosociales que ha recibido,
- puntuación en la PANSS,
- interacción (puntuación en el GAF al momento del diagnóstico * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista),
- interacción (número de intervenciones psicosociales que ha recibido * puntuación en la PANSS).

Los indicadores de este modelo fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas =	141
Valor en la prueba F (7, 133) =	13,86
Valor p (prueba F) =	< 0,0001
R ² =	0,4218
R ² ajustado =	0,3914

Se puede observar que este modelo logra un buen ajuste a los datos con un incremento del R² ajustado (de 0,3513 a 0,3914).

A continuación se estudió la posible multicolinealidad para las variables incluidas en el modelo a través de calcular los valores VIF, encontrando que ambas interacciones tenían una cifra sobre 10. Se procedió a estimar la correlación de Spearman para cada una de estas variables respecto de la variable dependiente, concluyendo que las dos interacciones y el número de intervenciones psicosociales tenían valores p superiores a 0,05. Esto llevó a analizar el efecto que se producía sobre el modelo si se procedía a eliminar estas variables.

De esta forma se llega a un segundo modelo parsimonioso que presentaba un bajo nivel de multicolinealidad entre sus variables (todas las variables con VIF < 10). Las variables incluidas fueron las siguientes:

- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico (1)¹⁰,
- variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista (2),
- tasa de recaídas por año (3),
- puntuación en la PANSS (4),
- interacción (puntuación en el GAF al momento del diagnóstico * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista) (1*2).

¹⁰ Se utilizará el número entre paréntesis para identificar cada variable en el recuadro donde se describe el modelo de regresión lineal múltiple que fue construido.

Los indicadores de este modelo fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (5, 135) = 15,43
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,3636
 R² ajustado = 0,3400

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	0,0331	0,0164	0,0006	0,0656	2,01	0,046
(2)	0,0606	0,0209	0,0192	0,1020	2,89	0,004
(3)	0,4921	0,2145	- 0,0679	0,9164	2,29	0,023
(4)	0,0486	0,0075	0,0338	0,0634	6,51	< 0,001
(1*2)	- 0,0014	0,0006	- 0,0026	- 0,0003	- 2,46	0,015
constante	- 2,9260	0,8884	- 4,6830	- 1,1690	- 3,29	0,001

A continuación se procedió a estudiar la distribución de los residuos del modelo, a través de gráficos y de las pruebas de normalidad (incluyendo análisis de la simetría y de la curtosis), así como la prueba para verificar la existencia de homocedasticidad y la conclusión fue que no se cumplían ninguno de los supuestos del modelo.

El análisis de los valores extremos – a través de la prueba D de Cook – mostró que ninguno de estos era influyente.

Sin embargo, el análisis gráfico y estadístico de los residuos señalaban que existía un caso que se ubicaba en una posición muy extrema dentro de la distribución, por lo que se procedió a eliminarlo y a rehacer todo el análisis de regresión lineal múltiple.

Finalmente, se llegó a un modelo parsimonioso más reducido (con 3 variables principales y una interacción) y con mejores indicadores en el análisis de los residuos, aunque sin cumplirlos plenamente.

Las variables incluidas fueron las siguientes:

- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico (1),
- variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista (2),
- puntuación en la PANSS (4),
- interacción (puntuación en el GAF al momento del diagnóstico * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista) (1*2).

El modelo obtenido tiene los siguientes indicadores:

Nº de observaciones incluidas = 140
 Valor en la prueba F (4, 135) = 18,82
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,3580
 R² ajustado = 0,3390

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	0,0321	0,0152	0,0022	0,0622	2,12	0,036
(2)	0,0630	0,0194	0,0248	0,1014	3,26	0,001
(4)	0,0503	0,0067	0,0370	0,0635	7,50	< 0,001
(1*2)	- 0,0015	0,0005	- 0,0026	- 0,0004	- 2,79	0,006
constante	- 2,6958	0,8172	- 4,3120	- 1,0797	- 3,30	0,001

Dado que no se cumplían los supuestos para un modelo de regresión lineal se procedió a realizar transformaciones de las variables, sin lograr una buena adecuación.

A continuación se decidió realizar un análisis de regresión logística múltiple, ya que este tipo de modelo no exige cumplir con los supuestos del modelo de regresión lineal. Se procedió a dicotomizar la variable dependiente (número de necesidades insatisfechas). El modelo parsimonioso que fue obtenido incluye las mismas variables de la regresión lineal múltiple, agregándose otras dos (una variable principal y una interacción). Estas fueron:

- número de años de estudio al momento del diagnóstico
- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico,
- variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista,
- puntuación en la PANSS,
- interacción (puntuación en el GAF al momento del diagnóstico * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista).
- interacción (puntuación en el GAF al momento del diagnóstico * puntuación en la PANSS).

Sin embargo, el modelo obtenido no logra un buen ajuste a los datos ($p=0,0567$).

Se procedió a construir un modelo de regresión logística sólo con las variables que habían resultado significativas en la regresión lineal múltiple y en este caso sí se consiguió un buen ajuste ($p=0,3733$), de lo que se desprende que es razonable mantener esta combinación de variables y no otra.

Por lo tanto, podemos concluir que el número de necesidades insatisfechas se asocia con:

- o la puntuación en el GAF al momento del diagnóstico,
- o la variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista,
- o la puntuación en la PANSS al momento de la entrevista, y
- o con un término de interacción entre la puntuación en el GAF al momento del diagnóstico y la variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista.

ANALISIS MULTIVARIABLE PARA EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA

Al igual que en el acápite anterior, el objetivo de esta etapa del análisis es identificar aquellas variables socio-demográficas y/o clínicas que mejor

explican el nivel de calidad de vida, expresado como la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables en el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida.

Se siguieron los mismos pasos generales que ya fueron descritos para la construcción de un modelo para el número de necesidades insatisfechas. En el anexo 3 se presentan con detalle todos los análisis que fueron realizados.

De igual forma, para construir el modelo inicial se tomaron todas las variables que en los análisis bivariantes mostraron tener una asociación significativa con al menos una de las dos variables dependientes de este estudio, al igual que las interacciones que se justificaban teóricamente. Es así, que el modelo inicial fue idéntico al utilizado en el acápite anterior e incluyó las mismas 32 variables (14 variables principales y 18 interacciones). Para mayor detalle ver anexo 1.

Sus resultados fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas =	141
Valor en la prueba F (32, 108) =	5,22
Valor p (prueba F) =	< 0,0001
R ² =	0,6073
R ² ajustado =	0,4909

A continuación se eliminaron las interacciones que no presentaban asociación significativa con la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables en el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida. Se procedió de igual manera con las variables principales.

Se llegó a un primer modelo parsimonioso que incluía las siguientes variables:

- número de años de estudio al momento del diagnóstico,
- puntuación en la escala de apoyo social,
- tasa de recaídas por año,
- número de intervenciones psicosociales que ha recibido,
- puntuación en la PANSS (al momento de la entrevista),
- interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * número de intervenciones psicosociales que ha recibido),
- interacción (tasa de recaídas por año * puntuación en la PANSS),
- interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * puntuación en la PANSS),
- interacción (número de intervenciones psicosociales que ha recibido * puntuación en la PANSS).

Los indicadores de este primer modelo parsimonioso fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas =	141
Valor en la prueba F (9, 131) =	14,12
Valor p (prueba F) =	< 0,0001
R ² =	0,4925
R ² ajustado =	0,4576

A continuación se calculó el valor del VIF para estudiar la posible multicolinealidad entre las variables incluidas en este. Con la excepción de la tasa de recaídas y la puntuación en la escala de apoyo social, todo el resto de las variables presentaban un valor del VIF superior a 10. Se procedió a estimar la correlación de Spearman para cada una de estas variables identificando aquellas que tenían valores p superiores a 0,05. Finalmente se construyó un segundo modelo parsimonioso que sólo incluía las variables que presentaban un bajo nivel de multicolinealidad entre sus variables.

A continuación se procedió a estudiar la distribución de los residuos del modelo, a través de gráficos y de las pruebas de normalidad (incluyendo análisis de la simetría y de la curtosis), concluyendo que se cumplían los supuestos del modelo de regresión lineal, con la sola excepción del principio de homocedasticidad.

También se llevó a cabo un análisis de la posible influencia de valores extremos, encontrando que no existía ninguno que fuera influyente.

El modelo final quedó compuesto por las siguientes variables:

- tasa de recaídas por año (1),
- número de intervenciones psicosociales que ha recibido (2),
- puntuación en la PANSS (al momento de la entrevista) (3),
- interacción (tasa de recaídas por año * puntuación en la PANSS) (1*3).

Sus indicadores fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (4, 136) = 24,69
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,4207
 R² ajustado = 0,4036

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	- 1,5793	0,3822	- 2,3352	- 0,8235	- 4,13	< 0,001
(2)	- 0,2109	0,0518	- 0,3134	- 0,1085	- 4,07	< 0,001
(3)	- 0,0567	0,0089	- 0,0743	- 0,0390	- 6,35	< 0,001
(1*3)	0,0233	0,0073	0,0089	0,0378	3,20	0,002
constante	5,3187	0,4084	4,5111	6,1263	13,02	< 0,001

Por lo tanto, podemos concluir que el valor en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables en el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida se asocia con:

- o la tasa de recaídas por año de evolución,
- o el número de intervenciones psicosociales que ha recibido,
- o la puntuación en la PANSS al momento de la entrevista, y
- o con un término de interacción que incluye la tasa de recaídas por año y puntuación en la PANSS.

OTROS ANALISIS MULTIVARIABLES PARA VARIABLES RELACIONADAS CON LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA

Los análisis anteriores han permitido identificar aquellas variables que se asocian directamente con el número de necesidades insatisfechas y con la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables en el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, cumpliendo así con parte de los objetivos propuestos en esta tesis. Para la etapa siguiente, cuyo objetivo es medir el efecto del tipo de sistema de atención en salud mental respecto de estas dos variables de resultado, será importante identificar si alguna de las variables que fueron estudiadas previamente se asocia en forma indirecta, con la finalidad de incluirlas en el modelo de análisis (especialmente a través de interacciones). De esta forma, se busca identificar una posible cadena causal.

Por esta razón, se procedió a confeccionar varios modelos de regresión lineal múltiple para las variables que resultaron significativas, partiendo por la que habían sido incluidas en los modelos finales que resultaron los análisis previos. En cada caso, se tuvo cuidado de incorporar al análisis sólo aquellas variables que tenían sentido para ese modelo (por ej., para variables que corresponden a la evolución de la enfermedad, como la tasa de recaídas, sólo se incorporaron las variables socio-demográficas y las del momento del diagnóstico de la enfermedad).

A continuación se describen los modelo resultantes con sus principales características y un mayor detalle del proceso de análisis se encuentra en el anexo 4.

Intensidad del cuadro clínico en la entrevista – puntuación en la PANSS

El modelo final requirió una conversión de la variable puntuación en la PANSS hacia su inversa (1/puntuación en la PANSS), con el objetivo de mejorar los supuestos del modelo de regresión lineal (específicamente la normalidad y homocedasticidad en la distribución de los residuos).

El modelo final quedó compuesto por las siguientes variables:

- número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente (1),
- número de años de estudio al momento del diagnóstico (2),
- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico (3),
- variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista (4),
- tasa de recaídas por año (5).

Sus indicadores fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (5, 136) = 15,07
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,3582
 R² ajustado = 0,3344

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	- 0,0007	0,0002	- 0,0011	- 0,0002	- 2,81	0,006
(2)	0,0003	0,0002	0,0001	0,0007	2,16	0,033
(3)	0,0002	0,0001	0,0001	0,0003	3,72	< 0,001
(4)	0,0002	0,0001	0,0001	0,0003	5,94	< 0,001
(5)	- 0,0026	0,0009	- 0,0043	- 0,0009	- 2,99	0,003
constante	0,0132	0,0033	0,0048	0,0196	4,07	< 0,001

Este modelo muestra una ínfima multicolinealidad entre sus variables, cumpliendo los supuestos de normalidad y de homocedasticidad en la distribución de los residuos. No se encontraron casos extremos que fueran influyentes.

Es importante notar que este modelo logra un nivel predictivo moderado (con un R² ajustado de 0,3344) y que incorpora dos variables socio-demográficas (el número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente y el número de años de estudio al momento del diagnóstico) que habían quedado fuera de los modelos obtenidos en los análisis previos.

Tasa anual de recaídas

En este caso el modelo final estuvo compuesto por las siguientes variables:

- edad del paciente al momento del diagnóstico por primera vez (1),
- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico (2),

Sus indicadores fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (2, 138) = 5,96
 Valor p (prueba F) = 0,0033
 R² = 0,0795
 R² ajustado = 0,0661

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	- 0,0105	0,0058	- 0,0219	0,0009	- 1,81	0,072
(2)	- 0,0091	0,0038	- 0,0166	- 0,0015	- 2,38	0,019
constante	1,2226	0,1745	0,8776	1,5676	7,01	< 0,001

Este modelo muestra una mínima multicolinealidad, no cumple con el supuesto de distribución normal de sus residuos, pero si cumple con el principio de homocedasticidad y no se encontraron casos extremos que fueran influyentes. Para mayores detalles ver anexo 4.

Se probaron diversas transformaciones de las variables, así como la eliminación de los casos extremos, sin obtener mejoras en los supuestos del modelo.

En este caso vale la pena resaltar que se trata de un modelo con un bajo poder predictivo (R^2 ajustado de 0,0661), que incluye una variable que hasta ahora no había resultado significativa en los análisis previos (la edad del paciente al momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez), aunque con un valor-p un poco mayor al nivel de significación de 0,05, pero la decisión de incluirlo fue tomada porque su eliminación reducía significativamente el resultado en el R^2 ajustado del modelo final.

Diferencia en la GAF entre el diagnóstico y la entrevista

El modelo final requirió una conversión de esta variable hacia su inversa (1/diferencia en la GAF entre el diagnóstico y la entrevista) y la eliminación de 13 casos, lo que permitió mejorar un poco los resultados en el supuesto de normalidad de la distribución de los residuos. Para mayores detalles ver anexo 4.

El modelo final estuvo compuesto por las siguientes variables:

- identificación étnica (1),
- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico (2),
- tasa de recaídas por año (3)

Sus indicadores fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas = 128
 Valor en la prueba F (3, 124) = 19,64
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R^2 = 0,3221
 R^2 ajustado = 0,3057

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	0,0252	0,0057	0,0139	0,0365	4,40	< 0,001
(2)	0,0007	0,0001	0,0005	0,0009	6,63	< 0,001
(3)	0,0049	0,0022	0,0005	0,0093	2,21	0,029
constante	0,0046	0,0048	- 0,0048	0,1413	0,98	0,331

Se aprecia que este modelo logra un nivel predictivo moderado (R^2 ajustado de 0,3057), con muy baja multicolinealidad entre las variables, sin cumplir adecuadamente con los principios de normalidad y homocedasticidad en la distribución de los residuos y sin valores extremos influyentes.

Como era de esperar, esta variable se asocia en forma inversa con el valor de la GAF al diagnóstico y con el número de recaídas durante la evolución. Sin embargo, es interesante constatar que exista una asociación con la

identificación étnica, de forma que quienes señalan pertenecer a una minoría étnica tienen una menor variación en la GAF.

Valor de la GAF al momento del diagnóstico

En este caso el modelo final estuvo compuesto por dos variables:

- número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente (1),
- edad del paciente al momento del diagnóstico por primera vez (2)

Los indicadores del modelo fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (3, 137) = 7,52
 Valor p (prueba F) = 0,0008
 R² = 0,0983
 R² ajustado = 0,0852

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	- 1,0953	0,4874	- 2,0592	- 0,1315	- 2,25	0,026
(2)	0,3329	0,1246	0,0866	0,5793	2,67	0,008
constante	33,9786	4,1518	25,7693	42,1878	8,18	<0,001

Este modelo muestra una mínima multicolinealidad, no cumple con los supuestos de normalidad ni de homocedasticidad en la distribución de sus residuos, y no se encontraron casos con valores extremos que fueran influyentes. Para mayores detalles ver anexo 4.

Se probaron diversas transformaciones de las variables, así como la eliminación de los casos extremos, sin obtener mejoras en los supuestos del modelo.

Cabe resaltar que se trata de un modelo con un bajo poder predictivo (R² ajustado de 0,0852), que incorpora dos variables que habían resultado significativas en los análisis anteriores (el número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente y la edad de este al momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez).

Edad al momento del diagnóstico

El modelo final requirió la eliminación de 13 casos, lo que permitió mejorar un poco su poder predictivo y los resultados en el supuesto de normalidad de la distribución de los residuos.

El modelo final estuvo compuesto por dos variables:

- número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente (1),

- número de años de estudio al momento del diagnóstico (2),

Sus indicadores fueron:

Nº de observaciones incluidas = 128
 Valor en la prueba F (2, 125) = 8,64
 Valor p (prueba F) = 0,0003
 R² = 0,1214
 R² ajustado = 0,1074

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(3)	- 0,4436	0,2204	- 0,8798	- 0,0074	- 2,01	0,046
(4)	0,4769	0,1548	0,1706	0,7832	3,08	0,003
constante	19,2127	2,0764	15,1032	23,3223	9,25	< 0,001

Este modelo muestra escasa multicolinealidad entre sus variables, no cumple con el supuesto de normalidad para la distribución de sus residuos, pero sí con el de homocedasticidad. No se encontraron casos extremos que fueran influyentes.

Este modelo logra un nivel predictivo bajo (con un R² ajustado de 0,1074).

Conclusiones de estos análisis

Se lograron identificar otras variables que podrían actuar en forma indirecta (a través de variables intermedias) sobre el número de necesidades insatisfechas y el nivel de calidad de vida. Estas fueron:

- la identificación étnica del (de la) paciente,
- el número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente,
- el número de años de estudio al momento del diagnóstico,
- la edad del (de la) paciente al momento del diagnóstico.

Para el futuro análisis del efecto del tipo de sistema de atención en salud mental respecto de las dos variables de resultado, deberán agregarse estas 5 variables a las otras que mostraron una asociación directa con el número de necesidades insatisfechas y con el nivel de calidad de vida:

- la puntuación en el GAF al momento del diagnóstico,
- la variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista,
- la tasa de recaídas por año de evolución,
- el número de intervenciones psicosociales que ha recibido, y
- la puntuación en la PANSS al momento de la entrevista.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES PARA LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

A continuación vamos a describir las características de las ocho redes de atención de servicios de salud mental, así como la población a la cual atiende.

Para identificar las redes de atención su utilizarán las denominaciones que se especifican más abajo. El orden corresponde a la distribución geográfica de norte a sur dentro de Chile.

Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y la Unidad de Hospitalización de Corta Estadía (Hospital de Iquique) que conforman toda la red de atención en salud mental de la ciudad de Iquique, dentro del Servicio de Salud Iquique (I Región de Chile)	Red Iquique
Unidades de Psiquiatría Comunitaria de los Hospitales de Quillota y de Quilpue, del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (V Región de Chile)	Red Quilpué - Quillota
Hospital del Salvador (Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización de Corta estadía), ubicada en la ciudad de Valparaíso y perteneciente al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (V Región de Chile)	Red Valparaíso
Instituto Psiquiátrico José Horwitz (Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización de Corta estadía), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Norte (Región Metropolitana de Chile)	Red Instituto Horwitz
Complejo Asistencia Barros Luco - Trudeau (Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización de Corta estadía), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur (Región Metropolitana de Chile)	Red Barros Luco
Hospital El Pino (Unidades de Psiquiatría Comunitaria, Unidad de Atención Ambulatoria y de Hospitalización Diurna), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur (Región Metropolitana de Chile)	Red El Pino
Hospital Padre Hurtado (Unidad de Atención Ambulatoria), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Región Metropolitana de Chile)	Red Padre Hurtado
Hospital Sótero del Río (Unidades de Atención Ambulatoria y Hospitalización de Corta Estadía), perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Región Metropolitana de Chile)	Red Sótero del Río

Datos generales de la población que es atendida por las redes de servicios de salud mental

En la tabla 38 se presenta la información acerca de la cantidad de población que es atendida por cada una de las ocho redes de servicios de salud mental¹¹, el porcentaje de población que vive en zonas urbanas y el porcentaje de población en condición de pobreza¹².

Tabla 38
Características generales de la población que es atendida por las ocho redes de servicios de salud mental

Redes	Tamaño de la población	% que vive en zona urbana	% que vive en pobreza
Red Iquique	145.616	100,0	18,2
Red Quilpué - Quillota	348.576	88,1	20,8
Red Valparaíso	208.863	100,0	20,1
Red Instituto Horwitz	473.288	78,3	16,5
Red Barros Luco	461.737	79,8	14,1
Red El Pino	329.294	100,0	21,8
Red Padre Hurtado	313.962	100,0	22,7
Red Sótero del Río	355.198	94,8	10,5

Como se puede apreciar, el tamaño de la población varía entre 145.616 habitantes para la red Iquique y 473.288 habitantes para la Red Instituto Horwitz (3,25 veces más grande respecto de la primera).

Es importante notar que el conjunto de las ocho redes atienden a 2.636.534 habitantes, que corresponde a 23,7% del total de la población beneficiaria del sistema público de salud en Chile, es decir, casi la cuarta parte de la población.

Las ocho redes atienden predominantemente a población que vive en zonas urbanas. Cuatro de las ocho redes brindan servicios a poblaciones cuya totalidad reside en áreas urbanas y en las otras cuatro redes sólo menos de la cuarta parte de las personas habitan en zonas rurales (entre 5,2% para la Red Sótero del Río y 21,7% para la Red Instituto Horwitz).

Respecto del porcentaje de población que vive en condiciones de pobreza, se aprecia una fluctuación entre 10,5% para la Red Sótero del Río y 22,7% para la Red Padre Hurtado (2,16 veces respecto de la primera cifra). Para el mismo período, en Chile se registró una tasa de pobreza de 18,7%, de forma tal que la mitad de las redes tienen cifras que están por encima de la media nacional y la otra mitad tienen cifras que están por debajo de esta.

¹¹ La estimación del tamaño de población fue hecha por el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, para diciembre del año 2005, coincidente con el momento en que se recogió la información del estudio.

¹² La estimación de la tasas de pobreza se realiza a través de una encuesta de hogares llamada Encuesta CASEN (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional), que el Ministerio de Planificación viene realizando en forma bianual desde 1985 hasta la fecha.

Características de los recursos y servicios de las redes de atención en salud mental

Los tipos de dispositivos que existen en las redes de atención que fueron evaluadas son los siguientes:

Tipo	Nombre
EqPsCo	Equipo de Psiquiatría y Salud Mental Comunitario ¹³
UnAtAm	Unidad de Atención Ambulatoria
HoDi	Hospital de Día
SeCoEs	Servicio de Hospitalización de Corta Estadía
UnRePs	Unidad de Rehabilitación Psicosocial

En la tabla 39 se muestran los tipos de dispositivos que forman parte de cada una de las ocho redes.

Tabla 39
Tipos de dispositivos que forman parte de las ocho redes de servicios de salud mental

Red	Tipo de dispositivo					
	EqPsCo	UnAtAm	HoDi	SeCoEs	UnRePs	Total
Red Iquique	3	-	1	1	1	6
Red Quilpué - Quillota	-	2	1	-	1	4
Red Valparaíso	-	2	2	1	2	7
Red Instituto Horwitz	-	1	-	1	1	3
Red Barros Luco	1	-	1	1	1	4
Red El Pino	2	-	1	-	2	5
Red Padre Hurtado	1	-	-	-	2	3
Red Sótero del Río	-	1	1	1	1	4
TOTAL	7	6	7	5	11	36

Se observa que hay una gran variación en la composición interna de las ocho redes. La mitad de ellas cuenta con Equipos de psiquiatría Comunitaria y la otra mitad con Unidades de Atención Ambulatoria dentro de hospitales. Seis redes cuentan con Hospitales de Día, cinco con Unidades de Hospitalización de Corta Estadía y todas las redes cuentan con una o dos Unidades de Rehabilitación Psicosocial. En suma, en las ocho redes hay 36 dispositivos.

En la siguiente tabla se presentan los datos de la cantidad de recursos humanos con que cuentan estas redes, expresado en una tasa que corresponde al número de horas semanales por 10.000 habitantes, diferenciando las que corresponde a médicos – psiquiatras, otros profesionales y técnicos.

¹³ Los Equipos de Psiquiatría Comunitaria corresponden a dispositivos en los cuales se brinda atención ambulatoria, que se ubican fuera de los recintos hospitalarios (que es lo que los diferencia de las tradicionales Unidades de Atención Ambulatoria, que forman parte de Servicios de Psiquiatría dentro de hospitales).

Tabla 40
Horas por 10.000 habitantes para diferentes tipos de recursos humanos,
en las ocho redes de servicios de salud mental

Redes	Horas de psiquiatra	Horas de otros prof.	Horas de técnicos	Total de horas
Red Iquique	1,19	7,54	5,97	14,70
Red Quilpué - Quillota	0,47	1,39	0,47	2,33
Red Valparaíso	1,17	3,16	6,72	11,05
Red Instituto Horwitz	1,58	2,55	7,10	11,23
Red Barros Luco	0,90	2,52	2,47	5,88
Red El Pino	0,45	1,67	0,53	2,65
Red Padre Hurtado	0,32	0,98	0,56	1,86
Red Sótero del Río	0,87	2,04	1,36	4,28

También aquí se puede apreciar que hay una gran variación en la cantidad y el tipo de recursos humanos que disponen las diferentes redes de atención.

La Red Iquique tiene la tasa más elevada respecto del total de horas, dentro de las ocho redes. Su composición se caracteriza por valores elevados en los tres grupos de recursos humanos, destacándose especialmente el de otros profesionales donde la cifra es más del doble respecto de la red que le sigue.

La Red Valparaíso y la Red Instituto Horwitz tiene una cantidad y composición similar: cifras elevadas para el total de horas, para las horas psiquiátricas y para las horas de técnicos. En el caso de las horas de otros profesionales se ubica en un lugar intermedio. Es importante recordar que ambas redes concentran sus dispositivos dentro de hospitales psiquiátricos, lo que puede explicar – al menos parcialmente – la composición de sus recursos humanos.

La Red Barros Luco y la Red Sótero del Río tienden a tener un perfil similar, con cifras totales y para cada uno de los grupos que se ubican en un nivel intermedio respecto de las otras redes.

Finalmente, la Red Quilpué – Quillota, la Red El Pino y la Red Padre Hurtado, son las que poseen las cifras más bajas para cada uno de los tipos de recursos humanos y para el valor total.

Accesibilidad geográfica y económica dentro de las redes de atención en salud mental

El instrumento utilizado permite evaluar la accesibilidad geográfica a los diferentes dispositivos de la red utilizando la técnica de isocronas en cada comuna (midiendo el tiempo ocupado en llegar a un dispositivo determinado), para luego obtener un promedio ponderado para el conjunto de la población que se atiende allí. De manera semejante se obtiene el indicador de accesibilidad económica, que se basa en la cantidad de dinero que las personas deben gastar en transporte para llegar a cada uno de los dispositivos.

En la tabla 40 se presentan los resultados para estas dos dimensiones de la accesibilidad a los servicios sanitarios.

Tabla 41
Accesibilidad geográfica (expresado en minutos) y económica (expresado en \$ chilenos), dentro de las ocho redes de servicios de salud mental

Redes	Accesibilidad geográfica	Accesibilidad económica
Red Iquique	34,4	306,0
Red Quilpué - Quillota	30,3	806,0
Red Valparaíso	25,8	750,0
Red Instituto Horwitz	41,7	840,0
Red Barros Luco	36,6	727,3
Red El Pino	17,6	175,0
Red Padre Hurtado	25,0	350,0
Red Sótero del Río	22,8	372,0

Se puede ver que la accesibilidad geográfica tiene una importante variabilidad, que fluctúa entre 17,6 minutos para la Red El Pino y 41,7 minutos para la red Instituto Horwitz (2,37 veces más elevada que la primera).

Tal como era de esperar, algo similar ocurre con la accesibilidad económica, de forma que las cifras fluctúan entre los \$ 175 para la Red El Pino y \$ 840 para la Red Instituto Horwitz (4,8 veces respecto de la otra).

La forma en que se distribuyen internamente las ocho redes tiende a ser similar para ambas mediciones de accesibilidad. En general, las cifras más elevadas (especialmente las de accesibilidad económica) corresponden a las redes que atienden una mayor proporción de población rural.

Nivel de especialización en las redes de atención en salud mental

Para medir el nivel de especialización con que brindan los servicios las diferentes redes se utilizaron las puntuaciones obtenidas en el ICMHC. Los valores para cada red se obtuvieron a través de calcular un promedio de las puntuaciones obtenidas en cada una de las modalidades de cuidados para cada uno de los dispositivos específicos que forman parte de esa red, para finalmente sumar estas cifras.

En las tablas 42a y 42b se muestran los resultados para cada una de las modalidades de cuidados que se valoran a través del ICMHC y en la tabla 42 se muestran los resultados globales para cada red.

Tabla 42a
Puntuaciones obtenidas en las modalidades de cuidados que valora el ICMHC,
para las ocho redes de servicios de salud mental (1ra parte)

Redes	a	b	c	d	e
Red Iquique	2,4	2,2	1,8	3,0	1,6
Red Quilpué - Quillota	2,3	1,7	1,7	0	1,0
Red Valparaíso	2,0	1,7	1,7	1,0	1,7
Red Instituto Horwitz	2,3	2,7	2,0	2,0	1,7
Red Barros Luco	1,6	2,2	1,8	2,0	1,8
Red El Pino	2,3	2,0	2,3	1,0	2,3
Red Padre Hurtado	2,0	1,0	3,0	1,0	1,0
Red Sótero del Río	1,8	2,8	1,8	3,0	1,0
Promedio	2,1	2,0	2,0	1,6	1,5

Modalidades de cuidados evaluadas:

Establecimiento y mantenimiento de relaciones profesionales.
El problema y su evaluación funcional.
Coordinación de los cuidados.
Cuidados de salud general.
Hacerse cargo de actividades de la vida diaria.

Tabla 42b
Puntuaciones obtenidas en las modalidades de cuidados que valora el ICMHC,
para las ocho redes de servicios de salud mental (2da parte)

Redes	f	g	h	i	j
Red Iquique	2,4	1,8	1,4	1,0	1,4
Red Quilpué - Quillota	2,0	0,7	1,7	1,0	0,7
Red Valparaíso	2,7	2,0	1,5	2,0	1,7
Red Instituto Horwitz	2,5	3,0	3,0	3,0	2,0
Red Barros Luco	2,3	2,0	1,5	2,5	1,6
Red El Pino	3,0	1,7	1,7	1,5	1,3
Red Padre Hurtado	3,0	2,0	2,0	2,0	1,0
Red Sótero del Río	2,7	1,5	1,3	2,5	1,5
Promedio	2,6	1,8	1,8	1,9	1,4

Modalidades de cuidados evaluadas:

Intervenciones farmacológicas y otras intervenciones somáticas.
Intervenciones psicológicas.
Re-educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales.
Actividades diarias.
Intervenciones dirigidas a la familia, parientes y otros.

Las tablas 42a y 42b muestran que existe una importante variación en los puntajes obtenidos en los tipos de modalidades de cuidados entre las ocho redes.

La modalidad que corresponde a "intervenciones farmacológicas y otras intervenciones somáticas" (modalidad f) muestra un nivel de especialización que fluctúa entre medio y alto (entre 2,0 y 3,0) en las ocho redes, con un

promedio en 2,6 puntos y corresponde al tipo de cuidados donde las redes presentan el nivel más elevado de especialización.

Por otra parte, la modalidad que corresponde a "intervenciones dirigidas a la familia, parientes y otros" (modalidad j) es donde se tienden a observar los valores más bajos. El promedio se ubica en 1,4, con un rango que va entre 0,7 y 2,0. La modalidad "hacerse cargo de actividades de la vida diaria" (modalidad e) muestran cifras levemente superiores a la anterior, con un promedio en 1,5 y un rango que fluctúa entre 1,0 y 2,3. Ambas tienden a ser las áreas de cuidados más deficitarias en estas redes de atención.

La tabla 43 muestra que hay dos redes que se ubican en los extremos (la Red Instituto Horwitz con un puntaje de 24,20 en la posición más alta y la Red Quilpue - Quillota con 12,80 puntos en la posición más baja) y las otras seis están todas muy cercanas en torno a los 18,00 y 19,75 puntos.

Tabla 43
Puntajes globales para las diez modalidades de cuidados del ICMHC,
en las ocho redes de servicios de salud mental

Redes	Puntajes globales
Red Iquique	19,00
Red Quilpué - Quillota	12,80
Red Valparaíso	18,00
Red Instituto Horwitz	24,20
Red Barros Luco	19,25
Red El Pino	19,10
Red Padre Hurtado	18,00
Red Sótero del Río	19,75
Promedio	18.76

IDENTIFICACIÓN DE LAS REDES QUE FUNCIONAN BAJO UN MODELO DE ATENCIÓN MÁS COMUNITARIO

Tal como se señaló en el capítulo de instrumentos, la diferenciación entre las redes que funcionan bajo un modelo más basado en la comunidad de las que lo hacen bajo un modelo menos basado en la comunidad se hizo utilizando los resultados en la encuesta EvaRedCom - TMS versión 1.0, específicamente el criterio que se refiere a que la red de atención esté basada principalmente en dispositivos que estén ubicados cerca de la comunidad.

Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 44, donde se aprecia que existe una gran fluctuación que va entre un 2,9 para la Red Instituto Horwitz y 100,0 para la Red El Pino, siendo esta última la que obtiene un muy buen resultado en este criterio.

Tabla 44

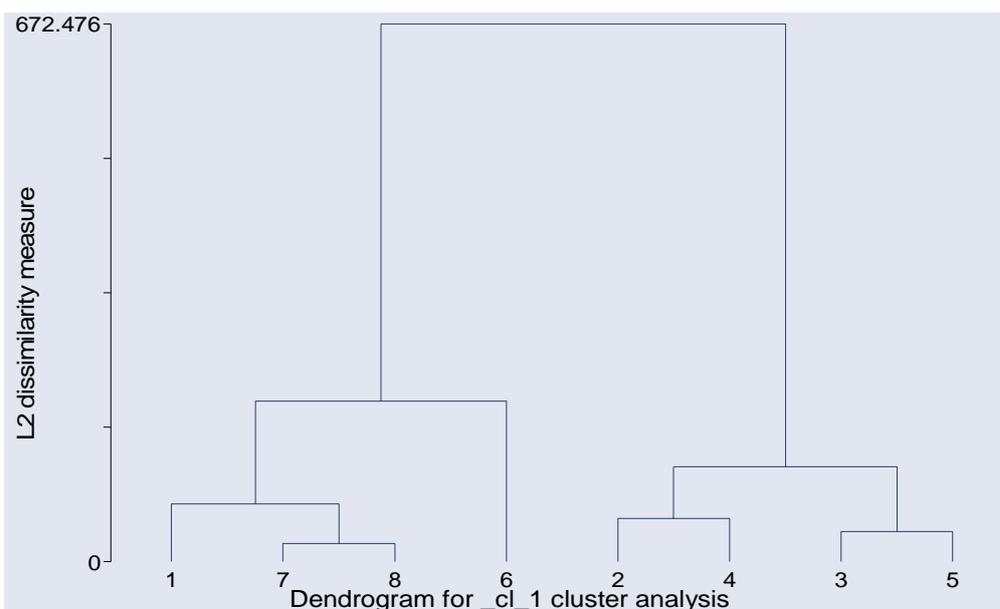
Puntajes obtenidos en el criterio que se refiere a que la red de atención esté basada principalmente en dispositivos que estén ubicados cerca de la comunidad, en el EvaRedCom – TMS versión 1.0, para las ocho redes de servicios de salud mental

Redes	Puntajes globales
Red Iquique	90,2
Red Quilpué - Quillota	43,6
Red Valparaíso	66,7
Red Instituto Horwitz	2,9
Red Barros Luco	38,5
Red El Pino	100,0
Red Padre Hurtado	58,6
Red Sótero del Río	63,1

Se procedió a un análisis jerárquico de conglomerados para la clasificación de las ocho redes en dos grupos. Como resultado se obtuvo que el primer conglomerado estaba compuesto únicamente por la Red Instituto Horwitz y el segundo conglomerado por las otras siete redes.

Dado que el criterio utilizado está relacionado con la accesibilidad de las personas a los dispositivos de salud mental, se procedió a realizar un segundo análisis jerárquico de conglomerados incorporando los resultados referentes a la accesibilidad geográfica y económica. Se estandarizaron las tres variables utilizando puntuaciones Z.

El siguiente dendrograma permite observar que se produce una buena solución, con dos conglomerados que tienen un alto grado de cercanía entre



sus componentes y gran distancia entre los cluster. A la vez, ubica a la mitad de las redes dentro de un grupo y a la otra mitad en el otro.

De esta forma, las redes menos basadas en el modelo comunitario serían:

- (2) Red Quilpué – Quillota
- (3) Red Valparaíso
- (4) Red Instituto Horwitz
- (5) Red Barros Luco

Y por otra parte, las redes más basadas en el modelo comunitario incluirían a:

- (1) Red Iquique
- (6) Red El Pino
- (7) Red Padre Hurtado
- (8) Red Sótero del Río

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ENTRE LOS DOS TIPOS DE REDES

En la siguiente tabla se comparan las características que corresponde a los dos tipos de redes. Todas las cifras corresponden a promedios ponderados según el tamaño de población.

Tabla 45
Comparación de las características de la población
entre los dos tipos de redes

Variable	Tipo de red	
	Más basada en la comunidad	Menos basada en la comunidad
Tamaño de la población	1.144.070	1.492.464
% que vive en zonas urbanas	98,4 %	84,1 %
% que vive en condiciones de pobreza	18,1 %	17,3 %

Se observa que el tamaño de población que es atendida por las redes menos comunitarias es un poco mayor a la atendida por las redes más comunitarias en 1,3 veces.

El porcentaje de población que vive en zonas urbanas es mayor en estas últimas, al igual que el porcentaje de población que está en condiciones de pobreza

En la siguiente tabla se muestran la cantidad de recursos humanos para cada uno de los tipos de redes.

Tabla 46
Horas por 10.000 habitantes para diferentes tipos de recursos humanos, entre los dos tipos de redes

Tipo de recursos humanos	Tipo de red	
	Más basada en la comunidad	Menos basada en la comunidad
Horas de Médicos - psiquiatras	0,64	1,05
Horas de otros profesionales	2,34	2,36
Horas de personal técnico	1,49	4,07
Total de horas en recursos humanos	4,47	7,47

Se puede apreciar que las redes más basadas en la comunidad tienen una menor cantidad de horas médicas, de horas de técnicos y de horas totales. Respecto del otro tipo de redes, estas tienen apenas un 60,7% de la cantidad de horas médicas, un 36,6% de la cantidad de horas de personal técnico y no se diferencian significativamente respecto de la cantidad de horas de otros profesionales.

En forma global, las redes más comunitarias tienen una menor cantidad de horas de recursos humanos que las redes menos comunitarias, que corresponde a poco más de la mitad de las que poseen estas (un 59,8%).

En la tabla 47 se muestran las cifras de accesibilidad, que tal como era de suponer son mejores para las redes más comunitarias.

Tabla 47
Accesibilidad geográfica y económica, entre los dos tipos de redes

Tipo de accesibilidad	Tipo de red	
	Más basada en la comunidad	Menos basada en la comunidad
Accesibilidad geográfica	23,4 minutos	35,2 minutos
Accesibilidad económica	\$ 300,9	\$ 784,6

En la tabla 48 se muestran los resultados obtenidos en el ICMHC para las diferentes modalidades de cuidados y para el puntaje total. Las puntuaciones corresponden al promedio que obtuvieron los diferentes dispositivos dentro de cada tipo de red.

Tabla 48
Puntuaciones en las diferentes modalidades de cuidados según el ICMHC,
entre los dos tipos de redes

Modalidad de cuidados	Tipo de red	
	Más basada en la comunidad	Menos basada en la comunidad
Establecimiento y mantenimiento de relaciones profesionales	2,1	2,1
El problema y su evaluación funcional	2,0	2,1
Coordinación de los cuidados	2,2	1,8
Cuidados de salud general	2,0	1,3
Hacerse cargo de actividades de la vida diaria	1,5	1,6
Intervenciones farmacológicas y otras intervenciones somáticas	2,8	2,4
Intervenciones psicológicas	1,8	1,9
Re-educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales	1,6	1,9
Actividades diarias	1,8	2,1
Intervenciones dirigidas a la familia, parientes y otros	1,3	1,5
Puntaje total	18,96	18,56

En general, se puede apreciar que no hay grandes diferencias entre los dos tipos de redes; los puntajes promedios obtenidos en las diferentes modalidades de cuidados son muy similares entre ambos tipos de redes (la única modalidad donde las redes más comunitarias se destacan sobre las otras es en "cuidados de salud general", que en el caso chileno corresponde a la capacidad de los dispositivos de salud mental para coordinar la atención con otros centros de salud cuando el(la) paciente presenta un problema de salud general). El puntaje total fue muy parecido en ambos tipos de redes.

Todo lo anterior indica que el nivel de especialización es similar para los dos tipos de redes.

Conclusiones de la comparación de las redes más comunitarias con las redes menos comunitarias

A modo de síntesis podemos decir que las redes más comunitarias respecto de las redes menos comunitarias:

- atienden una población predominantemente urbana, con una mayor proporción de personas viviendo en condiciones de pobreza;
- tienen una mejor accesibilidad geográfica y económica;
- cuentan con menos recursos humanos, especialmente en lo que se refiere a médicos – psiquiatras y a personal técnico; y,
- entregan servicios o cuidados con similar nivel de especialización.

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE SON ATENDIDOS EN LOS DOS TIPOS DE REDES

En esta etapa del análisis se busca establecer si existen características diferenciales entre los pacientes que fueron atendidos en ambos tipos de redes.

El primer paso fue comparar la incidencia tratada (número de casos en tratamiento que fueron identificados, por año y por 10.000 habitantes), la proporción de casos que no fueron ubicados para ser entrevistados (porque habían abandonado sus controles) y el porcentaje de casos que fueron entrevistados. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 49
Indicadores de incidencia tratada, % de casos con abandono de sus controles y % de casos que fueron entrevistados, para los dos tipos de redes

Variables	Tipo de red	
	Más basada en la comunidad	Menos basada en la comunidad
Incidencia tratada (por 10.000 habitantes)	0,55	0,50
% de casos que habían abandonado sus controles	15,8 %	58,2 %
% de casos que fueron entrevistados	69,9 %	32,9 %

Se puede apreciar que la incidencia tratada fue similar en ambos tipos de redes (levemente superior para las redes más comunitarias), pero que el porcentaje de casos que habían abandonado sus controles es mucho más elevada en las redes menos comunitarias (3,7 veces más), lo que es concordante con que muestran una menor proporción de casos que logró ser ubicado y entrevistado respecto de lo observado en las redes más comunitarias (32,9% v/s 69,9%).

En la siguiente tabla se comparan las características de los pacientes que provienen de los dos tipos de redes (90 de ellos(as) son atendidos(as) en las redes más comunitarias y 51 son atendidos(as) en las redes menos comunitarias), en relación con las variables que resultaron tener una asociación significativa con el número de necesidades insatisfechas y la calidad de vida.

Tabla 50
Características de los pacientes en diferentes variables que fueron asociadas con el número de necesidades insatisfechas y con la calidad de vida, entre los dos tipos de redes

Variable del paciente	Tipo de red		
	Más basada en la comunidad	Menos basada en la comunidad	p - value
% de paciente que se identifica con una etnia minoritaria	5,6 %	0 %	< 0,0001
Número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente	4,7 ± 1,9	4,5 ± 1,9	0,2641
número de años de estudio al momento del diagnóstico	9,5 ± 2,7	10,8 ± 2,8	0,0040
puntuación en la escala de apoyo social	10,5 ± 6,9	11,1 ± 6,0	0,2921
edad del paciente al momento en que se realiza el diagnóstico	22,2 ± 6,1	26,4 ± 8,9	0,0006
puntuación en el GAF al momento del diagnóstico	33,7 ± 8,2	42,2 ± 13,9	< 0,0001
variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista	31,1 ± 14,4	29,3 ± 14,7	0,2297
tasa de recaídas por año	0,7 ± 0,5	0,5 ± 0,5	0,0152
puntuación en la PANSS (al momento de la entrevista)	47,5 ± 16,9	41,4 ± 12,6	0,0132

Se puede observar que los pacientes de ambos tipos de redes tienden a diferir en la mayoría de las características que fueron estudiadas.

Las redes más comunitarias tienen pacientes que se identifican con grupos étnicos minoritarios (5,6% de sus pacientes) en contraste con las redes menos comunitarias donde no se encontró ninguno. También, sus pacientes en control tienen un menor número de años de estudio al momento en que se realiza el diagnóstico (9,5 años v/s 10,8 años).

Al momento del diagnóstico, los pacientes que están siendo atendidos en las redes más comunitarias tienen menor edad (22,2 años v/s 26,4 años) y muestran un menor nivel de funcionamiento general (medido a través de la GAF) (33,7 puntos v/s 42,2 puntos).

Durante la evolución, los pacientes atendidos en las redes más comunitarias presentan una mayor tasa de recaídas por año (0,7 v/s 0,5).

Finalmente, al momento de la entrevista, los pacientes de las redes más comunitarias muestran una mayor puntuación en la PANSS (47,5 puntos v/s 41,4 puntos).

Además, como era de esperar, los pacientes de las redes más comunitarias han recibido un mayor número de intervenciones psicosociales respecto de los que están siendo atendidos en las redes menos comunitarias ($2,7 \pm 1,3$ v/s $1,3 \pm 1,4$, con un $p < 0,0001$).

Conclusiones de la comparación de las características de los(as) pacientes que son atendidos(as) en los dos tipos de redes

Una primera conclusión es que los dos tipos de redes tienen una cifra similar de incidencia tratada, lo que indica que su capacidad para captar casos nuevos es semejante. Sin embargo, el porcentaje de abandono es más bajo en las redes más comunitarias, lo que indica que estas tienen una mayor capacidad de retención de sus casos en los programas de tratamiento.

Una segunda conclusión es que los pacientes de las redes más comunitarias tienen peores condiciones sociales (lo que es consistente con que la población atendida por estas redes tiene un mayor porcentaje viviendo en condiciones de pobreza), peores condiciones de funcionalidad al momento del diagnóstico y una peor evolución clínica. Al mismo tiempo, este tipo de redes le brinda un mayor número de intervenciones psicosociales.

VALORACIÓN DEL EFECTO DEL TIPO DE RED DE ATENCIÓN EN EL NÚMERO DE NECESIDADES INSATISFECHAS EN SUS PACIENTES

El objetivo en esta etapa del análisis es valorar el efecto del tipo de red de atención sanitaria dentro del cual el paciente recibe su tratamiento, en el número de necesidades insatisfechas que estos presentan.

En primer lugar se procedió a realizar una comparación simple. Los 90 pacientes atendidos en redes más comunitarias mostraban un promedio de 1,4 necesidades insatisfechas con una desviación estándar de 1,7, en contraste con los 51 pacientes de las redes menos comunitarias donde se observó un promedio de 0,8 necesidades insatisfechas con un desviación estándar de 1,1. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,0255$ en la prueba de Kruskal-Wallis).

Como ya sabemos que existen otras variables que influyen en forma directa o indirecta sobre el número de necesidades insatisfechas y que estas muestran una distribución desigual en ambos tipos de redes, se procedió a realizar un análisis de regresión lineal múltiple. Los pasos que se siguieron fueron los mismos que en los análisis previos de este tipo.

En el anexo 5 se presentan con detalle todos los análisis que fueron realizados y a continuación se presentan los aspectos más relevantes.

Para construir el modelo inicial se tomaron todas las variables que en los análisis anteriores mostraron tener una asociación significativa – en forma directa o indirecta – con al menos una de las variables dependientes de este estudio (número de necesidades insatisfechas y calidad de vida), a lo cual se agregó la variable que corresponde al tipo de red y no se consideró la variable número de intervenciones psicosociales que el paciente había recibido porque, tal como se demostró previamente, tiene una estrecha relación con el tipo de red y sería redundante (aumentando la multicolinealidad entre las variables). El detalle de esto se muestra en el anexo 5.

Las variables incluidas fueron las siguientes:

- identificación étnica,
- número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente,
- número de años de estudio al momento del diagnóstico,
- edad del paciente al momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez,
- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico,
- variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista,
- tasa de recaídas por año,
- puntuación en la PANSS (al momento de la entrevista),
- tipo de red de atención.

Se incorporó la única interacción que había resultado significativa en el análisis de los pacientes (puntuación en el GAF al momento del diagnóstico * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista) y se construyeron todas las

interacciones entre el tipo de red de atención y las variables mencionadas más arriba.

El primer modelo de regresión lineal múltiple incluyó 20 variables (10 variables principales y 10 interacciones) y se obtuvieron los siguientes indicadores:

Nº de observaciones incluidas =	141
Valor en la prueba F (19, 121) =	4,64
Valor p (prueba F) =	< 0,0001
R ² =	0,4217
R ² ajustado =	0,3309

Se llegó a un primer modelo parsimonioso que incluía las siguientes variables:

- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico,
- variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista,
- tasa de recaídas por año,
- puntuación en la PANSS,
- tipo de red de atención,
- interacción (puntuación en el GAF al momento del diagnóstico * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista),
- interacción (tipo de red de atención * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista),
- interacción (tipo de red de atención * puntuación en la PANSS).

Los indicadores de este modelo fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas =	141
Valor en la prueba F (8, 132) =	11,41
Valor p (prueba F) =	< 0,0001
R ² =	0,4089
R ² ajustado =	0,3730

El estudio de la posible multicolinealidad mostró que existían cinco variables con valores VIF superiores a 10. Se procedió a estimar la correlación de Spearman para cada una de estas variables respecto de la variable dependiente, concluyendo que las dos interacciones que contenían a la variable tipo de red de atención presentaban valores p superiores a 0,05. Esto llevó a analizar el efecto que se producía sobre el modelo si se procedía a eliminar estas dos interacciones.

Así, se llega a un segundo modelo parsimonioso que presenta un menor nivel de multicolinealidad entre sus variables, pero donde valor-p para el tipo de red de atención fue de 0,258. A continuación se procedió a eliminar esta variable del análisis, con lo cual se llega al mismo modelo que había sido descrito en el capítulo de análisis multivariable para el número de necesidades insatisfechas.

De esta forma se concluye que el tipo de red de atención no es una variable significativa para el número de necesidades insatisfechas en los pacientes que son atendidos allí.

VALORACIÓN DEL EFECTO DEL TIPO DE RED DE ATENCIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE SUS PACIENTES

En forma similar al análisis anterior, el objetivo fue valorar el efecto del tipo de red de atención sanitaria donde el paciente recibe su tratamiento, respecto de la calidad de vida de ellos.

En la comparación simple, los 90 pacientes que estaban siendo atendidos en las redes más comunitarias mostraban un promedio de 1,57 puntos en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV (con una desviación estándar de 0,83), en contraste con los 51 pacientes de las redes menos comunitarias donde el promedio fue de 2,79 puntos (con un desviación estándar de 1,30). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,0001$ en la prueba de Kruskal-Wallis).

Al igual que en el caso anterior, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple que incluía: las variables que habían demostrado influir en forma directa o indirecta sobre las variables dependientes de este estudio (número de necesidades insatisfechas y calidad de vida), el tipo de red de atención y las interacciones correspondientes. Los pasos que se siguieron fueron los mismos que en los análisis previos.

En el anexo 6 se presentan con detalle todos los análisis y los resultados más relevantes se presentan a continuación.

Las variables incluidas fueron las siguientes:

- identificación étnica,
- número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente,
- número de años de estudio al momento del diagnóstico,
- edad del paciente al momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez,
- puntuación en el GAF al momento del diagnóstico,
- variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista,
- tasa de recaídas por año,
- puntuación en la PANSS (al momento de la entrevista),
- tipo de red de atención.

Además, se incorporó la única interacción que había resultado significativa en el análisis de los pacientes (entre la tasa de recaídas por año y la puntuación en la PANSS).

El primer modelo de regresión lineal múltiple incluyó 20 variables (10 variables principales y 10 interacciones) y se obtuvieron los siguientes indicadores:

Nº de observaciones incluidas =	141
Valor en la prueba F (19, 121) =	10,33
Valor p (prueba F) =	< 0,0001
R ² =	0,6185
R ² ajustado =	0,5586

Posteriormente, se llega a un primer modelo parsimonioso con las siguientes variables:

- número de años de estudio al momento del diagnóstico,
- edad del paciente al momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez,
- tasa de recaídas por año,
- puntuación en la PANSS,
- tipo de red de atención,
- interacción (tasa de recaídas por año * puntuación en la PANSS),
- interacción (tipo de red de atención * número de años de estudio al momento del diagnóstico),
- interacción (tipo de red de atención * puntuación en la PANSS).

Los indicadores de este modelo fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas =	141
Valor en la prueba F (8, 132) =	23,13
Valor p (prueba F) =	< 0,0001
R ² =	0,5837
R ² ajustado =	0,5584

El análisis para multicolinealidad mostró que existían cinco variables con valores VIF superiores a 10, por lo que procedió a estimar la correlación de Spearman para cada una de estas variables respecto de la variable dependiente, concluyendo que la interacción entre el tipo de red de atención y número de años de estudio al momento del diagnóstico presentaba un valor-p superior a 0,05 ($p=0.9856$). De esta forma, se decidió eliminar dicha interacción del modelo.

De esta forma se llegó al modelo final, que presentaba un nivel aceptable de multicolinealidad entre sus variables.

A continuación se procedió a estudiar la distribución de los residuos del modelo, a través de gráficos y de las pruebas de normalidad (incluyendo análisis de la simetría y de la curtosis), concluyendo que se cumplían los supuestos del modelo de regresión lineal, con la sola excepción del principio de homocedasticidad.

También se llevó a cabo un análisis de la posible influencia de valores extremos, encontrando que no existía ninguno que fuera influyente.

Este modelo final quedó compuesto por las siguientes variables:

- edad del paciente al momento en que se realiza el diagnóstico (1)
- tasa de recaídas por año (2)
- puntuación en la PANSS (3)
- tipo de red de atención (4)
- interacción (tasa de recaídas por año * puntuación en la PANSS) (2*3)

Sus indicadores fueron los siguientes:

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (5, 135) = 30,25
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,5284
 R² ajustado = 0,5109

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	0,0277	0,0098	0,0083	0,0471	2,83	0,005
(2)	- 1,5597	0,3455	- 2,2429	- 0,8765	- 4,51	< 0,001
(3)	- 0,0535	0,0081	- 0,0695	- 0,0374	- 6,59	< 0,001
(4)	0,8710	0,1526	0,5692	1,1728	5,71	< 0,001
(2*3)	0,0259	0,0066	0,0129	0,0389	3,93	< 0,001
constante	2,7762	0,4841	1,8188	3,7336	5,73	< 0,001

De lo anterior se pueden desprender tres conclusiones:

- que el tipo de red donde el paciente se atiende es una variable significativa para la calidad de vida (medida como la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables en el CSCV),
- que la incorporación de la variable tipo de red dentro del modelo permite mejorar su poder predictivo (el R² ajustado sube desde 0,4036 en el modelo que únicamente incluye variables que pertenecen al nivel del paciente, a 0,5109 en el modelo que incorpora la variable tipo de red), y
- que el sentido de esta asociación es tal que los mejores indicadores de calidad de vida (un valor más elevado en la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables en el CSCV) se asocian a estar siendo atendido en una red basada en un modelo menos comunitario.

DISCUSIÓN

Un primer aspecto que merece discusión es el grado de representatividad de la muestra obtenida respecto de la población de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines que se mantiene en tratamiento en los servicios de psiquiatría.

Se identificaron 291 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para este estudio. Esto corresponde a una tasa de incidencia tratada (número de casos nuevos que reciben el diagnóstico, por año y por 10.000 habitantes) de 0,52, cifra que es muy similar a la reportada en un reciente estudio efectuado en Chile (Alvarado 2006), donde este valor fue de 0,84 para 12 áreas sanitarias (que representaba al 57,5% del total de la población chilena que es beneficiaria del sistema público de salud) y que incluye a casi todas las áreas desde donde se tomó la muestra para este trabajo.

De los 291 casos, 113 no pudieron ser ubicados (38,8%), correspondiendo todos ellos a pacientes que habían abandonado sus controles. Esta cifra es similar a la frecuencia de abandonos y traslados que fue encontrada en el estudio mencionado anteriormente (40,0%) y que se refiere a la evolución acaecida durante el primer año después de hecho el diagnóstico e iniciado su tratamiento (Alvarado 2006). Estudios realizados fuera de Chile reportan cifras de adherencia a los tratamientos que incluso llegan a ser inferiores al 20% (Nasrallah et al 2005). Por esta razón, pensamos que el porcentaje de ubicación de los posibles casos (61,2%) está dentro de lo esperable para un estudio en este campo.

Entre los casos que fueron ubicados, 33 rechazaron ser entrevistados, lo que corresponde a un 11,3% sobre el total de casos identificados. Esta cifra también está dentro de lo esperable para un estudio de este tipo.

Otro aspecto importante son los resultados obtenidos en la PSE-9, donde se confirmó el diagnóstico de esquizofrenia o de un trastorno afín en 23,3% de los casos, un 37,6% tuvo síntomas inespecíficos y en 7,8% se clasificó en la categoría de ausencia de diagnóstico psiquiátrico (ver tabla 11).

Estos resultados podrían hacer pensar en un posible error de clasificación de los casos, sin embargo se explica perfectamente porque se trata de un grupo de personas que están recibiendo tratamiento desde hace varios años y la mayoría de ellos(as) ha tenido una buena adherencia a estos (recuérdese que un 67,4% del grupo se mantuvo en control todo el tiempo desde su diagnóstico y 87,8% lo hizo por sobre el 75% del tiempo). Por eso, lo esperable es que al momento de la entrevista una proporción importante de los(as) pacientes deberían tener síntomas atenuados o incluso no tenerlos. Además, esto es concordante con los resultados obtenidos en la PANSS (ver tabla 10).

En síntesis, se puede concluir que la muestra está correctamente clasificada y es representativa del universo al cual hace referencia.

Otro aspecto relevante en este trabajo fue la descripción y caracterización de las redes de dispositivos de salud mental. Tal como ha sido descrito en otra parte, existen pocos instrumentos para caracterizar estas redes de servicios y su uso se ha dado preferentemente en países desarrollados (especialmente en Europa), lo que determinó la necesidad de construir un instrumento ad hoc para esta tesis que permitiese medir todas las dimensiones que eran necesarias (Alvarado 2007c).

Uno de los aspectos interesantes de este instrumento es su capacidad para identificar diferencias significativas entre las redes de servicios, en varios de los parámetros que se valoran (tipos de dispositivos, cantidad de recursos humanos, accesibilidad, etc.). Esto es lo que nos permite hacer comparaciones y poder estudiar las hipótesis que fueron planteadas.

Por otra parte, la inexistencia de estudios similares en Chile impide la comparación de los resultados obtenidos para el conjunto de los indicadores que valora el instrumento. La única excepción a esto se trata de otro estudio chileno realizado por el autor de esta tesis en el cual se analizaron 12 redes de atención (6 de ellas formaron parte de este trabajo y otras 6 corresponden a otras regiones del país), con un total de 41 dispositivos, en el cual se aplicó el ICMHC, con conclusiones similares a las nuestras: a) el promedio para el nivel de especialización fue similar y se ubicó en los 17,1 puntos (algo inferior al encontrado por nosotros, lo que se explica por la inclusión de ciudades de menor tamaño con servicios menos especializados); y b) el perfil de fortalezas y debilidades en los tipos de cuidados fue parecida (las tres modalidades de cuidados más deficitaria fueron: los cuidados de salud general, las intervenciones dirigidas a la familia, parientes y otros, y las actividades diarias) (Alvarado 2006).

La constatación de diferencias entre las redes es fundamental y se explica por los grados disímiles de desarrollo que el proceso de reforma a la atención psiquiátrica ha tenido en los diferentes lugares de Chile. En general, en los lugares donde se han alcanzado mayores niveles de avance hubo una opción política por el cambio en el modelo de atención y junto a esto se incorporaron nuevos recursos para el desarrollo de dispositivos comunitarios (equipos de psiquiatría comunitarios, hospitales de día y unidades de rehabilitación). En lo sustancial, no ha habido una redistribución de los recursos existentes sino una inyección de nuevos recursos. Sin embargo, estos nuevos recursos no siempre han sido suficientes (lo que en nuestro estudio se refleja en la menor cantidad de recursos humanos de las redes más comunitarias, como se muestra en la tabla 46) y no han involucrado una mejoría en los niveles de especialización respecto a lo que existía antes (que en nuestro caso se expresa en que el puntaje más alto lo obtiene la red menos comunitaria y el más bajo una de las redes más comunitarias (tabla 43); al mismo tiempo, el promedio no muestra diferencias en los puntajes totales del ICMHC entre los dos grupos de redes, como se aprecia en la tabla 48).

Dado lo anterior, actualmente en Chile son dos los ámbitos donde se encuentran las diferencias más importantes entre las redes que están más centradas en el hospital y las redes que están más centradas en la comunidad: 1) la accesibilidad de la población a los dispositivos, y 2) la entrega de intervenciones psicosociales a los pacientes.

En este estudio, las redes más comunitarias mostraron una mejor accesibilidad geográfica y económica (tabla 47). No se debe olvidar que este aspecto resulta ser fundamental para el logro de mejores resultados en los programas de tratamiento y rehabilitación (Thornicroft & Tansella 1999, OMS 2001).

Es muy probable que esta mayor accesibilidad tenga un carácter bi-direccional, lo que quiere decir que no sólo a los pacientes les resulta más fácil la obtención de servicios sino también que los equipos de salud mental tienen una mayor facilidad para tomar contacto con las familias, para conocer el entorno en el que vive el paciente y para establecer alianzas e iniciativas con las organizaciones de esa comunidad, lo cual puede ser la causa subyacente al hecho de que ambos tipos de redes tienen igual incidencia tratada pero una gran diferencia en el porcentaje de casos que se mantienen en control (ver tabla 49).

Respecto de la entrega de intervenciones psicosociales, en la tabla 11 se podía apreciar que el número de estas intervenciones que había recibido cada paciente seguía una cierta tendencia a mostrar una distribución con forma de U: 22,0% no tuvieron ningún tipo de intervención psicosocial y 25,5% tuvieron de los cuatro tipos que fueron explorados. Por otra parte, los pacientes atendidos en dispositivos de redes más comunitarias recibieron una mayor cantidad de este tipo de intervenciones (en promedio fue más del doble de las que recibieron los pacientes atendidos en redes menos comunitarias). Este aspecto es sin lugar a dudas una de las características distintivas del modelo comunitario de atención. Y la tendencia a la distribución en U descrita anteriormente refleja bastante bien las marcadas diferencias que están presente en la realidad de los servicios chilenos.

Un punto que merece especial discusión sobre la entrega de intervenciones psicosociales es la distinción entre la cantidad y la calidad de estas. El estudio realizado en 41 dispositivos de Chile mostró que la mayor parte de los profesionales que brindaban estos servicios no habían recibido un entrenamiento especial para esto (ni en general, ni para su aplicación específica en personas con trastornos mentales severos), al igual que la mayoría de sus intervenciones no se basaban en modelos conocidos y de demostrada eficacia (Alvarado 2006). Esto puede explicarse por lo que fue señalado anteriormente respecto de la incorporación de nuevos recursos profesionales con menor experiencia y capacitación en estos ámbitos.

En síntesis, no se debe olvidar que la reforma en la atención psiquiátrica en Chile se trata de una política que se ha venido aplicando en forma progresiva desde hace más de una década, conformando un proceso social e histórico,

donde una medición como la realizada en esta tesis constituye sólo un período dentro de este proceso. Esta es una buena manera de comprender las similitudes y diferencias que se encontraron entre las redes de dispositivos que fueron estudiadas.

Discutamos ahora los resultados obtenidos respecto del estudio sobre la satisfacción de las necesidades y la calidad de vida. Dado que el conocimiento actual apunta a la idea de que es el grado de satisfacción de necesidades es el que condiciona la calidad de vida (Ruggeri et al 2004, Slade et al 2005), vamos a partir analizando la primera de estas dos variables.

En primer lugar es importante señalar los fundamentos por los cuales se optó por tomar como indicador al número de necesidades insatisfechas, bajo la hipótesis auxiliar de que es el mejor reflejo de la fase de resultados en el nivel del paciente, basado en el modelo de la Matriz de Salud Mental (Thornicroft & Tansella 1999).

Han sido ampliamente debatidas las dificultades que existen para medir necesidades (Torres González y cols 2000), así como las discrepancias que pudieran existir entre las apreciaciones de los pacientes y de los profesionales que los atienden (Lasalvia et al 2000, Hansson et al 2001, Macpherson et al 2005), a pesar de lo cual todos los autores coinciden en que se trata de una dimensión relevante en los resultados a nivel del paciente, así como para la planificación de servicios.

El estudio de Hansson et al (2001) concluye que estas discrepancias entre pacientes y profesionales son más acentuadas en la medición de necesidades insatisfechas. Por otra parte, Macpherson et al (2005) en uno de los pocos estudios que no encuentran estas discrepancias, atribuyen sus resultados a que los profesionales tenían un muy buen conocimiento de sus pacientes, lo que hace suponer que una parte importante de la variabilidad en las mediciones hechas por los profesionales que brindan los servicios dependen de otros factores que no son propiamente las necesidades de los pacientes (en este caso, el grado de conocimiento del paciente).

Por todo lo anterior, en este trabajo se optó por considerar sólo la apreciación del paciente; en primer lugar por ser el sujeto principal de la organización de servicios – y una de las hipótesis de esta tesis que busca comparar tipos de modelos de atención –, y en segundo lugar para evitar la influencia de factores extraños a la medición de las propias necesidades de los pacientes (como serían los factores que determinan la variabilidad en las apreciaciones de los profesionales que los atienden).

Por otra parte, se tomó como indicador principal el número de necesidades insatisfechas porque - a diferencia del número total de necesidades - está bastante más relacionado con la función e intervenciones que debieran brindar los servicios de psiquiatría, y por tanto es de mayor utilidad para el estudio de la hipótesis de esta tesis que pretende comparar los modelos de atención.

Otro aspecto que ha motivado discusión en este campo es la forma de tratar los datos que se obtienen de las mediciones de necesidades. La mayoría de los estudios hace un conteo de las áreas de necesidades totales y/o insatisfechas, de manera que trata cada área como si fuera una unidad equivalente a las otras y posible de sumar entre ellas. En algunos estudios se reúnen estas áreas en subgrupos basados en aspectos teóricos (Lasalvia et al 2000, Hansson et al 2001, Rosales Varó et al 2002, Ochoa et al 2003, Meijer et al 2004, Macpherson et al 2005). Recientemente, Korkelia et al (2005) han hecho un manejo un tanto diferente de los datos, trabajando con cuatro factores que resultan de un análisis factorial en base a datos empíricos que provienen de las 22 áreas que se miden en la versión abreviada del CAN. Sin embargo, para esta tesis hemos optado por hacer un conteo de las áreas de necesidades porque eso nos permite comparar nuestros datos con los provenientes de otros estudios, aunque consideramos interesante la propuesta de avanzar en la identificación y construcción de variables latentes en el ámbito de necesidades.

Respecto de nuestros resultados cabe destacar que el número de áreas de necesidades que se encontró en la muestra chilena es inferior a la reportada en los estudios europeos. Lo mismo sucede respecto del número de áreas con necesidades insatisfechas. Sin embargo, el tipo de necesidades que predominan tienden a coincidir con la de estos estudios.

Para hacer esta comparación sólo hemos considerado los estudios que tomaron una muestra clínica con similar diagnóstico y que utilizaron el mismo instrumento para evaluar necesidades (CAN). De igual forma, se consideró sólo la evaluación hecha por el paciente y no la del equipo profesional que lo atiende, para que esta comparación sea equivalente.

En el estudio reportado por Hansson et al (2001), basado en una muestra de 300 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines, provenientes de 10 centros de cinco países nórdicos (Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia e Islandia), ellos encontraron un promedio 5,76 áreas de necesidades, dentro de las cuales 2,02 correspondía a necesidades insatisfechas. Dos aspectos importantes de destacar son que estos pacientes tenían una duración de la enfermedad bastante mayor a la de los pacientes chilenos (un promedio de 15 años) y la gran mayoría vivían solos (56%).

Por otra parte, estos autores señalan que las cinco áreas de necesidades más frecuentemente reportadas por los pacientes fueron: "síntomas psicóticos" (82%), "compañía" (57%), "actividades de la vida diaria" (55%), "angustia" (54%) e "información" (39%); que es muy similar a lo encontrado en la muestra chilena.

En el caso del estudio reportado por Ochoa et al (2003), basado en una muestra de 231 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (criterio DSM-IV), provenientes de 5 áreas de la ciudad de Barcelona, España, ellos encontraron un promedio 5,36 áreas de necesidades, con 1,38 que correspondían a

necesidades insatisfechas. En este caso, los pacientes tenían una media de duración de la enfermedad de 23 años, pero sólo 12,6% vivían solos. En este caso, los autores refieren que las cinco áreas de necesidades más frecuentes fueron: "síntomas psicóticos" (68,2%), "cuidado del hogar" (50,3%), "alimentación" (46,2%), "información" (42,1%) y "compañía" (18,9%); que tiende a ser coincidente con el trabajo anterior y con los resultados de este trabajo.

En otro estudio realizado en España (Loja, Granada y Madrid), con una muestra de 246 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines (Rosales Varó et al 2002), se reporta un promedio 6,49 áreas de necesidades. Lamentablemente no señalan los estadísticos de resumen para necesidades insatisfechas, ni tampoco los datos de duración de la enfermedad. En este caso, los autores refieren que las cinco áreas de necesidades más frecuentes fueron: "síntomas psicóticos" (89,0%), "actividades diarias" (55,7%), "información" (37,4%), "dinero" (28,9%), y "angustia" (28,5%).

En un estudio realizado por MacPherson et al (2003), en la ciudad de Gloucester (Reino Unido), sobre una muestra de 225 pacientes con diagnóstico de psicosis funcional (76% con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno afín y 24% con diagnóstico de psicosis afectiva), reportaron un promedio 9,5 áreas de necesidades y 3,3 áreas con necesidades insatisfechas. Los autores refieren que las cinco áreas de necesidades más frecuentes fueron: "información" (78%), "vivienda" (72%), "compañía" (69%), "actividades diarias" (64%) y "alimentación" (63%).

Finalmente, en otro estudio que reunió 400 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afines, provenientes de cinco ciudades europeas (Amsterdan, Copenhage, Londres, Santander y Verona), realizado por el Grupo del Estudio EPSILON (McCrone et al 2000), se reportó un promedio 5,35 áreas de necesidades, dentro de las cuales 1,79 correspondían a necesidades insatisfechas. En este reporte no se señalan las áreas de necesidades más frecuentes. El estudio incluyó pacientes que estaban en contacto con servicios de psiquiatría en los últimos 3 meses y por el reporte del promedio de edad (41,2 años) se puede deducir que se trata de un grupo con un tiempo prolongado de evolución de la enfermedad (Becker et al 2000).

En la tabla 51 se muestra una síntesis de todos los estudios que fueron descritos, junto con los resultados obtenidos en la muestra chilena.

Se puede observar que el estudio hecho en Chile muestra cifras inferiores a las reportadas en el resto de los trabajos. En el caso del número de necesidades esto se cumple tanto para las estimaciones puntuales como para los intervalos de confianza. Y en el caso del número de áreas de necesidades insatisfechas, la situación es similar, con la única excepción del estudio efectuado en Barcelona (Ochoa et al 2003), donde el solapamiento de los intervalos de confianza muestra que las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 51
Comparación de los resultados obtenidos respecto de necesidades en 5 estudios europeos y el actual estudio. Promedio, desviación estándar e intervalos de confianza al 95% para el número de necesidades totales e insatisfechas.

Lugar	Nº de áreas de necesidades			Nº de necesidades insatisfechas		
	prom	d.e.	IC 95%	prom	d.e.	IC 95%
Hansson et al (2001)	5,8	3,2	5,4 a 6,1	2,0	2,2	1,8 a 2,3
Ochoa et al (2003)	5,4	2,7	5,0 a 5,7	1,4	1,8	1,2 a 1,6
Rosales Varó et al (2002)	6,5	-	-	-	-	-
MacPherson et al (2003)	9,5	-	9,1 a 9,9	3,3	-	3,0 a 3,7
McCrone et al (2000)	5,4	3,1	5,1 a 5,7	1,8	2,0	1,6 a 2,0
Muestra chilena	3,2	2,7	2,8 a 3,7	1,2	1,5	1,0 a 1,5

Una de las posibles explicaciones para este hecho es que la muestra chilena corresponde a un grupo de pacientes que lleva un menor tiempo de evolución, lo que podría explicar el menor número de áreas de necesidades totales e insatisfechas. Esta explicación se cumple, con la sola excepción del estudio de Ochoa et al (2003). Sin embargo, es interesante notar que ambos estudios tienen en común que la mayoría de los pacientes no viven solos (12,6% y 2,8%), en contraste con lo que sucede con los pacientes del estudio en países nórdicos donde el 56% vivían solos. Es posible pensar que ambos factores (tiempo de evolución de la enfermedad y personas con las que vive) puedan jugar un rol, en forma independiente o en interacción. De hecho, se ha observado que la evolución de esta enfermedad es mejor en los países menos desarrollados respecto de los más desarrollados y se está estudiando la hipótesis de que en los primeros existe un mayor apoyo de la familia y de la red social, lo que sería concordante con lo que aquí se ha discutido (una asociación entre vivir solo y un mayor número de necesidades insatisfechas).

Pasemos ahora a revisar lo sucedido con la primera hipótesis que buscaba relacionar diferentes variables socio-demográficas y clínicas respecto del número de necesidades insatisfechas. Esta hipótesis fue planteada de la siguiente manera:

“Los mejores resultados en el grado de satisfacción de necesidades se asocian con una mayor escolaridad, con vivir en grupos familiares menos numerosos, con tener un trabajo remunerado, con la identificación con una minoría étnica, con tener un mayor apoyo social, con participar en organizaciones sociales y de usuarios, con tener una mayor edad y una mejor funcionalidad global al momento del diagnóstico, con tener indicadores de una mejor evolución clínica y con haber recibido un mayor número de intervenciones psicosociales”.

Nuestros resultados mostraron que esta hipótesis se cumplía parcialmente: sólo las variables relacionadas con la evolución y el estado clínico (GAF al ingreso, diferencia en el GAF y puntaje en la PANSS) mostraban una asociación directa. Al mismo tiempo encontramos una asociación indirecta con la identificación con una minoría étnica, para el número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente, para el número de años de estudio y para la edad del paciente al momento del diagnóstico. No se encontró asociación con tener un trabajo remunerado, ni con participar en organizaciones sociales (incluyendo de usuarios), ni con el nivel de apoyo social, ni con un mayor número de intervenciones psicosociales.

Estos resultados tienden a ser coincidentes con los reportados en la mayoría de los estudios; donde existe una escasa asociación con características socio-demográficas y una mayor asociación con variables clínicas.

En el trabajo de Rosales Varo et al (2002) se encontró que no existía asociación del número de necesidades totales con el sexo, con la edad, con la zona de residencia (urbano v/s rural), con el estado civil, y si vivía con la familia de origen o no. Pero sí encontraron una asociación con el nivel educacional y con la situación laboral: los pacientes con menor nivel educacional y jubilados tenían un mayor número de necesidades. Estos autores sólo reportaron un análisis bivariable y por lo tanto sus resultados son similares a los encontrados en el análisis bivariable de la muestra chilena respecto de los años de estudio, pero recuérdese que esta asociación no volvió a aparecer en el análisis multivariable, de donde se concluyó que no existía una asociación directa, sino que su efecto era de tipo indirecto.

Por otra parte, Ochoa et al (2005) reportaron un fuerte asociación entre la intensidad del cuadro psicopatológico (medido con la PANSS) y el número de necesidades totales e insatisfechas, lo cual es coincidente con los hallazgos del actual estudio.

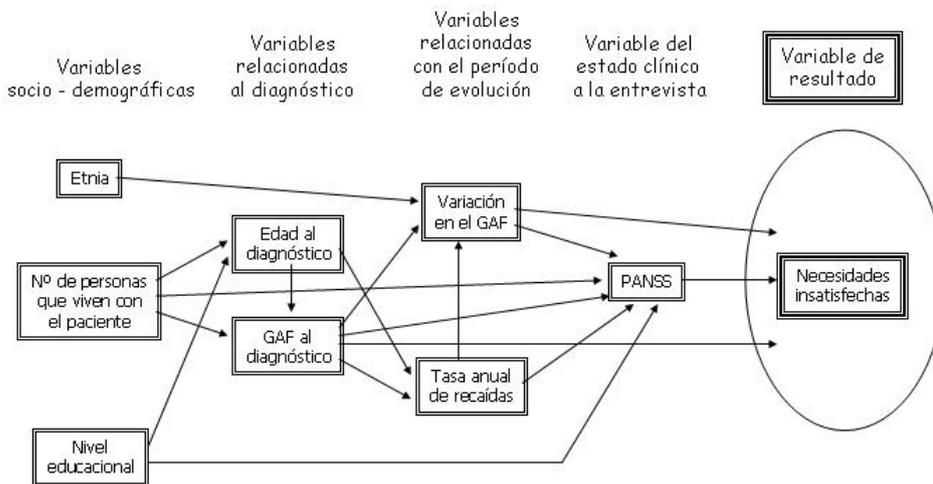
De igual forma, Korkeila et al (2005) encuentran una significativa correlación entre el nivel de funcionamiento (medido con la GAF) y la intensidad del cuadro clínico (medido con el BPRS) con la magnitud de las necesidades (en este caso se midió a través de la construcción de cuatro factores dentro del CAN, y se usaron los scores correspondientes). También se señaló que no existía asociación con la edad, ni con la edad al diagnóstico, ni con la duración de la enfermedad. Todos estos resultados también son concordantes con los nuestros.

En esta tesis se optó por construir un modelo multivariable para identificar las variables con las cuales el número de necesidades insatisfechas se asociaba directamente, para luego ir generando varios modelos de regresión lineal múltiple con variables intermedias, lo que permitía conocer con mayor detalle el mecanismo a través del cual pueden actuar todas las variables que fueron estudiadas. A esto lo llamamos un "modelo evolutivo" porque permite identificar qué variables se asocian, la manera en que lo hacen (directa o

indirectamente) y los diferentes momentos en que actúan (desde el diagnóstico hasta el momento de la entrevista, entre dos y cuatro años después).

De esta forma se pudo concluir que sólo hubo variables clínicas que mostraban una asociación directa (funcionalidad global al ingreso a tratamiento y su evolución, así como la intensidad del cuadro clínico al momento de la entrevista) y que las demás actuaban indirectamente a través de estas. En la figura 1 se muestra un esquema con todas las asociaciones – directas e indirectas – que fueron encontradas en el actual estudio para el número de necesidades insatisfechas.

Figura 1
Modelo para necesidades insatisfechas



Finalmente, queremos resaltar el valor de postular un “modelo evolutivo”, con variables que se asocian en forma directa e indirecta (que son variables intermedias), ya que esto permite comprender mejor el proceso y los mecanismos involucrados en el problema. Creemos que en el futuro este modelo debiera servir de hipótesis para ser probado empíricamente a través de un estudio longitudinal.

Revisemos ahora los resultados respecto de la calidad de vida, para lo cual vamos a considerar las puntuaciones obtenidas en las dos subescalas del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida.

En el estudio de construcción y validación de este instrumento (Giner et al 1997) se trabajó con una muestra de 236 personas con diagnóstico de esquizofrenia, con un promedio de edad de 30,9 años (desviación estándar de 9,7) y con un promedio de tiempo de evolución de la enfermedad de 9,3 años.

Lamentablemente, en las publicaciones que corresponden a esta fase de construcción y validación no se reportaron las puntuaciones obtenidas en el grupo de pacientes, por lo que no se pueden hacer comparaciones con nuestra muestra.

Hay un estudio chileno que está basado en una muestra de 183 personas con diagnóstico de psicosis funcional (la gran mayoría perteneciendo al grupo de esquizofrenia y trastornos afines), pero con un tiempo de evolución de la enfermedad bastante mayor al de nuestro estudio (Alvarado & Muñoz 2007a). Los autores reportan un promedio para la subescala de aspectos favorables de 44,2 puntos con una desviación estándar de 14,4, y para la subescala de aspectos desfavorables sus resultados fueron de 116,5 ± 42,7 puntos. La comparación con nuestros resultados se muestra en la tabla 52, donde se puede apreciar que en nuestra muestra hubo un promedio un poco más elevado para la subescala de aspectos favorables y un promedio algo más bajo para la subescala de aspectos desfavorables, siendo esta última diferencia la que resultó estadísticamente significativa.

Tabla 52

Comparación de los resultados obtenidos en las subescalas del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida en dos estudios chilenos. Promedio, desviación estándar e intervalos de confianza al 95% para el número de necesidades totales e insatisfechas.

Lugar	Subescala Aspectos Favorables			Subescala Aspectos Desfavorables		
	prom	d.e.	IC 95%	prom	d.e.	IC 95%
Alvarado & Muñoz (2007a)	44,2	14,4	42,1 a 46,3	116,5	42,7	110,3 a 122,7
Muestra de la tesis	47,7	12,8	45,6 a 49,8	103,1	40,3	96,5 a 109,8

Al igual que hicimos para el estudio de las necesidades insatisfechas, vamos a revisar lo que sucedió con nuestra segunda hipótesis que buscaba relacionar diferentes variables socio-demográficas y clínicas respecto de la calidad de vida. Esta hipótesis fue planteada de la siguiente manera:

“Los mejores resultados en calidad de vida se asocian con una mayor escolaridad, con vivir en grupos familiares menos numerosos, con tener un trabajo remunerado, con tener un mayor apoyo social, con la identificación con una minoría étnica, con participar en organizaciones sociales y de usuarios, con tener una mayor edad y una mejor funcionalidad global al momento del diagnóstico, con tener indicadores de una mejor evolución clínica y con haber recibido un mayor número de intervenciones psicosociales”.

Antes de proceder al análisis de los resultados es importante señalar que hemos construido un indicador de calidad de vida que corresponde a la razón entre la subescala de aspectos favorables y la subescala de aspectos desfavorables, previa ponderación por sus máximas puntuaciones respectivamente, para hacerlas equivalentes en el análisis. Esta forma de hacer el análisis con este cuestionario se basó de la experiencia reportada por

uno de sus autores (Gines et al 2001). Creemos que resulta muy adecuado, tanto en términos teóricos como para su análisis estadístico.

Nuestros resultados señalan que esta hipótesis se cumple parcialmente: algunas de las variables relacionadas con la evolución y el estado clínico (tasa anual de recaídas y puntaje en la PANSS), así como el número de intervenciones psicosociales, mostraron una asociación directa. También se encontró asociación indirecta con la identificación con una minoría étnica, con el número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente, con el número de años de estudio, con la edad del paciente al momento del diagnóstico, con la funcionalidad global al momento del diagnóstico y con la variación del puntaje en la GAF (entre el diagnóstico y la entrevista). En este caso no se encontró asociación con tener un trabajo remunerado, ni con participar en organizaciones sociales (incluyendo de usuarios), ni tampoco con el nivel de apoyo social.

En nuestro caso no encontramos asociación entre la calidad de vida y tener un trabajo remunerado, tal como lo señalaban otros autores (Gaité et al 2002, Ruggeri et al 2004, Marwaha & Johnson 2004, Trompenaars et al 2005, Araújo de Souza et al 2006). Lo mismo sucedió con la asociación entre calidad de vida y el nivel de apoyo social, que también había sido reportada en otros estudios (Gaité et al 2002, Tan et al 2004, Trompenaars et al 2005, Hansson 2006).

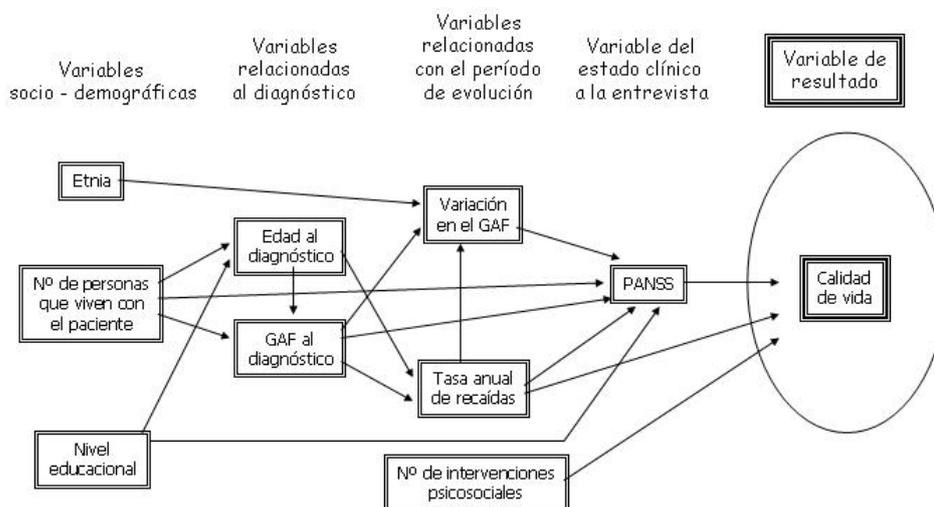
Sin embargo, cabe recordar la reflexión hecha por varios autores respecto de que la variabilidad encontrada en las puntuaciones para componentes específicos de la calidad de vida objetiva y subjetiva expresan la importancia que juegan las condiciones sociales y culturales en la determinación de esta, aunque explican una proporción menor de la varianza en las puntuaciones obtenidas en las escalas de calidad de vida subjetiva (Trompenaars et al 2005, Hansson 2006).

Por otra parte, nuestros resultados coinciden con los reportes que muestran una asociación entre la calidad de vida y la presencia de síntomas positivos y negativos, o con la intensidad del cuadro psicopatológico (Leal et al 1997, Hansson 2006). Giner et al (2001) han reportado que los pacientes con peor calidad de vida presentaban una mayor puntuación en las diferentes escalas de la PANSS. Estos resultados que concuerdan con los nuestros, son de especial interés puesto que utilizan los mismos instrumentos.

Algunos estudios han señalado que la calidad de vida se asocia inversamente con el tiempo de evolución de la enfermedad (Bobes & González 2000). En nuestro caso los pacientes tenían un tiempo bastante homogéneo de evolución por lo cual era difícil estudiar esta afirmación. Sin embargo, sí se encontró una asociación directa con la tasa anual de recaídas, indicando que una peor evolución clínica se asocia con una menor calidad de vida.

Los resultados que obtuvimos se grafican en la figura 2.

Figura 2
Modelo para la calidad de vida



Por otro lado, varios estudios han demostrado que los pacientes atendidos en modelos basados en la comunidad logran mejores resultados en las mediciones de calidad de vida respecto de los pacientes atendidos en modelos más centrados en el hospital (Rosenfield 1992, Barry & Crosby 1996, Bobes & González 2000, Leff 2000, Chan et al 2003). En nuestro caso no fue así: los pacientes atendidos en las redes de dispositivos más comunitarios mostraban una peor calidad de vida. Además, y de forma consistente con lo anterior, los pacientes que recibían un mayor número de intervenciones psicosociales mostraban una peor calidad de vida. Sin embargo, estos resultados pueden ser explicados por el hecho de que las redes de servicios más comunitarios logran una mejor adherencia de sus pacientes (ver tabla 49) y las características de estos en variables socio-demográficas y clínicas reflejan peores condiciones que las de los pacientes atendidos en redes menos comunitarias (ver tabla 50). Esto quiere decir que las redes de dispositivos más comunitarios logran mantener en control a pacientes más graves, a la vez que les proveen de un mayor número de intervenciones psicosociales.

Al igual que lo señalado para el caso de las necesidades insatisfechas vale la pena resaltar el valor de utilizar un "modelo evolutivo" para el análisis, con variables que se asocian en forma directa e indirecta, lo que nos ha permitido comprender mejor el proceso y los mecanismos que estarían involucrados. No hemos encontrado estudios similares hasta la fecha y pensamos que esta manera de analizar los factores que se asocian con el número de necesidades insatisfechas y la calidad de vida es un aporte creativo y novedoso de este trabajo, que incita al desarrollo de futuros estudios que usen métodos de análisis incorporando una perspectiva en el tiempo.

La tercera hipótesis de esta tesis buscaba valorar la posible asociación entre necesidades y la calidad de vida, y fue planteada de la siguiente manera:

“Un menor grado de satisfacción en las necesidades de estas personas se asocia con una peor calidad de vida”.

Esto fue corroborado en el análisis de asociación para ambas variables: se encontró una fuerte correlación entre las puntuaciones obtenidas en la escala de calidad de vida y el número de necesidades (total e insatisfechas), como se puede apreciar en las tablas 17 y 19.

La literatura es muy consistente con estos resultados (Hansson 2006) y recientemente se ha planteado que la direccionalidad de esta asociación sería en el sentido de que el número de necesidades insatisfechas determinaría la calidad de vida subjetiva que refieren estos pacientes (Ruggeri et al 2004, Slade et al 2005).

La cuarta de las hipótesis de esta tesis corresponde a la valoración del efecto del tipo de red de dispositivos de salud mental donde el paciente se atiende respecto de sus resultados en necesidades insatisfechas y en calidad de vida. La hipótesis se formuló de la siguiente manera:

“Los pacientes que están siendo atendido en redes sanitarias que muestran un mayor desarrollo del modelo basado en la comunidad logran mejores resultados en las dos variables estudiadas (satisfacción de necesidades y nivel de calidad de vida)”.

Nuestros resultados no permitieron corroborar la hipótesis, ni para el número de necesidades insatisfechas ni para la calidad de vida. El análisis bivariado mostró que los pacientes de las redes que trabajaban con un modelo más comunitario tenían peores indicadores en estas dos variables y en el análisis multivariado se encontró que la variable “tipo de red” no mostraba asociación con el número de necesidades insatisfechas y sí mostraba una asociación con la calidad de vida, pero en un sentido inverso al planteado en la hipótesis.

Sin embargo, creemos que los resultados obtenidos deben ser analizados con cautela, puesto que la hipótesis considera en sí misma dos supuestos (o hipótesis auxiliares) que, como analizaremos más adelante, no se cumplen.

El primer supuesto es que los pacientes que provienen de ambos tipos de redes son similares en sus características socio-demográficas y clínicas, y por lo tanto son comparables. Tal como describimos previamente, los pacientes de ambas redes son diferentes en características o condiciones que ya sabemos que se asocian con ambas variables de resultado (ver tabla 50). Específicamente, los pacientes de las redes más comunitarias:

- tienen personas que se identifican con una minoría étnica y el otro tipo de redes no;

- tienen un menor número de años de estudio;
- tienen una menor edad al momento del diagnóstico;
- tienen una puntuación en el GAF que es más baja al momento del diagnóstico;
- tienen una mayor tasa de recaídas; y
- muestran una mayor puntuación en la PANSS al momento de la entrevista.

Por otra parte, estas redes tienen similar tasa de incidencia tratada respecto de las redes menos comunitarias (0,55 v/s 0,50 por 10.000 habitantes), pero muestran una mejor tasa de retención (o adherencia) de sus pacientes (84,2% v/s 41,8%), lo que determinó que en las redes más comunitarias se pudiera entrevistar a un mayor porcentaje de pacientes (69,9% v/s 32,9%). Esto permite conjeturar con buen fundamento que los pacientes más graves logran una mejor adherencia en los servicios más comunitarios, pero a su vez son los que presentan peores indicadores en necesidades y en calidad de vida.

La mayor adherencia observada en las redes de servicios más comunitarios también es consistente con la mejor accesibilidad geográfica y económica que ellos muestran.

Además, aunque el análisis multivariable permitiría controlar el efecto de todas estas otras variables, hay aspectos estadísticos que también podrían haber afectado los resultados obtenidos (tales como el hecho de que la variable "tipo de red" es dicotómica o que no se cumplan todos los supuestos de linealidad y homocedasticidad para los residuos).

Por todo lo anterior, pensamos que al no cumplirse este primer supuesto no se debe rechazar de inmediato la hipótesis planteada.

El segundo supuesto es que los dos tipos de redes cuentan con recursos similares, por lo que serían directamente comparables entre ellas. Como ya hemos visto, esto tampoco resulta ser así, puesto que si bien el nivel de especialización (basado en el ICMHC) es similar en ambos tipos de servicios (ver tabla 48), la cantidad de recursos humanos es significativamente menor en los servicios más comunitarios (especialmente para las horas de psiquiatra y de personal técnico) (ver tabla 46), lo que implica que cuentan con una menor capacidad cuantitativa para la oferta de servicios.

Lo anterior puede entenderse mejor si se pone en perspectiva histórica: Chile está desarrollando un proceso de reforma que aún es incompleto y donde los servicios de desarrollo más reciente (los más comunitarios) se encuentran en etapa de expansión, pero aún sus recursos son insuficientes. No debemos olvidar que este estudio entrega la visión de lo que está sucediendo en un momento específico dentro del proceso social que implica una reforma de la atención psiquiátrica. Para juzgar adecuadamente la efectividad de los modelos de atención es necesario mantener una perspectiva histórica en el análisis.

Aunque la hipótesis no se corroboró con los datos empíricos, el concepto que subyace en ella (mayor efectividad de los servicios más comunitarios respecto de las dos variables de resultado) no puede ser refutado directamente a través de nuestros datos. Las redes de servicios más comunitarios mostraron una mejor accesibilidad y una mayor adherencia de sus pacientes, a pesar de contar con menos recursos humanos. Esa mayor adherencia permite mantener bajo tratamiento a pacientes con peores condiciones sociales y clínicas, factores que sabemos que se asocian con los peores resultados en necesidades y en calidad de vida.

Tampoco podemos eludir otra explicación posible. Si tomamos nuestros datos tal cual están, podríamos decir que la comparación de los resultados en los pacientes se hizo entre dos tipos de redes de atención: las que corresponden a servicios más comunitarios y con menos recursos (posiblemente en fase de desarrollo) v/s las que son menos comunitarias pero con más recursos (y posiblemente más consolidadas por su mayor tiempo de existencia).

Nuestros resultados indican que no hay diferencias significativas o estas son inversas a lo esperado, de lo cual se podría desprender que en una fase intermedia del desarrollo de las redes de dispositivos más comunitarios dentro de un proceso de reforma de este tipo no se logran los resultados deseados. Y lo mismo, pero visto desde otra perspectiva, si los procesos de reforma son incompletos y los dispositivos no están suficientemente dotados de recursos, no sólo no se logran los efectos esperados sino que podrían obtenerse peores resultados a los observados en las instituciones más tradicionales.

Aportes de la tesis y desafíos futuros

Creemos que esta tesis ha hecho aportes en el campo teórico y en el campo metodológico, los cuales describimos a continuación.

En primer lugar, queremos señalar el método de análisis de los datos que nos permitió construir un modelo de relación entre las variables que incorporaba la dimensión del tiempo y el efecto que cada una de estas podía tener en diferentes momentos de la evolución de la enfermedad. Aunque se trata de un estudio transversal, las variables que se han incorporado al análisis se ubican en diferentes momentos en el tiempo de evolución de la condición mórbida, por lo que no resulta razonable que sean tratadas de igual manera. Además, el efecto de variables que pertenecen a un tiempo anterior puede estar incorporado en el efecto de variables que se ubican en un tiempo más reciente. Esto explica que variables tales como las características socio-demográficas no aparezcan con una asociación directa con las variables de resultado, pero que sí lo hagan en forma indirecta a través de otras variables clínicas o relacionadas con la evolución de la enfermedad.

Nos parece que esta forma de llevar adelante el análisis permite ampliar el conocimiento de los mecanismos que determinan los resultados en

necesidades insatisfechas y en calidad de vida, y así ir develando la complejidad de las relaciones que existen entre todas estas variables. No hay que olvidar que el modelo construido proviene de un estudio transversal y debe ser considerado como una hipótesis de trabajo para ser corroborada en estudios prospectivos o experimentales.

En segundo lugar, queremos destacar el esfuerzo realizado para clasificar y valorar los diferentes servicios de atención, trascendiendo el análisis tradicional centrado en los dispositivos. En este caso, se construyó un instrumento especial para valorar redes de dispositivos y lograr clasificarlas respecto del grado de desarrollo del modelo de atención centrado en la comunidad (marco conceptual y político del proceso de reforma para la atención psiquiátrica). Si bien se cumplió con esta fase del estudio, el análisis de los resultados nos mostró que la prueba de la hipótesis era bastante más compleja de lo que inicialmente se había supuesto, de modo que al final no fue posible verificarla o refutarla.

Una de las complejidades propias de este estudio fue la consideración simultánea de dos niveles diferentes de análisis: el paciente y los servicios. Se optó por poner el foco en el nivel del paciente, buscando controlar todas las variables que en ese nivel afectaban los resultados. Pero esto implicaba suponer que los servicios se diferenciaban sólo en lo que se refería al modelo de atención, lo que quedó demostrado que no era así.

En el futuro debiera tomarse un mayor número de redes de dispositivos para poder construir diferentes conglomerados que consideren todas las posibles combinaciones relacionadas con los recursos que disponen, el modelo de atención predominante y otras variables que en ese nivel pudiesen ser relevantes para explicar los resultados en los pacientes. De esta forma se podría avanzar en la prueba de hipótesis que involucren los dos niveles de análisis, el paciente y los servicios.

El planteamiento anterior debe complementarse con estudios de tipo histórico, que permitan reconocer las diferentes etapas por las que pasa la organización de servicios e identificar el efecto que esto tiene en los pacientes, pudiendo establecer en mejor medida cuáles son las condiciones mínimas necesarias para obtener buenos resultados. Sin lugar a dudas que este es un paso crucial para incorporar evidencia científica en la planificación de los servicios sanitarios y sociales, y de esta forma hacer realidad principios tales como la equidad, calidad y eficiencia.

CONCLUSIONES

1. El estudio permitió cumplir con los objetivos propuestos. La muestra de pacientes y de redes de servicios son representativos(as) de lo que sucede en el país en ambos casos, de forma que los resultados y conclusiones pueden extrapolarse a esta realidad.
2. El número de necesidades insatisfechas se asoció en forma directa sólo con variables relacionadas con la evolución y el estado clínico (GAF al ingreso, diferencia en el GAF y puntaje en la PANSS) y en forma indirecta con las siguientes variables: identificación con una minoría étnica, número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente, número de años de estudio y edad del paciente al momento del diagnóstico. El análisis permitió construir un modelo que incorporaba el efecto de estas variables en diferentes momentos de la evolución de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta la entrevista (2 a 4 años después).
3. La calidad de vida se asoció en forma directa con algunas de las variables relacionadas con la evolución y el estado clínico (tasa anual de recaídas y puntaje en la PANSS), así como con el número de intervenciones psicosociales que había recibido. Se encontró asociación indirecta con la identificación con una minoría étnica, con el número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente, con el número de años de estudio, con la edad del paciente al momento del diagnóstico, con la funcionalidad global al momento del diagnóstico y con la variación del puntaje en la GAF (entre el diagnóstico y la entrevista). Al igual que en el caso anterior, el análisis permitió construir un modelo que incorporaba el efecto de estas variables en diferentes momentos de la evolución de la enfermedad.
4. Se corroboró la existencia de una asociación inversa entre la calidad de vida y el número de necesidades (total e insatisfechas).
5. No fue posible confirmar o refutar la hipótesis que sostenía que las redes de servicios más basados en la comunidad lograban un mejor resultado en sus pacientes respecto de necesidades y calidad de vida. Los datos mostraron que esto no era así; que las redes más comunitarias mostraban iguales o peores resultados. Una explicación para esto es la dificultad de tener simultáneamente dos niveles de análisis (el paciente y los servicios) y controlar el efecto de todas las variables relevantes en ambos casos. Otra explicación está dada por las insuficiencias que son propias de un proceso de reforma que aún es incompleto.

BIBLIOGRAFÍA

Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T (2004). Relapse in schizophrenia: cost, clinical outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry*, 184: 346 – 351.

Alvarado R, Asún D, Alfaro A, Vega A, Toledo MI, Serrano F y cols (1992). Comparación de variables psico-sociales entre un grupo con trastornos emocionales y uno control. *Rev Psiquiatría*, 9: 1141 – 1152.

Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes J, Neves E, Perucca E (1994). Eventos vitales, soporte social y depresión en el postparto. *Rev Psiquiatría*, 11: 121 – 126.

Alvarado R, Vera A (1995). La Escala de Balance Afectivo y su relación con algunas variables psicosociales. *Rev Psiquiatría*, 12: 174 – 178

Alvarado R, Román E, Sayago S, Soto I, Pinto R, Horta N (1997). Consumo de tabaco entre estudiantes de enseñanza media. II. Construcción de un modelo explicativo para el consumo. *Cuad Med Soc*, 38: 71 – 82.

Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, Vera A (2000). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro – Psiquiatría*, 38: 84 – 93.

Alvarado R, Vera A, Román E, Sayago S, Soto I, Pinto R, Horta N (2001). Descripción de desigualdades en dimensiones psicosociales y de salud mental, en un grupo de jóvenes estudiantes. *Cuad Med Soc*, 42: 14 – 21.

Alvarado R, Medina E, Aranda W (2002). El efecto de variables psicosociales durante el embarazo en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev Med Chile*, 130: 561 – 568.

Alvarado R, Neves L, Vidal A (2003). Factores asociados al consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media en la Región de Magallanes. *Rev Chil Salud Pública*, 7: 134 – 145.

Alvarado R (2006a). Informe Final del Estudio “Evaluación de la implementación de la Guía Clínica GES para primer episodio de esquizofrenia”. Ministerio de Salud, Chile.

Alvarado R & Muñoz K (2007a). Estudio psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la Calidad de Vida en personas con Trastornos Mentales Severos, en una muestra chilena. *Rev Chil Neuro – Psiquiatría*, aceptado para su publicación.

Alvarado R, Numhauser J, Vera A (2007b). Factores psicosociales asociados a cuadros depresivos en mujeres adultas de la Isla de Chiloé. *Rev Salud Pública (Universidad de Córdoba, Argentina)*, enviado para su publicación.

Alvarado R (2007c). Elaboración y validación de un instrumento que permita describir y caracterizar las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia. *Rev Chil Salud Pública*, aceptado para su publicación.

Anderson J, Dayson D, Wills W, Gooch C, Margolius O, O'Driscoll C, Leff J (1993). The TAPS Project. 13: clinical and social outcomes of long – stay psychiatric patients after one year in the community. *Br J Psychiatry*, 162: 45 – 56.

Angermeyer MC & Kilian R (2000). Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson. Pp. 19 – 29.

Angermeyer MC & Katschnig H (2000). Medicación psicotrópica y calidad de vida: un marco conceptual para valorar su relación. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson. Pp. 207 – 216.

Araújo de Souza L & Silva E (2006). The quality of life of people with schizophrenia living in community in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41: 347 – 356.

Arvidsson H (2003). Met and unmet needs of severely mentally ill persons. The Psychiatric Care Reform in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 373 – 379.

Atkinson M, Zibin S, Chuang H (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self – report methodology. *Am J Psychiatry*, 154: 99 – 105.

Awad AG & Voruganti LNP (2000). Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull*, 26: 557 – 564.

Baca E, Bobes J, Leal C, Giner J, Cervera S, Ibáñez E (1997). Satisfacción de necesidades individuales y calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos. *Actas Luso – Esp Neurol Psiquiatr*, 25 (supl. 2): 37 – 42.

Barry MM & Crosby Ch (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long – term psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*, 168: 210 – 216.

Becchi A, Rucci P, Placentino A, Neri G, de Girolamo G (2004). Quality of life in patients with schizophrenia – comparison of self-report and proxy assessments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 397 – 401.

Becker M & Diamond R (2000). Nuevos avances en la medición de la calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson. Pp. 115 – 128.

Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene A, Tansella M, Thornicroft G, Vázquez - Barquero JL and EPSILON Study Group (1999). The EPSILON Study of schizophrenia in five European countries. Design and methodology for standardizing outcome measures and comparing patterns of care and service costs. *Br J Psychiatry*, 175: 514 – 521.

Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene A, Tansella M, Thornicroft G, Vázquez - Barquero JL and EPSILON Study Group (2000). Aims, outcome measures, study sites and patient sample. EPSILON Study I. *Br J Psychiatry*, supl. 39: s1 – s7.

Becker T & Vázquez – Barquero JL (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand*, 104 (suppl 410): 8 – 14.

Bobes J & González MP (2000). Calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson. Pp. 157 – 169.

Braun P, Kochansky G, Shapiro R, Greenberg S, Gudeman JE, Johnson S, Shore MF (1981). Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *Am J Psychiatry*, 138: 736 – 749.

Brewin CR, Wing JK, Mangan SP, Brugha TS, MacCarthy B (1987). Principles and practice of measuring needs in the long – term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Med*, 17: 971 – 981.

Brown S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A et al (1996). Quality of life in schizophrenia: relationships to socio-demographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand*, 94: 118 – 124.

Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 176: 173 – 176.

Burns T, Beadsmoore A, Bhat AV, Oliver A, Mathers C (1993). A controlled trial of home – based psychiatric services. I: clinical and social outcome. *Br J Psychiatry*, 163: 49 – 54.

Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry*. 158: 163 – 175

Carr VJ, Lewin TJ, Neil AL, Halpin SA, Holmes S (2004). Premorbid, psychosocial and clinical predictors of the cost of schizophrenia and others psychosis. *Br J Psychiatry*, 184: 517 – 525.

Carrier J & Kendall I (1997). Evolution of policy. En: Leff J, eds. *Care in the community: illusion or reality?*. England: John Wiley & Sons. Pp. 3 – 20.

Conde V, Franch J (1984). Escalas de evaluación conductual para la cuantificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos. Departamento de Psicología Médica, Universidad de Valladolid. España.

Cramer JA, Rosenheck R, Xu W, Thomas J, Henderson W, Charney DS (2000). Quality of life in schizophrenia: a comparison of instruments. *Schizophr Bull*, 26: 659 – 666.

Creed F, Black D, Anthony Ph, Osborn M, Thomas Ph, Franks D et al (1991). Randomised controlled trial of Day and In – patient Psychiatric Treatment. 2: comparison of two hospitals. *Br J Psychiatry*, 158: 183 – 189.

Czernikiewicz A & Gorecka J (2003). Comparison of subjective and objective quality of life in a group of schizophrenic patients. *Psychiatr Pol*, 37: 669 – 681.

Chan G, Ungvari G, Shek D, Leung J (2003). Hospital and community-based care for patients with chronic schizophrenia in Hong Kong. Quality of life and its correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 196 – 203.

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL et al (1976). The Global Assessment of Functioning scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 766 – 771.

Escobar E (1990). Historia del Hospital Psiquiátrico (1852 – 1952). *Rev Psiquiatría*, 7: 361 – 368.

Fujii DE, Wylie AM, Nathan JH (2004). Neurocognition and long – term prediction of quality of life in outpatients with severe and persistent mental illness. *Schizophr Res*, 69: 67 – 73.

Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B et al (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand*, 105: 283 – 292.

García J & Vázquez – Barquero (1999). Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Esp Psiquiatr*, 27: 281 – 291.

Gibbons JS & Butler JP (1987). Quality of life for "new" long – stay psychiatric in – patients. The effects of moving to a hostel. *Br J Psychiatry*, 151: 347 – 354.

Giner J, Ibáñez E, Baca E, Bobes J, Leal C, Cervera S (1997). Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso – Esp Neurol Psiquiatr*, 25 (supl. 2): 11 – 23.

Giner J, Ibáñez E, Cervera S, San Martín A, Caballero R (2001). Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*, 29: 233 – 242.

Giner J, Bobes J, Cervera S, Leal C, Baca E, Ibáñez E (2004). Impacto de la olanzapina en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia: un año de seguimiento con el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida. *Actas Esp Psiquiatr*, 32: 1 – 7.

Goffman, E (1961). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Argentina: Amorrortu.

Goldberg D (1991). Cost – effectiveness studies in the treatment of schizophrenia: a review. *Schizophr Bull*, 17: 453 – 459.

Goldman HH, Skodol AE, Lave TR (1992). Revising Axis V for DSM – IV: a review of measurement of social functioning. *Am J Psychiatry*, 149: 1148 – 1156.

Häfner H & an der Heiden W (1996). Background and goals of evaluative research in community psychiatry. En: Kundsén HC & Thornicroft G, eds. *Mental Health Service Evaluation*. Great Britain: Cambridge University Press. Pp. 19 – 36.

Haghighat R (2001). A unitary theory of stigmatization. Pursuit of self – interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry*, 178: 207 – 215.

Hansson L, Vinding HR, Mackprang T, Sourander A, Werdelin G, Bengtsson-Tops A et al (2001). Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multicentre study. *Acta Psychiatr Scan*, 103: 45 – 51.

Hansson L (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scan*, 113 (Suppl. 429): 46 – 50.

Herrman H, Hawthorne G, Thomas R (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Social Psychiatry Psychuatr Epidemiol*, 37: 510 – 518.

Ibáñez E, Giner J, Cervera S, Baca E, Bobes J, Leal C (1997). El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas. *Actas Luso - Esp Neurol Psiquiatr*, 25 (supl. 2): 24 - 31.

Jiménez Estévez JF, Moreno Küstner B, Torres González F, Luna del Castillo JD, Phelan M (1997). Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Archivos de Neubiología*, 60 (2): 113 - 124.

Kallert Th, Laisse M, Winiiecki P (2004). Needs for care of chronic schizophrenic patients in long-term community treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 386 - 396.

Katschnig H (2000a). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson. Pp. 3 - 15.

Katschnig H (2000b). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand*, 102 (suppl 407): 33 - 37.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13: 261 - 276.

Kilian R, Matschinger H, Becker T, Angermeyer MC (2003). A longitudinal analysis of the impact of social and clinical characteristics on the cost of schizophrenia treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 107: 351 - 360.

Kilian R, Dietrich S, Toumi M, Angermeyer MC (2004). Quality of life in persons with schizophrenia in out-patient treatment with first- or second-generation antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand*, 110: 108 - 118.

Knapp M (2000). Schizophrenia costs and treatment cost - effectiveness. *Acta Psychiatr Scand*, 102 (suppl 407): 5 - 18.

Korkeila J, Heikkilä J, Hansson L, Sorgaard K, Vahlberg T, Karlsson H (2005). Structure of needs among persons with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40: 233 - 239.

Kovess-Masféty V, Wiersma D, Xavier M, Caldas de Almeida JM, Carta MG, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Torres-gonzález F, Moresno-Kustner B & Walsh D (2006). Needs for care among patients with schizophrenia in six European countries: a one-year follow-up study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2: 22.

Kunikata H, Mino Y, Nakajima K (2005). Quality of life of schizophrenia patients living in the community: the relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 59: 163 - 169.

Lasalvia A, Ruggeri M, Mazzi MA, Dall'Agnola RB (2000). The perception of needs for care in staff and patient in community – based mental health services. The South – Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatr Scand*, 102: 366 – 375.

Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M & Ruggeri M (2005). Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychological Medicine*, 35: 1655 – 1665.

Leal C, Cervera S, Giner J, Ibáñez E, Baca E, Bobes J, (1997). Psicopatología y calidad de vida. *Actas Luso – Esp Neurol Psiquiatr*, 25 (supl. 2): 32 – 36.

Leff J (1993). Evaluating the transfer of care from psychiatric hospitals to district – based services. *Br J Psychiatry*, 162: 6.

Leff J (1997). The outcome for long – stay non – demented patients. En: Leff J, eds. *Care in the community: illusion or reality?*. England: John Wiley & Sons. Pp. 69 – 91.

Leff J (2000). En definitiva, ¿de quién es la vida?. Calidad de vida de los pacientes crónicos dados de alta de hospitales psiquiátricos. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson. Pp. 231 – 242.

Leff J & Trieman N (2000). Long – stay patient discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five – years in the community, The TAPS Project 46. *Br J Psychiatry*, 174: 217 – 223.

Lehman AF (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. En: Thornicroft G & Tansella M, eds. *Mental Health Outcome Measures*. Alemania: Springer. Pp. 75 – 92.

Lehman AF (2000). Instrumentos para medir la calidad de vida en los trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson. Pp. 77 – 92.

Lelliott P, Wing J, Clifford P (1994). A National Audit of New Long – Stay Psychiatric Patients. *Br J Psychiatry*, 165: 160 – 169.

Lesse M, Jonson S, Slade M, Parkman S, Nelly F, Phelan M, Tornicroft G (1998). User perspective on needs and satisfaction with mental health services. PRISM Psychosis Study. *Br J Psychiatry*, 173: 409 – 415.

Macpherson R, Haynes R, Summerfield L, Foy Ch, Slade M (2003a). From research to practice. A local mental health services needs assessment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 276 – 281.

Macpherson R, Varah M, Summerfield L, Foy Ch, Slade M (2003b). Staff and patient assessments of need in a epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 662 – 667.

Malla AK, Norman RMG, McLean TS, MacDonald C, McIntosh E, Dean-Lashey F et al (2004). Determinants of quality of life in first – episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 109: 46 – 54.

Marconi J (1973). La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta Psiquiát Psicol Amér Lat*, 19: 17 – 33.

Marconi J (1976a). Política de Salud Mental en América Latina. *Acta Psiquiát Psicol Amér Lat*, 22: 112 – 118.

Marconi J (1976b). Enseñanza de la salud mental en América Latina. *Acta Psiquiát Psicol Amér Lat*, 22: 277 – 281.

Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE (1994). Home – based versus hospital – based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry*, 165: 179 – 194.

Marshall M, Lockwood A, Green G, Zajac - Roles G, Roberts C, Harrison G (2004). Systematic assessment of need and care planning in severe mental illness. Cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 185: 163 – 168.

Marwaha S & Johnson S (2004). Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 337 – 349.

McCrone P, Leese M, Thornicroft G, Schene AH, Knudsen HC, Vásquez – Barquero JL et al (2000). Reliability of the Camberwell Assessment of Need – European Version. EPSILON Study 6. *Br J Psychiatry*, supl. 39: s34 – s40.

Meijer K, Schene A, Koeter M, Knudsen HC, Becker T, Thornicrft G, et al (2004). Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers: results from the EPSILON multi centre study on schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 251 – 258.

Ministerio de Salud (1991). Actas de la Conferencia Chilena: Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica. Santiago de Chile, 13 – 16 de noviembre de 1991.

Ministerio de Salud (2001). Pan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago de Chile, Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud de Chile.

Minoletti A (2003). Perspectivas de desarrollo de la salud mental en Chile en el siglo XXI. *Rev Psiquiatría*, 19: 88 – 98.

Minoletti A & Zaccarúa A (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública*, 18(4/5): 346 – 358.

Moreno KÜstner B, Jiménez Estévez J, Godoy García J y Torres González (2003). Assessment of needs for care of a schizophrenic patient simple from the Granada Sur Mental Health Care Area. *Actas Esp Psiquiatr*, 31: 325 – 330.

Mosterín J (2003). Conceptos y teorías en la ciencia. España: Alianza Editorial.

Nasrallah HA, Targum SD, Tandon R, McCombs JS, Ross R (2005). Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*; 56: 273 – 282.

NHS Centre for reviews and dissemination (2000). Psychosocial interventions for schizophrenia. *Effective Health Care*, 6(3): 1 – 7

Nussbaum M & Sen A, eds (1996). La calidad de vida. México: FCE – The United Nations University.

Ochoa S, Haro JM, Autonell J, Pendas F, Teba F, Márquez M & NEDES Group (2003). Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spain sample. *Schizophrenia Bulletin*, 29: 201 – 210.

Ochoa S, Usall J, Haro JM, Araya S, Autonell J, Busquets E, Gost A & NEDES Group (2005a). Estudio comparativo de las necesidades de pacientes con esquizofrenia en función del género. *Actas Esp Psiquiatr*, 29: 165 – 171.

Ochoa S, Haro JM, Usall J, Autonell J, Vicens E, Asencio F & NEDES Group (2005b). Needs and its relation to symptom dimensions in a sample of outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75: 129 – 134.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. *Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Biblioteca OMS.

Orsel S, Akdemir A, Dag I (2004). The sensitivity of quality of life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 45: 57 – 61.

Páez D (1986). Suceso vital, soporte social, recursos e identidades sociales como factores explicativos de la depresión y ansiedad. En: Páez D, eds. *Salud Mental y Factores Psicosociales*. España: Editorial Fundamentos. Pp. 83 – 127.

Pemjean A (1996). El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile (1990 – 1996). *Cuad Med Soc*, 37: 5 – 17.

Phelan M et al (1995). The Camberwell Assessment of Needs: the validity and reliability of a instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*, 167: 589 – 595.

Pineault R & Daveluy C (1990). La planificación sanitaria: conceptos – métodos – estrategias. Madrid: MASSON. 2ª edición.

República de Chile, Ley 19.990 del 25 de agosto del 2004. Creación del Régimen General de Garantías en Salud.

Ritsner M, Farkas H, Gibel A (2003). Satisfaction with quality of life varies with temperamental types of patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 191: 668 – 674.

Rosales Varo C, Torres González F, Luna del Castillo J, Jimenez Estévez J y Martínez Montes G (2002a). Fiabilidad del instrumento de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN). *Actas Esp Psiquiatr*, 30: 99 – 104.

Rosales Varo C, Torres González F, Luna del Castillo J, Baca Baldomero E y Martínez Montes G (2002b). Evaluación de necesidades de personas con enfermedad esquizofrénica (CAN). *Actas Esp Psiquiatr*, 30: 182 – 188.

Rosenfield S (1992). Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *J Health Soc Behavior*, 33: 299 – 315.

Rosenheck R, Perlick D, Bingham S, Liu-Mares W, Collins J, Warren S et al (2003). Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: a randomized controlled trial. *JAMA*, 290: 2693 – 2672.

Ruggeri M, Warner R, Bisoffi G, Fontecedro L (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach. *Br J Psychiatry*, 178: 268 – 275.

Ruggeri M, Lasalvia A, Tansella M, Bonetto C, Abate M, Thornicroft G et al (2004). Heterogeneity of outcomes in schizophrenia. 3-years follow-up of treated prevalent cases. *Br J Psychiatry*, 184: 48 – 57.

Ruggeri M, Nosé M, Bonetto Ch, Cristofalo D, Lasalvia A, Salvi G et al (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. *Br J Psychiatry*, 187: 121 – 130.

Rutz W (2001). Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand*, 104 (suppl 410): 15 – 20.

Saldivia S (2000). Estimación del coste de la esquizofrenia asociado al uso de servicios. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad de Granada. Granada, España.

Salokangas R, Honkonen T, Stengard E, Koivisto A (2001). To be or not to be married – that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36: 381 – 390.

Salvador Casulla L, Romero C, Atienza C, González F (2000). Esquizofrenia. En: Bulbena Vilarrasa A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P, eds. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, España: Masson. Pp. 309 – 322.

Sciolla A, Patterson TL, Wetherell JL, McAdams LA, Jeste DV (2003). Functioning and well-being of middle-age and older patients with schizophrenia: measurement with the 36-item short-form (SF-36) health survey. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11: 626 – 637.

Sealy P & Whitehead PC (2004). Forty years on deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Can J Psychiatry*, 49: 249 – 257.

Sepúlveda R (1998). Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiatría en Chile. *Cuad Med Soc*, 39: 16 – 21.

Simpson CJ, Seager CP, Robertson JA (1993). Home – based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*, 162: 239 – 243.

Singh SP, Croudace T, Amin Sh, Kwiecinski R, Medley I, Jones PB, Harrison G (2000). Three – year outcome of first – episode psychosis in an established community psychiatric services. *Br J Psychiatry*, 174: 210 – 216.

Slade M, Leese M, Cahill Sh, Thornicroft G & Kuipers E (2005). Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *Br J Psychiatry*, 187: 256 – 261

Stastny P & Amering M (2000). Integración de las perspectivas del consumidor sobre calidad de vida en la investigación y la planificación de servicios. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson. Pp. 251 – 259.

Stein LI & Test MA (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 31: 392 – 397.

St Leger AS, Schnieden H, Walsworth – Bell JP (1997). Evaluating health services effectiveness. A guide for health professionals, service managers and policy makers. Buckingham, UK: Open University Press.

Tan H-Y, Choo W-Ch, Doshi S, Lim L, Kua E-H (2004). A community study of the health-related quality of life of schizophrenia and general practice outpatients in Singapore. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 106 – 112.

Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, Holloway F, Wykes T, Dunn G, McCrone P, Leese M, Johnson S, Szmulkler G (1998a). Rationale and design. PRISM Psychosis Study 1. *Br J Psychiatry*, 173: 363 – 370.

Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szmulkler G (1998b). From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRISM Psychosis Study 10. *Br J Psychiatry*, 173: 423 – 427.

Thornicroft G & Tansella M (1999). The Mental Health Matrix. A manual to improve services. United Kingdom: Cambridge University Press.

Torres González F, Rosales varo C, Moreno Küstner B, Jiménez Estévez JF (2000). Evaluación de las necesidades de los enfermos mentales. En: Bulbena Vilarrasa A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P, eds. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, España: Masson. Pp. 545 – 554.

Torres González F, Moreno Küstner B, Salvador L, Romero C, de Jong A (1997). Clasificación Internacional de Cuidados en Salud Mental. Cuestionario para Clasificar las Modalidades de Cuidado y Escala para valorar su Nivel de Especialización – Versión española autorizada. Grupo de Investigación en Salud Mental, Universidad de Granada. España.

Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiament PP, De Vries J (2005). Relationship between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40: 588 – 594.

UK700 Group (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. Study methodology with baseline analysis in the UK700 trial. *Br J Psychiatry*, 175: 426 – 432.

Vásquez – Barquero JL, Herrera S, Gaité L, Díez JF (2000). Entrevista estructurada en psiquiatría. En: Bulbena Vilarrasa A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P, eds. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, España: Masson. Pp. 77 – 88.

Ware JE (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53: 2316 – 2323.

Weinstein L (1978). De salud y autogestión. Madrid: Dosbe.

Wennström E & Wiesel FA (2006). The Camberwell Assessment of Need as an outcome measure in routine mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41: 728 – 733.

WHO (World Health Organization) (2000). Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). En: Rush J, Pincus HA, First MB, eds. Handbook of Psychiatric Measures. Washington DC, USA: American Psychiatric Association. Pp. 75 – 85.

Wiersma D (2006). Needs of people with severe mental illness. Acta Psychiatr Scand, 113 (suppl. 429): 115 – 119.

Wing JK, Monck E, Brown G, Carstairs GM (1964). Morbidity in the community of schizophrenic patients discharged from London mental hospitals in 1959. Br J Psychiatry, 110: 10 – 21.

Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1974). The measurement and classification of psychiatric symptoms. London, UK: Cambridge University Press.

Wolff G (1997). Attitudes of the media and the public. En: Leff J, eds. Care in the community: illusion or reality?. England: John Wiley & Sons. Pp. 145 – 163.

ANEXO 1

Identificación y descripción de las variables que fueron incluidas en los análisis multivariados

Variables relacionadas con el paciente

(1)	edad del paciente
(2)	identificación étnica
(3)	número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente
(4)	número de años de estudio al momento del diagnóstico
(5)	tener un trabajo estable en el momento de la entrevista
(6)	puntuación en la escala de apoyo social
(7)	edad del paciente al momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez
(8)	puntuación en el GAF al momento del diagnóstico
(9)	variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista
(10)	el porcentaje de tiempo bajo control (respecto del tiempo total de observación)
(11)	tasa de recaídas por año
(12)	número de hospitalizaciones
(13)	número de intervenciones psicosociales que ha recibido
(14)	puntuación en la PANSS (al momento de la entrevista)
(15)	interacción (puntuación en el GAF al momento del diagnóstico * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista)
(16)	interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * puntuación en el GAF al momento del diagnóstico)
(17)	interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * tener un trabajo estable en el momento de la entrevista)
(18)	interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * puntuación en la escala de apoyo social)
(19)	interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * edad del paciente al momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez)
(20)	interacción (porcentaje de tiempo bajo control * tasa de recaídas por año)
(21)	interacción (puntuación en el GAF al momento del diagnóstico * tasa de recaídas por año)
(22)	interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * número de intervenciones psicosociales que ha recibido)
(23)	interacción (puntuación en el GAF al momento del diagnóstico * puntuación en la PANSS)
(24)	interacción (tasa de recaídas por año * puntuación en la PANSS)

(25)	interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * puntuación en la PANSS)
(26)	interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista)
(27)	interacción (número de intervenciones psicosociales que ha recibido * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista)
(28)	interacción (número de intervenciones psicosociales que ha recibido * puntuación en la escala de apoyo social)
(29)	interacción (número de intervenciones psicosociales que ha recibido * puntuación en la PANSS)
(30)	interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * porcentaje de tiempo bajo control)
(31)	interacción (número de años de estudio al momento del diagnóstico * número de hospitalizaciones)
(32)	interacción (número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente * número de hospitalizaciones)

Variables relacionadas con el sistema de atención

(33)	tipo de red de atención (más o menos basada en el modelo de atención centrado en la comunidad)
(34)	interacción (tipo de red de atención * identificación étnica)
(35)	interacción (tipo de red de atención * número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente)
(36)	interacción (tipo de red de atención * número de años de estudio al momento del diagnóstico)
(37)	interacción (tipo de red de atención * puntuación en la escala de apoyo social)
(38)	interacción (tipo de red de atención * edad del paciente al momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez)
(39)	interacción (tipo de red de atención * puntuación en el GAF al momento del diagnóstico)
(40)	interacción (tipo de red de atención * variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista)
(41)	interacción (tipo de red de atención * tasa de recaídas por año)
(42)	interacción (tipo de red de atención * puntuación en la PANSS)

ANEXO 2

**Descripción del análisis multivariable para
el grado de satisfacción de las necesidades**

Resultados del modelo inicial¹⁴

Nº de observaciones incluidas = 141
Valor en la prueba F (32, 108) = 3,37
Valor p (prueba F) = < 0,0001
R² = 0,4996
R² ajustado = 0,3513

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	- 0,0035	0,1870	- 0,3743	0,3672	- 0,02	0,985
(2)	0,1286	0,6218	- 1,1038	1,3611	0,21	0,837
(3)	- 0,1050	0,1195	- 0,3418	0,1319	- 0,88	0,382
(4)	0,0181	0,5422	- 1,0567	1,0929	0,03	0,973
(5)	1,9338	1,7856	- 1,6055	5,4732	1,08	0,281
(6)	0,0549	0,0696	- 0,0831	0,1930	0,79	0,432
(7)	- 0,0222	0,1920	- 0,4026	0,3583	- 0,12	0,908
(8)	0,0607	0,0767	- 0,0913	0,2126	0,79	0,430
(9)	0,0241	0,0554	- 0,0858	0,1340	0,43	0,665
(10)	0,0285	0,0342	- 0,0393	0,0963	0,83	0,406
(11)	- 0,0345	1,2498	- 2,5119	2,4429	- 0,03	0,978
(12)	- 0,2743	0,4745	- 1,2149	0,6663	- 0,58	0,564
(13)	1,3848	0,5499	0,2946	2,4748	2,52	0,013
(14)	0,1078	0,0571	- 0,0054	0,2209	1,89	0,062
(15)	- 0,0009	0,0008	- 0,0026	0,0007	- 1,17	0,244
(16)	0,0011	0,0044	- 0,0076	0,0098	0,25	0,806
(17)	- 0,1698	0,1521	- 0,4712	0,1317	- 1,12	0,267
(18)	- 0,0033	0,0070	- 0,0171	0,0106	- 0,47	0,640
(19)	0,0027	0,0058	- 0,0088	0,0142	0,47	0,639
(20)	0,1698	0,1240	- 0,0759	0,4155	1,37	0,174
(21)	- 0,0022	0,0243	- 0,0504	0,0459	- 0,09	0,927
(22)	- 0,0446	0,0300	- 0,1041	0,0149	- 1,48	0,141
(23)	- 0,0014	0,0012	- 0,0038	0,0009	- 1,20	0,231
(24)	- 0,0054	0,0160	- 0,0372	0,0264	- 0,33	0,738
(25)	0,0025	0,0034	- 0,0042	0,0093	0,75	0,457
(26)	0,0015	0,0044	- 0,0073	0,0102	0,34	0,738
(27)	0,0004	0,0067	- 0,0128	0,0136	0,06	0,950
(28)	- 0,0089	0,0122	- 0,0331	0,0154	- 0,73	0,469
(29)	- 0,0207	0,0060	- 0,0325	- 0,0088	- 3,46	0,001
(30)	- 0,0010	0,0033	- 0,0075	0,0056	- 0,29	0,773
(31)	0,0298	0,0341	- 0,0378	0,0974	0,88	0,383
(32)	- 0,0216	0,0581	- 0,1367	0,0934	- 0,37	0,710
constante	- 7,2720	6,2183	- 19,5978	5,0538	- 1,17	0,245

Resultados para el primer modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
Valor en la prueba F (7, 133) = 13,86

¹⁴ Los números que se utilizan para la identificación de las variables durante todo este análisis corresponden a los descritos en el anexo 1.

Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,4218
 R² ajustado = 0,3914

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(8)	0,0270	0,0162	- 0,0050	0,0590	1,67	0,097
(9)	0,0517	0,0204	0,0113	0,0921	2,53	0,012
(11)	0,4518	0,2070	0,0423	0,8613	2,18	0,031
(13)	0,6250	0,2285	0,1731	1,0768	2,74	0,007
(14)	0,0790	0,0119	0,0554	0,1025	6,63	< 0,001
(15)	- 0,0012	0,0006	- 0,0024	- 0,0001	- 2,21	0,029
(29)	- 0,0167	0,0050	- 0,0265	- 0,0068	- 3,33	0,001
constante	- 3,7051	0,9961	- 5,6754	- 1,7348	- 3,72	< 0,001

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(8)	3,46
(9)	9,05
(11)	1,16
(13)	12,05
(14)	3,59
(15)	9,05
(29)	13,83
VIF promedio	7,17

Valores en la correlación de Spearman para cada una de las variables respecto del número de necesidades insatisfechas

Variable	rho de Spearman	valor p
(8)	- 0,2981	0,0003
(9)	0,0176	0,8358
(11)	0,2927	0,0004
(13)	- 0,0705	0,4065
(14)	0,3760	< 0,0001
(15)	- 0,1913	0,0231
(29)	0,0496	0,5590

Resultados para el segundo modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (5, 135) = 15,43
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,3636
 R² ajustado = 0,3400

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(8)	0,0331	0,0164	0,0006	0,0656	2,01	0,046
(9)	0,0606	0,0209	0,0192	0,1020	2,89	0,004
(11)	0,4921	0,2145	- 0,0679	0,9164	2,29	0,023
(14)	0,0486	0,0075	0,0338	0,0634	6,51	< 0,001

(15)	- 0,0014	0,0006	- 0,0026	- 0,0003	- 2,46	0,015
constante	- 2,9260	0,8884	- 4,6830	- 1,1690	- 3,29	0,001

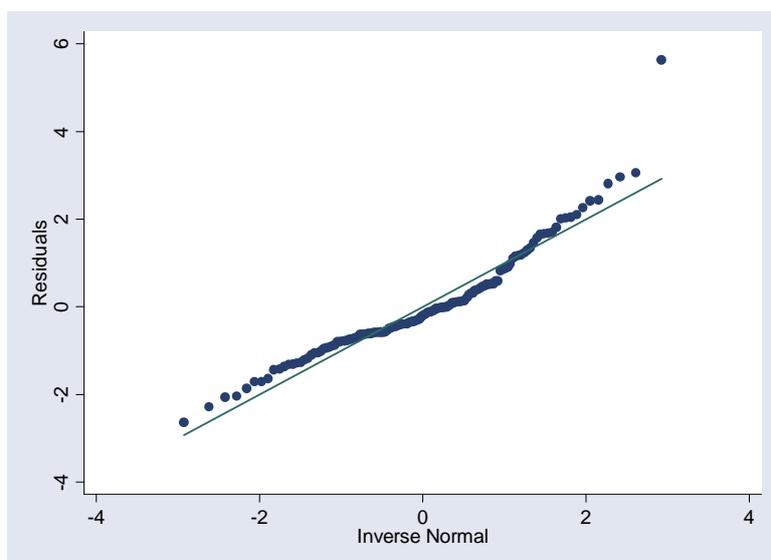
Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(8)	3,29
(9)	8,76
(11)	1,15
(14)	1,30
(15)	6,89
VIF promedio	4,28

Prueba W de Shapiro – Wilk para la normalidad de los residuos

Nº de observaciones incluidas = 141
W = 0,9334
Valor de z = 4,507
Valor de p (prueba z) = < 0,0001

Gráfico normal de probabilidad para los residuos



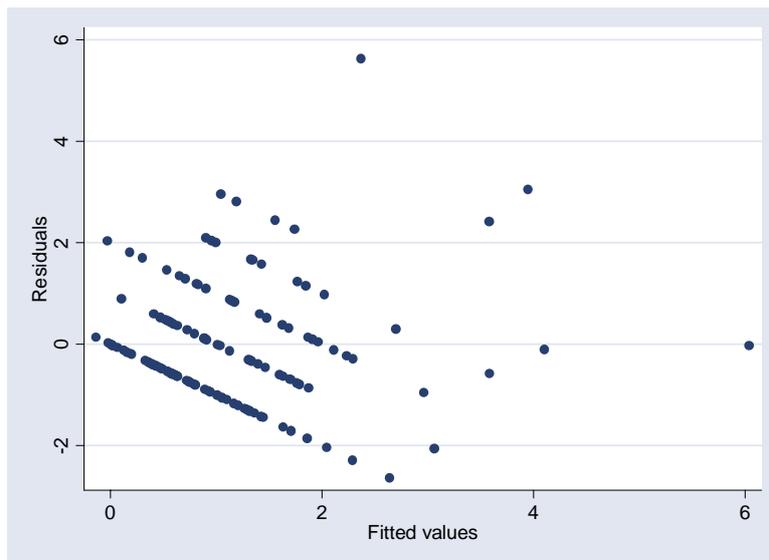
Valores en la distribución de los residuos

Valor más bajo	- 2,642
Percentil 1%	- 2,292
Percentil 5%	- 1,638
Percentil 25%	- 0,698
Percentil 50%	- 0,205
Percentil 75%	0,518

Percentil 95%	2,098
Percentil 99%	3,050
Valor más alto	5,628

Coefficiente de asimetría	1,1455
Coefficiente de curtosis	5,8972

Gráfico de los residuos respecto del valor predicho



Resultados en la prueba de heterocedasticidad

Valor de χ^2	28,99
Valor p para H_0	< 0,0001

Resultados en la prueba D de Cook para detectar valores extremos influyentes

promedio	0,0077
desviación estándar	0,0179
valor mínimo	< 0,0001
valor máximo	0,1343

Resultados para el tercer modelo parsimonioso (excluyendo un caso extremo)

Nº de observaciones incluidas = 140
 Valor en la prueba F (4, 135) = 18,82
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R^2 = 0,3580
 R^2 ajustado = 0,3390

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(8)	0,0321	0,0152	0,0022	0,0622	2,12	0,036
(9)	0,0630	0,0194	0,0248	0,1014	3,26	0,001
(14)	0,0503	0,0067	0,0370	0,0635	7,50	< 0,001
(15)	- 0,0015	0,0005	- 0,0026	- 0,0004	- 2,79	0,006
constante	- 2,6958	0,8172	- 4,3120	- 1,0797	- 3,30	0,001

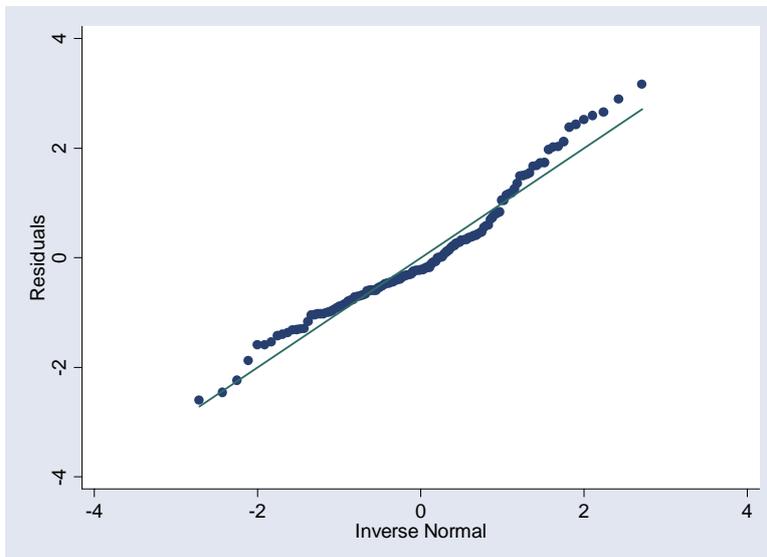
Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(8)	3,26
(9)	8,75
(14)	1,21
(15)	6,88
VIF promedio	5,03

Prueba W de Shapiro – Wilk para la normalidad de los residuos

Nº de observaciones incluidas = 140
W = 0,9612
Valor de z = 3,271
Valor de p (prueba z) = 0,0005

Gráfico normal de probabilidad para los residuos



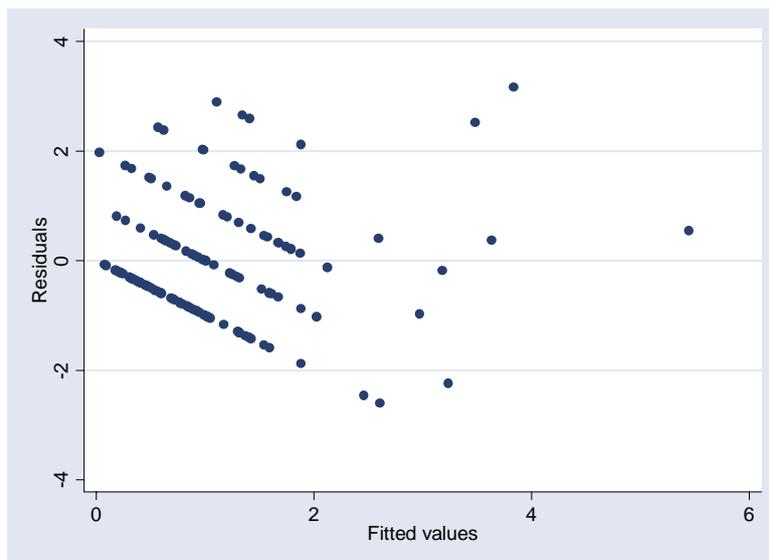
Valores en la distribución de los residuos

Valor más bajo	- 2,608
Percentil 1%	- 2,462
Percentil 5%	- 1,482
Percentil 25%	- 0,703
Percentil 50%	- 0,226

Percentil 75%	0,463
Percentil 95%	2,248
Percentil 99%	2,893
Valor más alto	3,164

Coefficiente de asimetría	0,6248
Coefficiente de curtosis	3,3387

Gráfico de los residuos respecto del valor predicho



Resultados en la prueba de heterocedasticidad

Valor de χ^2	20,83
Valor p para H_0	0,0003

Resultados para el modelo parsimonioso que fue producto del análisis de regresión logística múltiple

Nº de observaciones incluidas = 140
 LR Chi² (6) = 35,95
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 pseudo R² = 0,1862

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(4)	- 0,1824	0,0790	- 0,3372	- 0,0276	- 2,31	0,021
(8)	0,2980	0,1077	0,0869	0,5091	2,77	0,006
(9)	0,1791	0,0535	0,0744	0,2839	3,35	0,001
(14)	0,2385	0,0864	0,0691	0,4078	2,76	0,006
(15)	- 0,0050	0,0015	- 0,0079	- 0,0021	- 3,42	0,001
(23)	- 0,0052	0,0022	- 0,0096	- 0,0008	- 2,34	0,019
constante	- 11,2838	4,3478	- 19,8053	- 2,7623	- 2,60	0,009

Variable	Odd ratio	err. est.	inter. de conf. 95%	
(4)	0,83	0,07	0,71	0,97
(8)	1,34	0,15	1,09	1,66
(9)	1,20	0,07	1,08	1,33
(14)	1,27	0,11	1,07	1,50
(15)	0,99	0,001	0,99	0,99
(23)	0,99	0,002	0,99	0,99

Prueba de bondad de ajuste para el modelo de regresión logística

Nº de observaciones incluidas = 140
 Valor de chi² Pearson (131) = 157,58
 Valor de p = 0,0567

Resultados para el modelo de regresión logística múltiple utilizando las variable que resultaron significativas en el análisis de regresión lineal múltiple

Nº de observaciones incluidas = 140
 LR Chi² (6) = 24,51
 Valor p (prueba F) = 0,0001
 pseudo R² = 0,1269

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(8)	0,0408	0,0371	- 0,0319	0,1134	1,10	0,272
(9)	0,1022	0,0476	0,0090	0,1955	2,15	0,032
(14)	0,0563	0,0191	0,0189	0,0938	2,95	0,003
(15)	- 0,0028	0,0013	- 0,0054	- 0,0002	- 2,12	0,034
constante	- 3,9733	2,0152	- 7,9229	- 0,0236	- 1,97	0,049

Variable	Odd ratio	err. est.	inter. de conf. 95%	
(8)	1,04	0,04	0,97	1,12
(9)	1,11	0,05	1,01	1,22
(14)	1,06	0,02	1,02	1,10
(15)	0,99	0,001	0,99	0,99

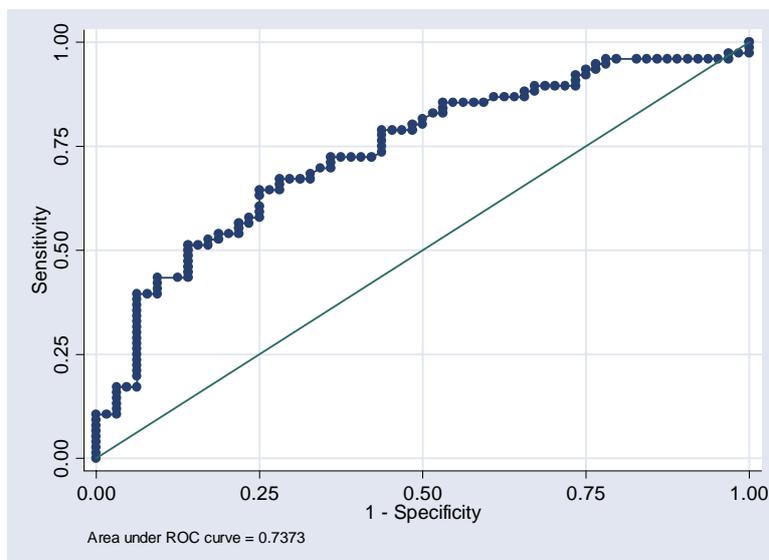
Prueba de bondad de ajuste para el modelo de regresión logística

Nº de observaciones incluidas = 140
 Valor de χ^2 Pearson (131) = 131,54
 Valor de p = 0,3733

Análisis de la clasificación de los casos

Sensibilidad	72,37 %
Especificidad	62,50 %
Valor predictivo positivo	69,62 %
Valor predictivo negativo	65,57 %
Clasificación correcta de los casos	67,86 %

Curva ROC



Área bajo la curva ROC = 0,7373

ANEXO 3

**Descripción del análisis multivariable para
el nivel de calidad de vida**

Resultados del modelo inicial¹⁵

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (32, 108) = 5,22
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,6073
 R² ajustado = 0,4909

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	0,0300	0,1306	- 0,2289	0,2889	0,23	0,819
(2)	- 0,2888	0,4343	- 1,1495	0,5720	- 0,66	0,508
(3)	0,0749	0,0835	- 0,0905	0,2403	0,90	0,372
(4)	0,4494	0,3787	- 0,3013	1,2001	1,19	0,238
(5)	1,0420	1,2471	- 1,4299	3,5139	0,84	0,405
(6)	- 0,0675	0,0486	- 0,1639	0,0289	- 1,39	0,168
(7)	- 0,0011	0,1341	- 0,2669	0,2646	- 0,01	0,993
(8)	0,0811	0,0535	- 0,0250	0,1872	1,51	0,133
(9)	0,0145	0,0387	- 0,0623	0,0912	0,37	0,710
(10)	- 0,0026	0,0239	- 0,0499	0,0448	- 0,11	0,915
(11)	- 0,1271	0,8729	- 1,8574	1,6031	- 0,15	0,884
(12)	0,3308	0,3314	- 0,3261	0,9877	1,00	0,320
(13)	- 0,6525	0,3841	- 1,4138	0,1089	- 1,70	0,092
(14)	- 0,0305	0,0399	- 0,1095	0,0485	- 0,77	0,445
(15)	- 0,0001	0,0005	- 0,0013	0,0010	- 0,20	0,843
(16)	- 0,0055	0,0031	- 0,0116	0,0006	- 1,80	0,074
(17)	- 0,1167	0,1062	- 0,3272	0,0939	- 1,10	0,274
(18)	0,0093	0,0049	- 0,0004	0,0189	1,90	0,060
(19)	0,0003	0,0040	- 0,0077	0,0083	0,07	0,944
(20)	- 0,0265	0,0866	- 0,1982	0,1451	- 0,31	0,760
(21)	- 0,0264	0,1697	- 0,0601	0,0072	- 1,56	0,122
(22)	0,0391	0,0210	- 0,0025	0,0806	1,86	0,065
(23)	0,0003	0,0008	- 0,0014	0,0019	0,34	0,732
(24)	0,0175	0,0112	- 0,0047	0,0397	1,56	0,122
(25)	- 0,0041	0,0024	- 0,0088	0,0007	- 1,70	0,091
(26)	- 0,0004	0,0031	- 0,0065	0,0058	- 0,11	0,909
(27)	- 0,0050	0,0046	- 0,0142	0,0042	- 1,08	0,285
(28)	- 0,0021	0,0085	- 0,0191	0,0148	- 0,25	0,804
(29)	0,0076	0,0042	- 0,0007	0,0158	1,81	0,073
(30)	- 0,0006	0,0023	- 0,0052	0,0039	- 0,28	0,782
(31)	- 0,0320	0,0238	- 0,0793	0,0152	- 1,35	0,181
(32)	- 0,0207	0,0406	- 0,1010	0,0597	- 0,51	0,611
constante	- 0,8754	4,3430	- 9,4839	7,7331	- 0,20	0,841

¹⁵ Los números que se utilizan para la identificación de las variables durante todo este análisis corresponden a los descritos en el anexo 1.

Resultados para el primer modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (9, 131) = 14,12
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,4925
 R² ajustado = 0,4576

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(4)	0,1924	0,0895	0,0154	0,3693	2,15	0,033
(6)	0,0225	0,0112	0,0002	0,0447	2,00	0,048
(11)	- 1,5556	0,3788	- 2,3050	- 0,8063	- 4,11	< 0,001
(13)	- 1,0226	0,2724	- 1,5615	- 0,4837	- 3,75	< 0,001
(14)	- 0,0277	0,0176	- 0,0625	0,0070	- 1,58	0,116
(22)	0,0374	0,0168	0,0040	0,0706	2,22	0,028
(24)	0,0243	0,0075	0,0096	0,0391	3,26	0,001
(25)	- 0,0051	0,0019	- 0,0088	- 0,0014	- 2,75	0,007
(29)	0,0100	0,0039	0,0022	0,0177	2,54	0,012
constante	4,0431	0,9599	2,1442	5,9420	4,21	< 0,001

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(4)	11,94
(6)	1,04
(11)	7,01
(13)	30,94
(14)	14,08
(22)	15,34
(24)	12,29
(25)	20,74
(29)	15,37
VIF promedio	14,30

Valores en la correlación de Spearman para cada una de las variables respecto del valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV

Variable	rho de Spearman	valor p
(4)	0,2675	0,0013
(6)	0,1504	0,0751
(11)	- 0,3752	< 0,0001
(13)	- 0,2176	0,0095
(14)	- 0,5780	< 0,0001
(22)	- 0,1255	0,1380
(24)	- 0,4860	< 0,0001
(25)	- 0,2419	0,0039
(29)	- 0,3989	< 0,0001

Resultados para el segundo modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (4, 136) = 24,69
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,4207
 R² ajustado = 0,4036

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(11)	- 1,5793	0,3822	- 2,3352	- 0,8235	- 4,13	< 0,001
(13)	- 0,2109	0,0518	- 0,3134	- 0,1085	- 4,07	< 0,001
(14)	- 0,0567	0,0089	- 0,0743	- 0,0390	- 6,35	< 0,001
(24)	0,0233	0,0073	0,0089	0,0378	3,20	0,002
constante	5,3187	0,4084	4,5112	6,1263	13,02	< 0,001

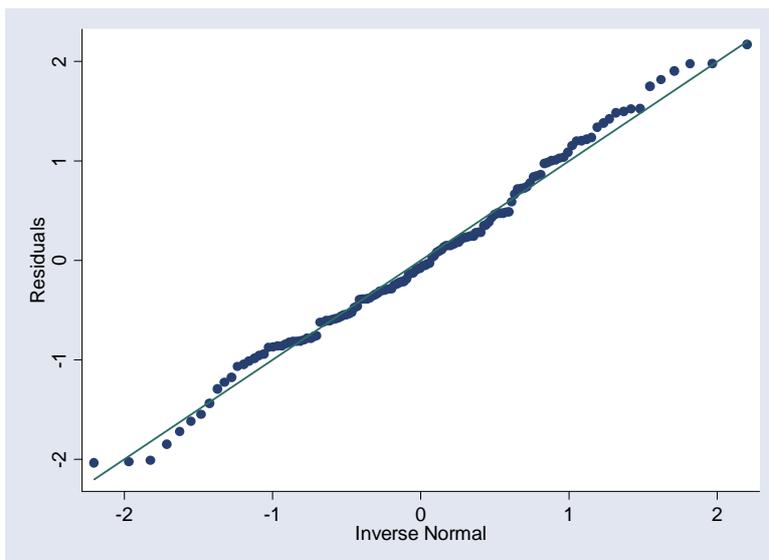
Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(11)	10,71
(13)	6,49
(14)	3,31
(24)	1,02
VIF promedio	5,38

Prueba W de Shapiro – Wilk para la normalidad de los residuos

Nº de observaciones incluidas = 141
 W = 0,9879
 Valor de z = 0,651
 Valor de p (prueba z) = 0,2577

Gráfico normal de probabilidad para los residuos

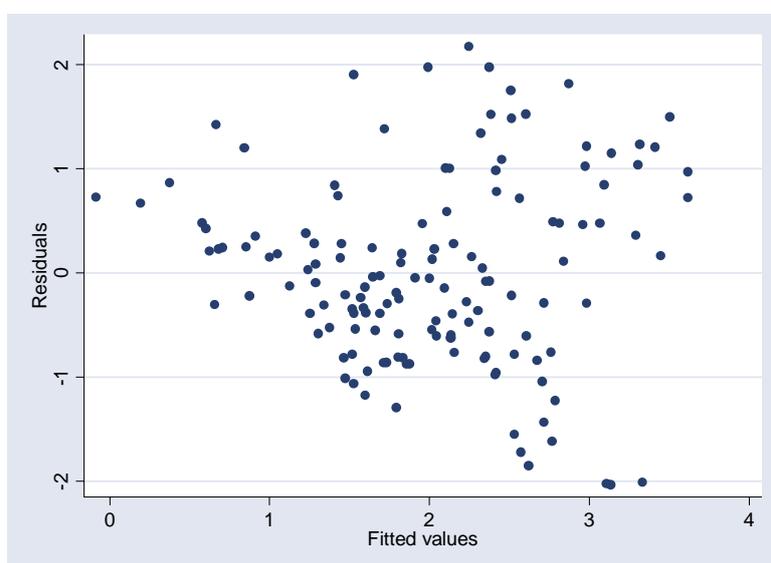


Valores en la distribución de los residuos

Valor más bajo	- 2,037
Percentil 1%	- 2,028
Percentil 5%	- 1,438
Percentil 25%	- 0,596
Percentil 50%	- 0,079
Percentil 75%	0,487
Percentil 95%	1,522
Percentil 99%	1,977
Valor más alto	2,170

Coeficiente de asimetría	0,1649
Coeficiente de curtosis	2,7689

Gráfico de los residuos respecto del valor predicho



Resultados en la prueba de heterocedasticidad

Valor de χ^2	15,32
Valor p para H_0	0,0001

Resultados en la prueba D de Cook para detectar valores extremos influyentes

promedio	0,0077
desviación estándar	0,0154
valor mínimo	< 0,0001
valor máximo	0,1111

ANEXO 4

Descripción de los análisis multivariantes para variables relacionadas con el número de necesidades insatisfechas y el nivel de calidad de vida

Intensidad del cuadro clínico en la entrevista – puntuación en la PANSS

Resultados para el primer modelo parsimonioso¹⁶

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (6, 134) = 11,40
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,3379
 R² ajustado = 0,3083

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(3)	1,6681	0,6086	0,4642	2,8720	2,74	0,007
(4)	- 0,8538	0,4092	- 1,6631	- 0,0406	- 2,09	0,039
(8)	- 0,0752	0,1523	- 0,3764	0,2260	- 0,49	0,622
(9)	- 0,4102	0,0861	- 0,5806	- 0,2398	- 4,76	< 0,001
(11)	28,8618	7,4872	14,0536	43,6701	3,85	< 0,001
(21)	- 0,6391	0,2146	- 1,0635	- 0,2146	- 2,98	0,003
constante	56,9480	8,8545	39,4353	74,4607	6,43	< 0,001

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(3)	1,12
(4)	1,11
(8)	2,45
(9)	1,29
(11)	12,13
(21)	11,53
VIF promedio	4,94

Prueba W de Shapiro – Wilk para la normalidad de los residuos

Nº de observaciones incluidas = 141
 W = 0,9016
 Valor de z = 5,390
 Valor de p (prueba z) = < 0,0001

Coficiente de asimetría	< 0,001
Coficiente de curtosis	< 0,001

¹⁶ Los números que se utilizan para la identificación de las variables durante todo este análisis corresponden a los descritos en el anexo 1

Gráfico normal de probabilidad para los residuos

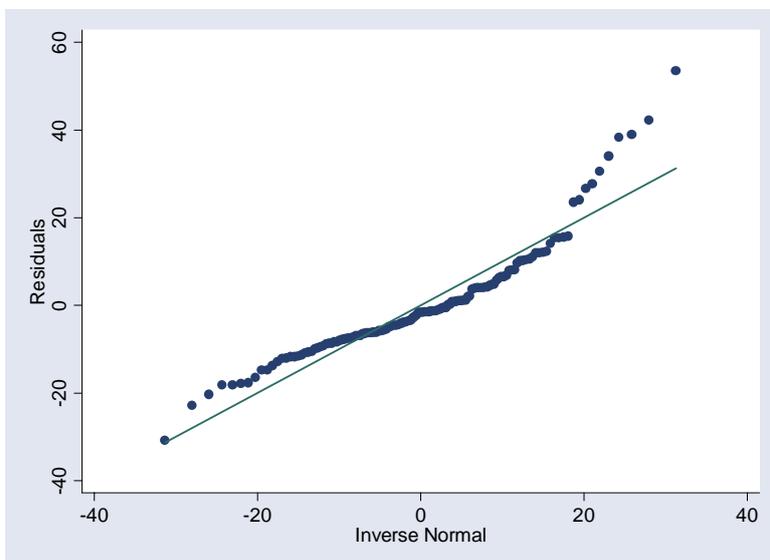
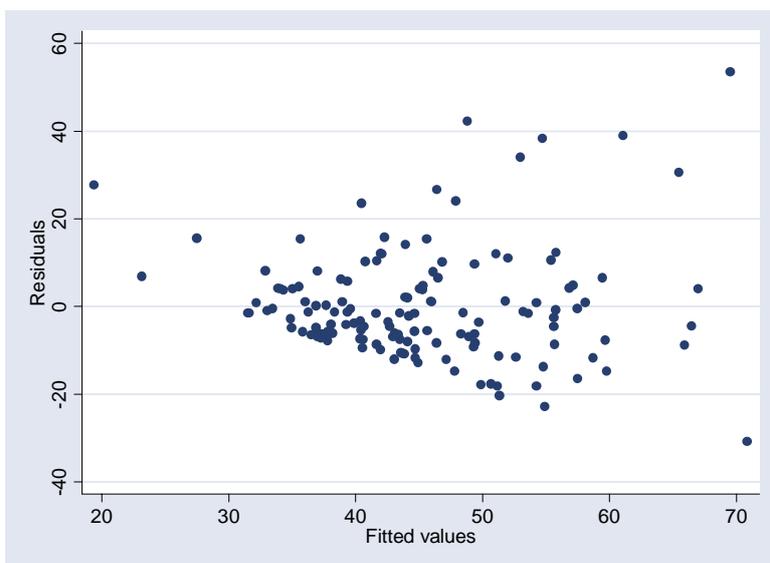


Gráfico de los residuos respecto del valor predicho



Resultados en la prueba de heterocedasticidad

Valor de χ^2	45,03
Valor p para H_0	< 0,0001

Resultados en la prueba D de Cook para detectar valores extremos influyentes

promedio	0,0139
desviación estándar	0,0670
valor mínimo	< 0,0001
valor máximo	0,7194

Transformación de la variable puntuación en la PANSS hacia su inversa - Modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (5, 136) = 15,07
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,3582
 R² ajustado = 0,3344

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(1)	- 0,0007	0,0002	- 0,0011	- 0,0002	- 2,81	0,006
(2)	0,0003	0,0002	0,0001	0,0007	2,16	0,033
(3)	0,0002	0,0001	0,0001	0,0003	3,72	< 0,001
(4)	0,0002	0,0001	0,0001	0,0003	5,94	< 0,001
(5)	- 0,0026	0,0009	- 0,0043	- 0,0009	- 2,99	0,003
constante	0,0132	0,0033	0,0048	0,0196	4,07	< 0,001

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(3)	1,12
(4)	1,09
(8)	1,43
(9)	1,28
(11)	1,07
VIF promedio	1,20

Prueba W de Shapiro – Wilk para la normalidad de los residuos

Nº de observaciones incluidas = 141
 W = 0,9842
 Valor de z = 1,254
 Valor de p (prueba z) = 0,1049

Coefficiente de asimetría	0,106
Coefficiente de curtosis	0,283

Gráfico normal de probabilidad para los residuos

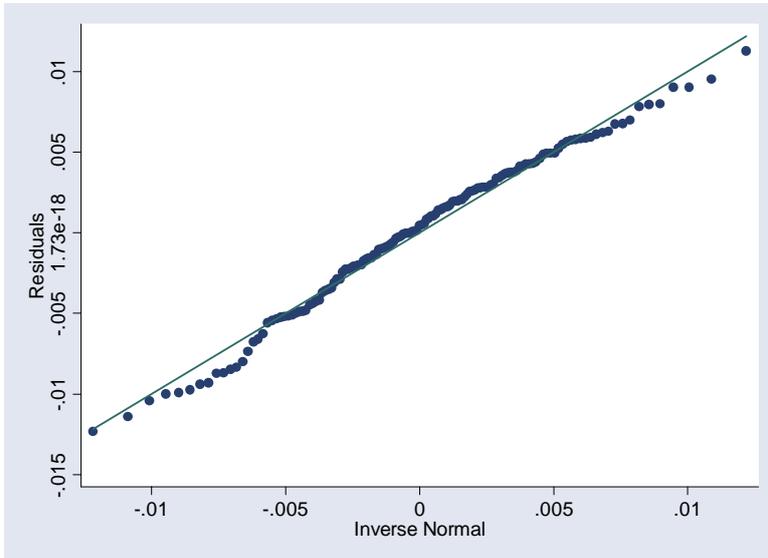
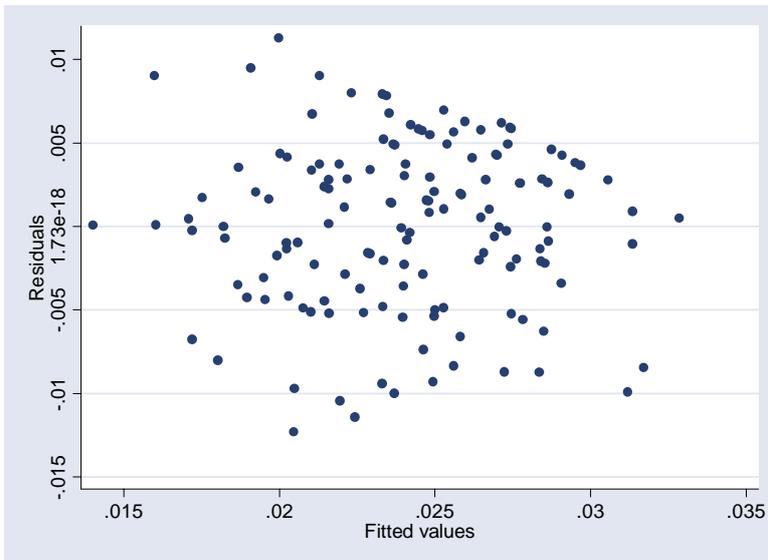


Gráfico de los residuos respecto del valor predicho



Resultados en la prueba de heterocedasticidad

Valor de χ^2	0,75
Valor p para H_0	0,3853

Resultados en la prueba D de Cook para detectar valores extremos influyentes

promedio	0,0090
desviación estándar	0,0218
valor mínimo	< 0,0001
valor máximo	0,2085

Tasa de recaídas por año

Resultados para el modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (2, 138) = 5,96
 Valor p (prueba F) = 0,0033
 R² = 0,0795
 R² ajustado = 0,0661

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(7)	- 0,0105	0,0058	- 0,0219	0,0009	- 1,81	0,072
(8)	- 0,0091	0,0038	- 0,0166	- 0,0015	- 2,38	0,019
constante	1,2226	0,1745	0,8776	1,5676	7,01	< 0,001

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(7)	1,07
(8)	1,07
VIF promedio	1,07

Prueba W de Shapiro – Wilk para la normalidad de los residuos

Nº de observaciones incluidas = 141
 W = 0,9596
 Valor de z = 3,380
 Valor de p (prueba z) = 0,0004

Coeficiente de asimetría	< 0,001
Coeficiente de curtosis	0,027

Gráfico normal de probabilidad para los residuos

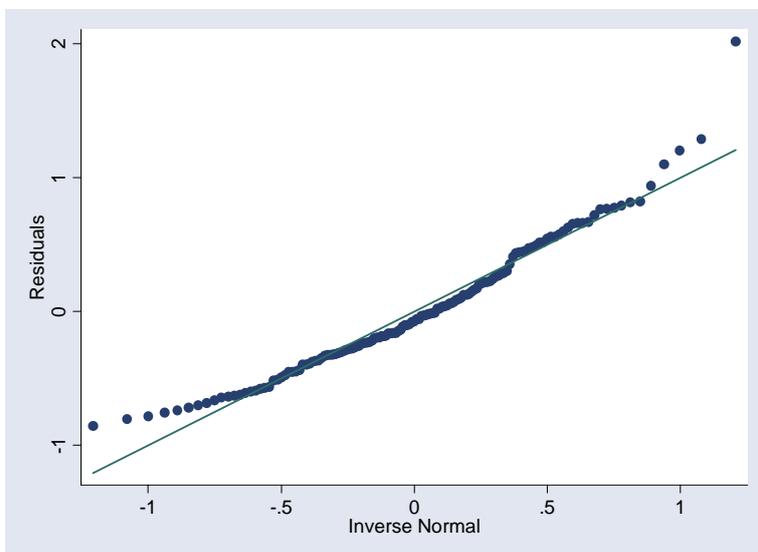
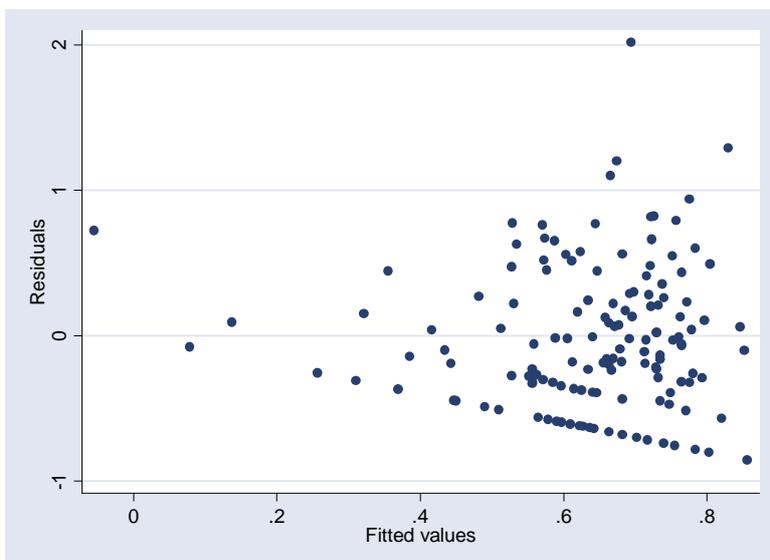


Gráfico de los residuos respecto del valor predicho



Resultados en la prueba de heterocedasticidad

Valor de χ^2	2,47
Valor p para H_0	0,1162

Resultados en la prueba D de Cook para detectar valores extremos influyentes

promedio	0,0075
desviación estándar	0,0190
valor mínimo	< 0,0001
valor máximo	0,1970

Diferencia en la GAF entre el diagnóstico y la entrevista

Resultados para el modelo parsimonioso

El mejor modelo requirió una transformación de esta variable en su inversa (1/diferencia en la GAF entre el diagnóstico y la entrevista), junto con la eliminación de 13 casos, 11 por ser valores extremos y 2 por sistema. Los resultados finales fueron:

Nº de observaciones incluidas = 128
 Valor en la prueba F (3, 124) = 19,64
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,3221
 R² ajustado = 0,3057

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(2)	0,0252	0,0057	0,0139	0,0365	4,40	< 0,001
(8)	0,0007	0,0001	0,0005	0,0009	6,63	< 0,001
(11)	0,0049	0,0022	0,0005	0,0093	2,21	0,029
constante	0,0046	0,0048	- 0,0048	0,1413	0,98	0,331

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(2)	1,08
(8)	1,07
(11)	1,01
VIF promedio	1,05

Prueba W de Shapiro – Wilk para la normalidad de los residuos

Nº de observaciones incluidas = 128
 W = 0,9804
 Valor de z = 1,553
 Valor de p (prueba z) = 0,0602

Coefficiente de asimetría	0,066
Coefficiente de curtosis	0,266

Gráfico normal de probabilidad para los residuos

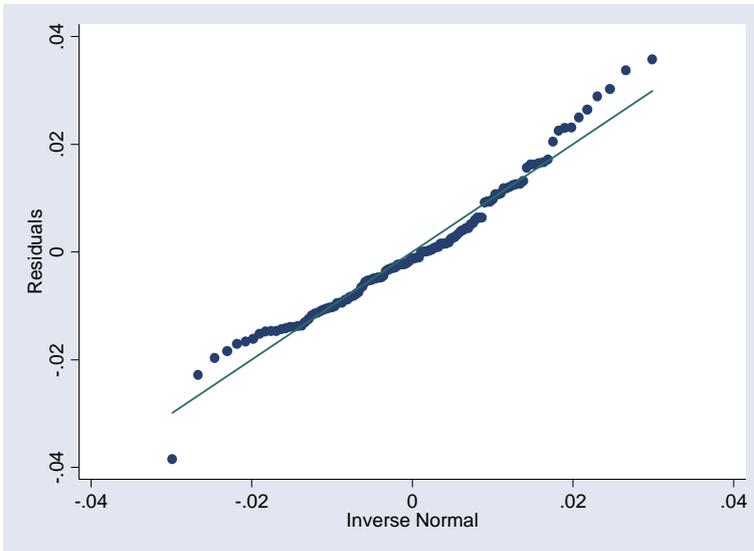
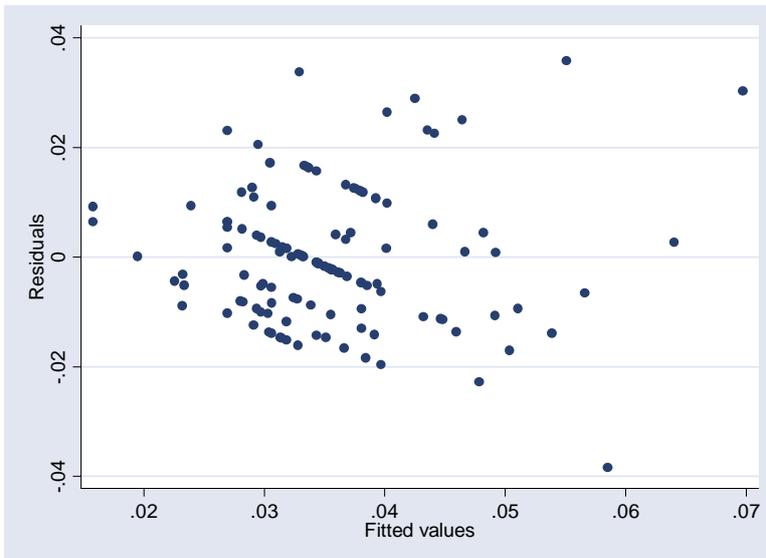


Gráfico de los residuos respecto del valor predicho



Resultados en la prueba de heterocedasticidad

Valor de χ^2	28,73
Valor p para H_0	< 0,0001

Resultados en la prueba D de Cook para detectar valores extremos influyentes

promedio	0,0217
desviación estándar	0,1034
valor mínimo	< 0,0001
valor máximo	0,8205

Valor de la GAF al momento del diagnóstico

Resultados para el modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (3, 137) = 7,52
 Valor p (prueba F) = 0,0008
 R² = 0,0983
 R² ajustado = 0,0852

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(3)	- 1,0953	0,4874	- 2,0592	- 0,1315	- 2,25	0,026
(7)	0,3329	0,1246	0,0866	0,5793	2,67	0,008
constante	33,9786	4,1518	25,7693	42,1878	8,18	<0,001

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(3)	1,04
(7)	1,04
VIF promedio	1,04

Prueba W de Shapiro – Wilk para la normalidad de los residuos

Nº de observaciones incluidas = 141
 W = 0,9554
 Valor de z = 3,602
 Valor de p (prueba z) = 0,0002

Coefficiente de asimetría	< 0,001
Coefficiente de curtosis	0,001

Gráfico normal de probabilidad para los residuos

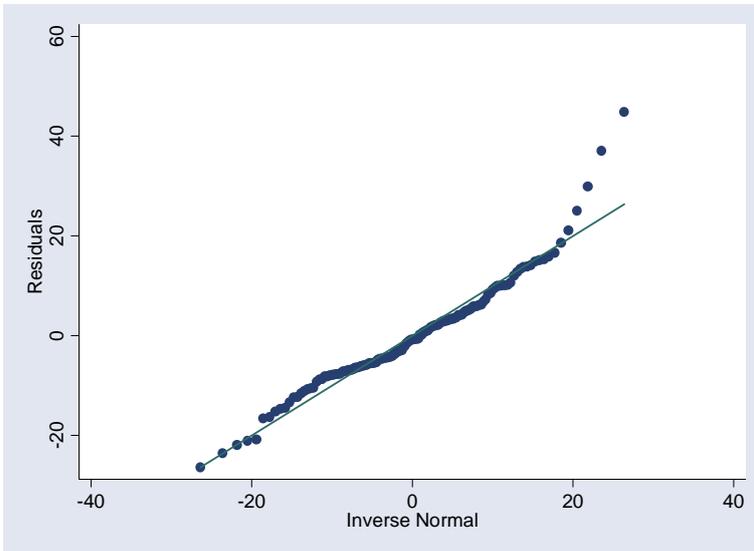
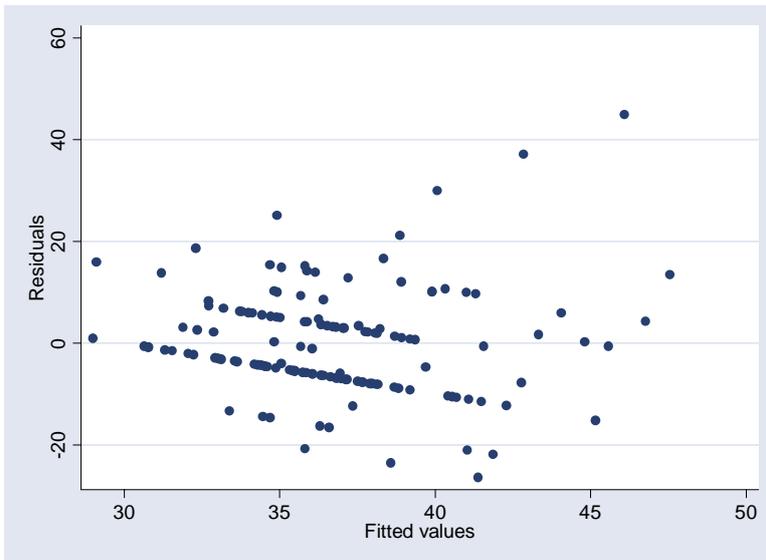


Gráfico de los residuos respecto del valor predicho



Resultados en la prueba de heterocedasticidad

Valor de χ^2	33,09
Valor p para H_0	< 0,0001

Resultados en la prueba D de Cook para detectar valores extremos influyentes

promedio	0,0099
desviación estándar	0,0372
valor mínimo	< 0,0001
valor máximo	0,3925

Edad al momento del diagnóstico

Resultados para el modelo parsimonioso

El mejor modelo requirió la eliminación de 13 casos por presentar valores extremos. Los resultados finales fueron:

Nº de observaciones incluidas = 128
 Valor en la prueba F (2, 125) = 8,64
 Valor p (prueba F) = 0,0003
 R² = 0,1214
 R² ajustado = 0,1074

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(3)	- 0,4436	0,2204	- 0,8798	- 0,0074	- 2,01	0,046
(4)	0,4769	0,1548	0,1706	0,7832	3,08	0,003
constante	19,2127	2,0764	15,1032	23,3223	9,25	< 0,001

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(3)	1,05
(4)	1,05
VIF promedio	1,05

Prueba W de Shapiro – Wilk para la normalidad de los residuos

Nº de observaciones incluidas = 128
 W = 0,9536
 Valor de z = 3,488
 Valor de p (prueba z) = 0,0002

Coefficiente de asimetría	0,003
Coefficiente de curtosis	0,756

Gráfico normal de probabilidad para los residuos

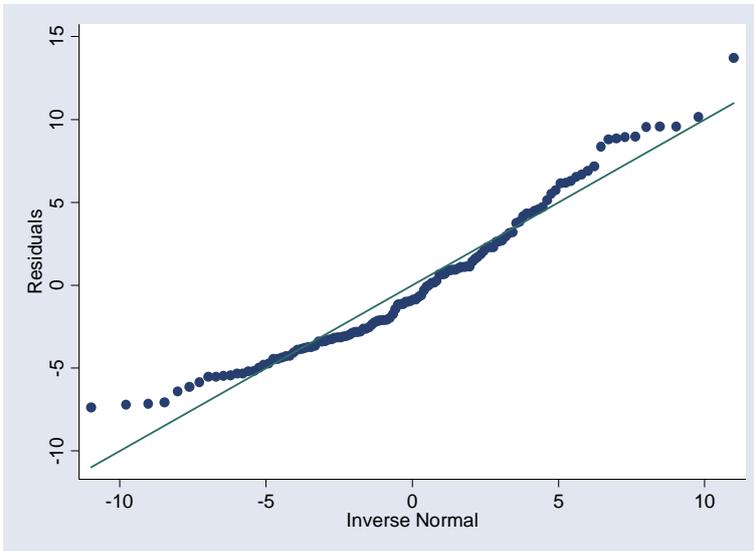
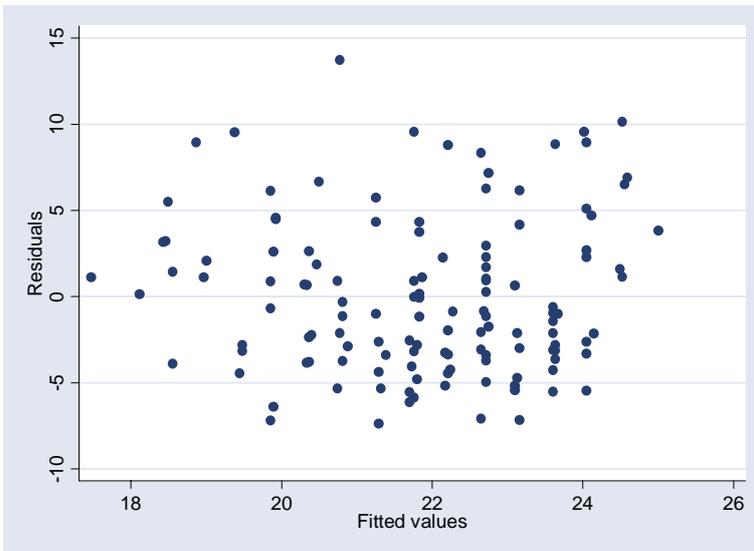


Gráfico de los residuos respecto del valor predicho



Resultados en la prueba de heterocedasticidad

Valor de χ^2	0,36
Valor p para H_0	0,5455

Resultados en la prueba D de Cook para detectar valores extremos influyentes

promedio	0,0083
desviación estándar	0,0149
valor mínimo	< 0,0001
valor máximo	0,0993

ANEXO 5

Descripción del análisis multivariable para el efecto del tipo de red sanitaria sobre el número de necesidades insatisfechas

Resultados del modelo inicial¹⁷

Nº de observaciones incluidas = 141
Valor en la prueba F (19, 121) = 4,64
Valor p (prueba F) = < 0,0001
R² = 0,4217
R² ajustado = 0,3309

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(2)	-	-	-	-	-	-
(3)	0,0093	0,1832	- 0,3533	0,3719	0,05	0,960
(4)	- 0,0432	0,1251	- 0,2909	0,2046	- 0,34	0,731
(7)	- 0,0463	0,0501	- 0,1454	0,0528	- 0,92	0,357
(8)	0,0364	0,0490	- 0,0606	0,1333	0,74	0,459
(9)	0,0985	0,0365	0,0262	0,1708	2,70	0,008
(11)	0,7136	0,6839	- 0,6404	2,0676	1,04	0,299
(14)	0,0983	0,0261	- 0,0466	0,1499	3,76	0,001
(15)	- 0,0014	0,0007	- 0,0028	- 0,0001	- 2,05	0,043
(33)	2,5392	2,5860	- 2,5805	7,6589	0,98	0,328
(34)	0,2057	0,5905	- 0,9633	1,3747	0,35	0,728
(35)	- 0,0239	0,1235	- 0,2685	0,2207	- 0,75	0,847
(36)	0,0045	0,0867	- 0,1671	0,1762	0,05	0,958
(37)	- 0,0089	0,0356	- 0,0793	0,0616	- 0,25	0,950
(38)	0,0314	0,0311	- 0,0302	0,0930	1,01	0,314
(39)	- 0,0072	0,0269	- 0,0605	- 0,0461	- 0,27	0,789
(40)	- 0,0334	0,0209	- 0,0747	0,0079	- 1,60	0,112
(41)	- 0,2050	0,4648	- 1,1251	0,7153	- 0,44	0,660
(42)	- 0,0447	0,0199	- 0,0843	- 0,0052	- 2,24	0,027
constante	- 4,9317	3,7717	- 12,3988	2,5355	- 1,31	0,194

Resultados para el primer modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
Valor en la prueba F (8, 132) = 11,41
Valor p (prueba F) = < 0,0001
R² = 0,4089
R² ajustado = 0,3730

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(8)	0,0271	0,0175	- 0,0076	0,0617	1,55	0,125
(9)	0,0939	0,0264	0,0417	0,1462	3,56	0,001
(11)	0,4207	0,2115	0,0023	0,8391	1,99	0,049
(14)	0,1030	0,0214	- 0,0606	0,1455	4,81	< 0,001
(15)	- 0,0013	0,0006	- 0,0025	- 0,0002	- 2,30	0,023
(33)	2,7020	1,0395	0,6457	4,7583	2,60	0,010
(40)	- 0,0312	0,0164	- 0,0636	0,0013	- 1,90	0,060
(42)	- 0,0468	0,0167	- 0,0799	- 0,0137	- 2,79	0,006
constante	- 5,8186	1,3708	- 8,5302	- 3,1071	- 4,24	< 0,001

¹⁷ Los números que se utilizan fueron descritos en el anexo 1.

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(8)	3,94
(9)	14,67
(11)	1,17
(14)	11,26
(15)	7,20
(33)	25,13
(40)	16,54
(42)	19,51
VIF promedio	12,43

Valores en la correlación de Spearman para cada una de las variables respecto del número de necesidades insatisfechas

Variable	rho de Spearman	valor p
(8)	- 0,2981	0,0003
(9)	0,0176	0,8358
(11)	0,2927	0,0004
(14)	0,3760	< 0,0001
(15)	- 0,1913	0,0231
(40)	- 0,1391	0,1000
(42)	0,1260	0,1364

Resultados para el segundo modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (6, 134) = 13,10
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,3697
 R² ajustado = 0,3415

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(8)	0,0375	0,0169	0,0041	0,0708	2,22	0,028
(9)	0,0617	0,0209	0,0204	0,1031	2,95	0,004
(11)	0,4729	0,2149	0,0478	0,8980	2,20	0,030
(14)	0,0481	0,0075	0,0334	0,0629	6,44	< 0,001
(15)	- 0,0014	0,0006	- 0,0026	- 0,0002	- 2,48	0,015
(33)	- 0,2625	0,2310	- 0,7193	0,1944	- 1,14	0,258
constante	- 2,7199	0,9058	- 4,5114	- 0,9283	- 3,00	0,003

El paso siguiente fue eliminar la variable “tipo de red” (33), con lo cual se vuelve al modelo final que fue descrito para necesidades insatisfechas (ver anexo 2).

ANEXO 6

Descripción del análisis multivariable para el efecto del tipo de red sanitaria sobre la calidad de vida

Resultados del modelo inicial¹⁸

Nº de observaciones incluidas = 141
Valor en la prueba F (19, 121) = 1033
Valor p (prueba F) = < 0,0001
R² = 0,6185
R² ajustado = 0,5586

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(2)	- 0,3628	0,3792	- 1,1135	0,3879	- 0,96	0,341
(3)	- 0,0704	0,1191	- 0,3062	0,1655	- 0,59	0,556
(4)	0,1508	0,0805	- 0,0086	0,3106	1,87	0,064
(7)	- 0,0348	0,0322	- 0,0984	0,0289	- 1,08	0,282
(8)	- 0,0182	0,0271	- 0,0718	0,0354	- 0,67	0,503
(9)	- 0,0126	0,0182	- 0,0487	0,0235	- 0,69	0,492
(11)	- 1,3224	0,6121	- 2,5342	- 0,1106	- 2,16	0,033
(14)	0,0202	0,0241	- 0,0274	0,0679	0,84	0,402
(24)	0,0075	0,0081	- 0,0085	0,0234	0,93	0,356
(33)	0,9551	1,6253	- 2,2626	4,1729	0,59	0,558
(34)	-	-	-	-	-	-
(35)	0,0499	0,0803	- 0,1090	0,2089	0,62	0,535
(36)	- 0,1011	0,0538	- 0,2076	0,0053	- 1,88	0,062
(37)	0,0178	0,0227	- 0,0274	0,0629	0,78	0,437
(38)	0,0399	0,0199	0,0004	0,0794	2,00	0,048
(39)	0,0148	0,0168	- 0,0184	0,0480	0,88	0,379
(40)	0,0146	0,0134	- 0,0120	0,0412	1,09	0,280
(41)	0,3662	0,2976	- 0,2230	0,9553	1,23	0,221
(42)	- 0,0395	0,0145	- 0,0683	- 0,0107	- 2,72	0,008
constante	- 1,4499	2,4262	- 3,3533	6,2531	0,60	0,551

Resultados para el primer modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
Valor en la prueba F (8, 132) = 23,13
Valor p (prueba F) = < 0,0001
R² = 0,5837
R² ajustado = 0,5584

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(4)	0,1646	0,0765	0,0134	0,3158	2,15	0,033
(7)	0,0261	0,0094	0,0075	0,0447	2,77	0,006
(11)	- 0,9343	0,3702	- 1,6666	- 0,2020	- 2,52	0,013
(14)	0,0229	0,0213	- 0,0192	0,0649	1,08	0,284
(24)	0,0103	0,0076	- 0,0046	0,0252	1,36	0,175
(33)	4,0664	0,8214	2,4416	5,6913	4,95	< 0,001
(36)	- 0,1149	0,0511	- 0,2160	- 0,0138	- 2,25	0,026
(42)	- 0,0473	0,0122	- 0,0715	- 0,0231	- 3,87	< 0,001
constante	- 2,1008	1,3695	- 4,8099	0,6083	- 1,53	0,127

¹⁸ Los números que se utilizan para las variables están descritos en el anexo 1.

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(4)	10,71
(7)	1,14
(11)	8,22
(14)	25,37
(24)	15,50
(33)	35,85
(36)	29,90
(42)	23,77
VIF promedio	18,81

Valores en la correlación de Spearman para cada una de las variables respecto del valor de la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV

Variable	rho de Spearman	valor p
(4)	0,2675	0,0013
(7)	0,2136	0,0110
(11)	- 0,3752	< 0,0001
(14)	- 0,5780	< 0,0001
(24)	- 0,4860	< 0,0001
(36)	0,4264	< 0,0001
(42)	0,0015	0,9856

Resultados para el segundo modelo parsimonioso

Nº de observaciones incluidas = 141
 Valor en la prueba F (5, 135) = 30,25
 Valor p (prueba F) = < 0,0001
 R² = 0,5284
 R² ajustado = 0,5109

Variable	β	err. est.	inter. de conf. 95%		t	valor p
(7)	0,0277	0,0098	0,0083	0,0471	2,83	0,005
(11)	- 1,5597	0,3455	- 2,2429	- 0,8765	- 4,51	< 0,001
(14)	- 0,0535	0,0081	- 0,0695	- 0,0374	- 6,59	< 0,001
(33)	0,8710	0,1526	0,5692	1,1728	5,71	< 0,001
(24)	0,0259	0,0066	0,0129	0,0389	3,93	< 0,001
constante	2,7762	0,4841	1,8188	3,7336	5,73	< 0,001

Valores VIF (Factor de Inflación de la Varianza)

Variable	valor VIF
(7)	1,11
(11)	6,46
(14)	3,33
(33)	1,12
(24)	10,61
VIF promedio	4,53

Prueba W de Shapiro – Wilk para la normalidad de los residuos

Nº de observaciones incluidas = 141
W = 0,9867
Valor de z = 0,874
Valor de p (prueba z) = 0,1909

Coefficiente de asimetría	0,2807
Coefficiente de curtosis	3,1465

Gráfico normal de probabilidad para los residuos

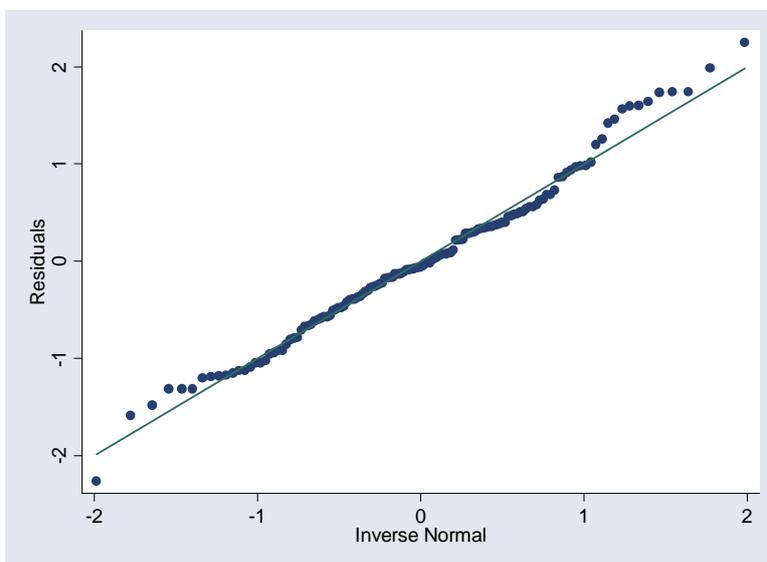
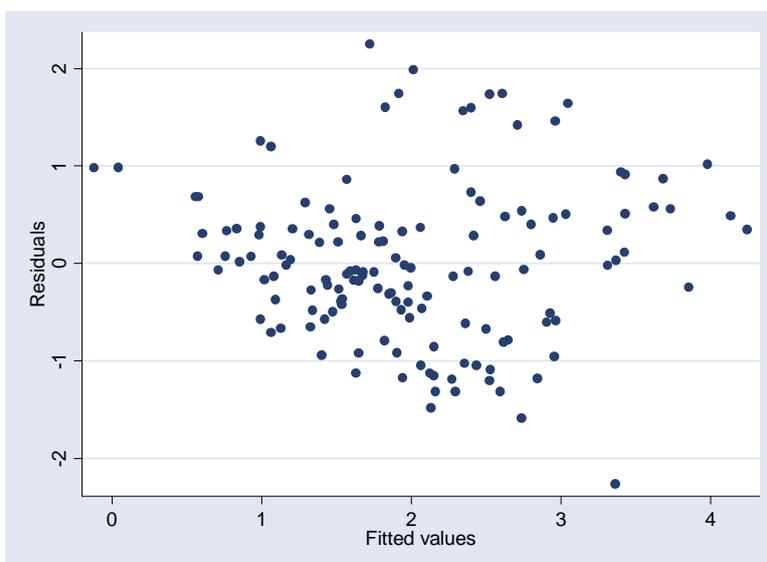


Gráfico de los residuos respecto del valor predicho



Resultados en la prueba de heterocedasticidad

Valor de χ^2	5,76
Valor p para H_0	0,0164

Resultados en la prueba D de Cook para detectar valores extremos influyentes

promedio	0,0099
desviación estándar	0,0443
valor mínimo	< 0,0001
valor máximo	0,5207

