

Factores asociados a mejores resultados en la calidad de vida de personas con esquizofrenia

Autores

Rubén Alvarado

Médico Psiquiatra. Magíster en Salud Pública. PhD en Psiquiatría y Cuidados Comunitarios. Profesor Asistente de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile.

Francisco Torres

Médico Psiquiatra. PhD en Psiquiatría. Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, España.

Berta Moreno

Psicóloga. PhD en Psicología Profesora Asociada, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España.

Claudio Silva

Profesor de Matemáticas. PhD en Bioestadística. Profesor Asociado de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile.

Correspondencia:

Rubén Alvarado
Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Independencia 938. Santiago, Chile.
Teléfono (56-2) 678 6150
ralvarado@med.uchile.cl

Resumen

El objetivo de este trabajo fue evaluar la posible asociación de diferentes factores socio-demográficos, clínicos y asistenciales con el nivel de calidad de vida entre personas que se encuentran en tratamiento por esquizofrenia. La muestra se constituyó con 141 personas que estaban siendo atendidas en 8 redes de servicios de salud mental. La calidad de vida se midió con el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV), construido para personas con esquizofrenia y validado en el país. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple. Los resultados mostraron que las variables clínicas (tasa de recaídas y puntaje en la Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) y asistenciales (intervenciones psicosociales) se asocian en forma directa; en cambio, las variables socio-demográficas (etnia, nivel educacional, número de personas que viven con el paciente) y otras variables clínicas (edad y funcionalidad global en el momento del diagnóstico, cambio en la funcionalidad) se asocian en forma indirecta, a través de las primeras.

Palabras clave

*Calidad de vida
Esquizofrenia*

Summary

The aim of this paper was to assess the possible association between different socio-demographic, clinical and health-care factors with the quality of life level of persons in treatment for schizophrenia. The sample included 141 persons assisted in 8 mental health care networks. Quality of life was measured with the Seville Questionnaire of Quality of Life (CSCV), made for persons with schizophrenia, and validated in the country. A multiple linear regression analysis was carried out. Results showed that clinical variables (relapse rate and Positive and Negative Syndrome Scale–PANSS– score), and health-care issues (psychosocial interventions) are directly. Conversely, socio-demographic variables (ethnic group, educational level, number of persons living with the patient), and other clinical variables (age and global functioning at the moment of diagnosis, changes in functioning), are indirectly linked, through the first set of variables.

Key words

*Quality of life
Schizophrenia*

I. Introducción

La relación de la calidad de vida con la salud se ha transformado en un indicador importante, tanto para medir resultados en la investigación clínica como para la evaluación de los sistemas de atención sanitaria. Esto cobra especial relevancia para los procesos de reforma a la atención psiquiátrica, donde el paso desde una atención centrada en el hospital a una centrada en la comunidad ha cambiado los criterios de evaluación. Se busca ir más allá de los resultados clínicos, para alcanzar un buen grado de satisfacción de necesidades, una buena inserción social y una calidad de vida satisfactoria.

La construcción de teoría en este campo se ha caracterizado por la falta de acuerdos en los modelos conceptuales y el uso de diferentes métodos, lo que dificulta la comparación de los resultados. Sin embargo, Bobes y González¹ revisaron 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 las siguientes 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 ellos¹.

Los estudios sobre factores asociados al nivel de calidad de vida han evolucionado desde los que tienen un diseño transversal a los de cohortes. Esto puede explicar, en parte, los resultados contradictorios que se encuentra.

Los resultados de publicaciones recientes, preferentemente basados en estudios prospectivos, que buscan identificar factores o condiciones asociadas al nivel de calidad de vida de personas con esquizofrenia, se pueden organizar en torno a cuatro ámbitos.

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 vida¹. Browne et al.² 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.³, frente a hallazgos similares, proponen una explicación de tipo sociológica, planteando que habría 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 vida⁴. Uno de los aspectos relacionados con la personalidad que más ha sido estudiado es la autoestima; varios trabajos han señalado la existencia de una fuerte asociación con la calidad de vida^{4,5}. Otros estudios han puesto el acento en dimensiones específicas de la personalidad, como, por ejemplo, que la dimensión “apertura a la novedad” se asocia a una mejor calidad de vida subjetiva⁶.

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 se relaciona con una peor calidad de vida⁷⁻⁹. La condición de estar trabajando es una de las características que se asocia con mayor fuerza a la calidad de vida^{8,10-13}. El apoyo social sería muy importante, en especial, la presencia de amigos cercanos y confidentes, así como el contacto diario con la familia (cuando la persona vive en un hogar protegido)^{4,11,12,14}. 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 vida¹⁵.

Factores clínicos y psicopatológicos. En este caso se ha 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.

Varios estudios recientes reportan asociación entre síntomas ansiosos y depresivos con una peor calidad de vida subjetiva^{5,7,11,16}. 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^{17,18}.

Giner et al.¹⁹ 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 empíricos¹.

Varios estudios han demostrado que los pacientes que tienen más tiempo de evolución de su enfermedad señalan tener una peor calidad de vida¹. 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^{20,21}. Fujii et al.²² encontraron que varios tipos de déficits 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^{1,23} y este efecto podría explicarse en forma directa por la reducción de la psicopatología o en forma indirecta al mejorar el funcionamiento social²⁴. Algunos estudios 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^{25,26}.

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^{1,27-30}.

Como se puede apreciar, hay una diversidad de factores que están relacionados con la calidad de vida en personas con esquizofrenia. Sin embargo, los estudios en países en vías de desarrollo son casi inexistentes, pudiendo presumirse que los contextos sociales y culturales pueden influir de manera diferente sobre la calidad de vida y en los factores que la determinan. Esto nos motivó a estudiar qué factores se asocian a mejores resultados en la calidad de vida en personas que se encuentran en tratamiento por esquizofrenia en Chile,

un país de ingreso medio y que viene desarrollando un proceso de reforma psiquiátrica desde hace más de 10 años.

II. Material y método

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.

Para la selección de la muestra se tomó la totalidad de las personas que estaban siendo atendidas en 8 redes de servicios de salud mental, 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, sin variaciones hasta la fecha de aplicación de la encuesta. Las entrevistas se realizaron durante el año 2005, por lo cual estas personas llevaban entre 2 y 4 años de evolución de su enfermedad desde el momento en que se hizo el diagnóstico por primera vez. Se tuvieron los siguientes criterios de exclusión: a) coexistencia de un retardo mental, de una demencia u otro cuadro orgánico cerebral severo, b) coexistencia de un déficit sensorial (sordera, ceguera u otro) que impida hacer la entrevista, y c) estar actualmente en la cárcel u otro recinto presidiario. La población de referencia para estas 8 redes de servicios fue equivalente 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.

Se identificaron 178 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para este estudio. De estos, 33 rechazaron ser entrevistados (lo que corresponde a un 18,5% sobre el total de casos identificados). En 4 de las 145 personas que fueron entrevistadas, no se pudo aplicar los cuestionarios en forma completa. La muestra definitiva quedó conformada por 141 personas. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado antes de ingresar al estudio. Junto con la entrevista a los pacientes, se obtuvo información de la

ficha clínica y del equipo tratante, previa autorización del paciente.

Para este estudio se consideró la siguiente información:

Datos socio-demográficos. Sexo, edad, identificación con una minoría étnica, número de personas que conforman su grupo familiar, número de años de estudio (último curso aprobado), condición laboral (tener un trabajo estable o no).

Antecedentes clínicos y de las atenciones recibidas. Edad en el momento en que se realiza el diagnóstico de esquizofrenia por primera vez, nivel de funcionamiento global en el momento del diagnóstico (GAF)³¹, tasa anual de recaídas, número de hospitalizaciones durante el tiempo de evolución, variación en el funcionamiento global (GAF) entre el diagnóstico y la entrevista, y el número de intervenciones psicosociales (psicoterapia, psicoeducación, etc.) que había recibido durante estos años de evolución.

Para medir el apoyo social se utilizó la Escala de Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California, que 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.)³². En Chile se ha estudiado su validez discriminante al contrastar sus resultados entre personas con un trastorno emocional y un control, observando diferencias significativas en la puntuación del apoyo real³³. Igualmente, se ha valorado su validez convergente con la escala de balance afectivo, encontrándose resultados significativos en la correlación³⁴.

Para evaluar el estado clínico en el momento de la entrevista se utilizó la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), que 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 S. R. Kay et al.³⁵ y consta de 30 ítems.

Para evaluar la calidad de vida se usó el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV), que 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 y se construyó considerando diferentes ámbitos relevantes para la vida de estas personas. Esta escala está compuesta de dos dimensiones: a) aspectos satisfactorios o positivos de la calidad de vida y b) aspectos insatisfactorios o negativos de la calidad de vida³⁶. En Chile, Alvarado y Muñoz³⁷ han estudiado las propiedades psicométricas de este cuestionario en una muestra de personas con un trastorno mental severo (en su gran mayoría con diagnóstico de esquizofrenia), reportando una buena correlación ítem-dimensión, 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. Para este estudio se construyó una razón con los puntajes ponderados en los aspectos positivos/aspectos negativos, de forma que en los valores superiores a 1 predominan los aspectos favorables y en los valores inferiores a 1 predominan los aspectos desfavorables.

Para el análisis de los datos, se comenzó con una descripción general de las variables, para luego proseguir con un análisis multivariable basado en la construcción de varios modelos de regresión lineal múltiple, teniendo como variable dependiente la razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV. Dado que las variables consideradas corresponden a diferentes momentos, se procedió a confeccionar varios modelos de regresión lineal múltiple para aquellas variables que resultaron significativas, partiendo por las que habían sido incluidas en los modelos finales que resultaron en los análisis previos. De esta forma y con el análisis llevado de esta manera, se culmina con una propuesta de un modelo de factores que se asocian en forma directa e indirecta con la calidad de vida en estas personas.

III. Resultados

Descripción de las variables

Características socio-demográficas. Estos datos se presentan en la Tabla 1. La muestra definitiva estuvo constituida por 141 personas, 96 de las cuales fueron varones (68,1%) y 45, mujeres (31,9%). El promedio de edad fue de $27,2 \pm 7,6$ años; con un rango que fluctuó entre los 17 y 55 años. Respecto del estado civil, 131 pacientes eran solteros (92,9%), 6 estaban casados en el momento de la entrevista (4,3%) y 4 estaban separados (2,8%).

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 y un rango entre 1 y 10 personas.

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

Respecto del nivel educacional, el promedio de años de enseñanza completos fue de $9,9 \pm 2,8$; la mediana estuvo en 10 años y un rango que fluctuó entre 1 y 17 años.

En relación con la situación ocupacional de los pacientes, en el momento de la entrevista solo 9,9% estaba estudiando, un 19,1% tenía trabajo ocasional, 9,2% contaba con un trabajo estable y 45,4% de los pacientes estaba cesante.

Antecedentes clínicos y atenciones recibidas. Los datos de este acápite se muestran en la Tabla 2. Respecto de la edad del paciente en el momento en que se realiza el diagnóstico por primera vez, el promedio estuvo en $23,7 \pm 7,5$ años, con un rango entre 13 y 51 años.

En cuanto al GAF en el momento del diagnóstico, el promedio fue de $36,8 \pm 11,3$ puntos; la mediana se ubicó en 35 puntos y el rango fluctuó entre los 15 y 91 puntos. Respecto de la variación del GAF entre el diagnóstico y la entrevista, se observó un

Sexo	
▪ hombre	96 (68,1%)
▪ mujer	45 (31,9%)
Edad	
▪ promedio	27,2 ± 7,6 años
▪ mediana	25 años
▪ rango	entre 17 y 55 años
Estado civil	
▪ soltero	131 (92,9%)
▪ casado	6 (4,3%)
▪ separado	4 (2,8%)
Nº de personas del grupo familiar	
▪ mediana	5 personas
▪ rango	entre 1 y 10 personas
Identificación étnica	
▪ se considera chileno	136 (96,5%)
▪ se considera parte una minoría étnica	5 (3,5%)
Nivel educacional (años de estudio)	
▪ promedio	9,9 ± 2,8 años
▪ mediana	10 años
▪ rango	entre 1 y 17 años
Situación ocupacional	
▪ estudiante	14 (9,9%)
▪ con trabajo estable	13 (9,2%)
▪ con trabajo ocasional	27 (19,1%)
▪ cesante	64 (45,4%)
▪ otra	23 (16,3%)
Apoyo social	
▪ promedio	10,7 ± 6,6 puntos
▪ mediana	10 puntos
▪ rango	entre 0 y 27 puntos

Tabla 1

Características socio-demográficas de personas con diagnóstico de esquizofrenia atendidas en 8 redes de Servicios de Salud Mental, en Chile (n = 141)

Edad en el momento del diagnóstico	
▪ promedio	23,7 ± 7,5 años
▪ mediana	21,5 años
▪ rango	entre 13 y 51 años
GAF en el momento del diagnóstico	
▪ promedio	36,8 ± 11,3 puntos
▪ mediana	35 puntos
▪ rango	entre 15 y 91 puntos
Tasa anual de recaídas	
▪ promedio	0,6 ± 0,5 recaídas
▪ mediana	0,5 recaídas
▪ rango	entre 0 y 2,7 recaídas
Episodios de hospitalización	
▪ promedio	1,4 ± 1,4 hospitalizaciones
▪ mediana	1 hospitalización
▪ rango	entre 0 y 8 hospitalizaciones
Variación en la escala de GAF	
▪ aumenta	138 (97,9%)
▪ no varía	2 (1,4%)
▪ empeora	1 (0,7%)
Nº de intervenciones psicosociales	
▪ ninguna	31 (22,0%)
▪ una	17 (12,1%)
▪ dos	23 (16,3%)
▪ tres	34 (24,1%)
▪ cuatro	36 (25,5%)
Puntaje en la PANSS	
▪ promedio	45,3 ± 15,7 puntos
▪ mediana	40 puntos
▪ rango	entre 30 y 123 puntos

Tabla 2

Características de la evolución clínica y de los tratamientos recibidos, en personas con diagnóstico de esquizofrenia atendidas en 8 redes de Servicios de Salud Mental, en Chile (n = 141)

incremento del funcionamiento global, cuyo valor promedio del cambio fue de 31,7 puntos. En 138 casos (97,9%) se detectó un aumento en la puntuación del GAF; solo en un caso hubo una disminución de la puntuación en este indicador (0,7%) y en otros dos casos no varió la puntuación (1,4%).

Respecto de la evolución clínica de los pacientes, se observó que solo 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 $2,1 \pm 1,6$ episodios de recaída. La tasa anual de episodios de recaída tuvo un promedio de $0,6 \pm 0,5$ episodios; la mediana estuvo en 0,5 episodios, con un rango que fluctuó entre 0 y 2,7.

Se observó un promedio de $1,4 \pm 1,4$ episodios de hospitalización por paciente, con una mediana de 1 hospitalización y un rango entre 0 y 8. Solo 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 las intervenciones psicosociales, la más utilizada fue 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 la Tabla 2 se muestra la distribución de los pacientes de acuerdo con el número de diferentes tipos de intervenciones psicosociales en las que participaron. Se puede apreciar que 22,0% no tuvo ningún tipo de intervención psicosocial y 25,5% tuvo los cuatro tipos que fueron estudiados.

Apoyo social. Para esta escala se encontró un promedio de 10,7 puntos con una desviación estándar de 6,6 puntos; la mediana estuvo en 10 puntos y el rango fluctuó entre 0 y 27 puntos.

Estado clínico en el momento de la entrevista. En la Tabla 2 también se presentan los resultados para las diferentes subescalas

de la PANSS y para el valor total. Para este último indicador, se puede observar que el grupo obtuvo un promedio de $45,3 \pm 15,7$ puntos, con una mediana en 40 y un rango que fluctuó entre los 30 y 123 puntos.

Calidad de vida. En la subescala de aspectos favorables el promedio fue de $47,7 \pm 12,8$ puntos; la mediana se ubicó en 50 puntos, con un rango entre 17 y 65 puntos. En cuanto a la subescala de aspectos desfavorables, el promedio fue de $103,1 \pm 40,3$ puntos; la mediana se ubicó en 96 puntos, y el rango fluctuó entre 46 y 224 puntos.

Para la razón entre la subescala de aspectos favorables y la subescala de aspectos desfavorables del CSCV el promedio fue de $2,0 \pm 1,2$; la mediana se ubicó en 1,6 y el rango fluctuó entre 0,3 y 5,0.

Análisis multivariable para la calidad de vida

Para la construcción de los diferentes modelos de regresión lineal múltiple se dieron los siguientes pasos: a) construcción de un modelo inicial que contenga todas las variables principales y sus posibles interacciones, b) identificar modelo parsimonioso (con el menor número de variables que explique la varianza) preliminar, c) analizar la presencia de multicolinealidad (indicador VIF) y el cumplimiento de los supuestos de este modelo (linealidad, homocedasticidad, etc.), d) estudiar la posible existencia de valores influyentes, y e) establecer el modelo parsimonioso definitivo.

El modelo final para el indicador de calidad de vida (razón de aspectos favorables / aspectos desfavorables del CSCV) tenía un R^2 de 0,4207 (con un $p < 0,001$) e incorporaba 3 variables principales (la tasa anual de recaídas, el número de intervenciones psicosociales y la puntuación en la PANSS) y una interacción entre la tasa de recaídas y el puntaje en la PANSS.

Por su parte, el modelo final para el puntaje en la PANSS tenía un R^2 de 0,3582 (con un $p < 0,001$) y estaba compuesto por 5 varia-

bles principales: el número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente, el número de años de estudio en el momento del diagnóstico, la puntuación en el GAF en el momento del diagnóstico, la variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista, y la tasa de recaídas por año.

A su vez, el modelo final para la tasa anual de recaídas tenía un R^2 de 0,0795 (con un $p = 0,033$) y estaba compuesto por 2 variables principales: la edad del paciente en el momento del diagnóstico y la puntuación en el GAF en ese mismo momento.

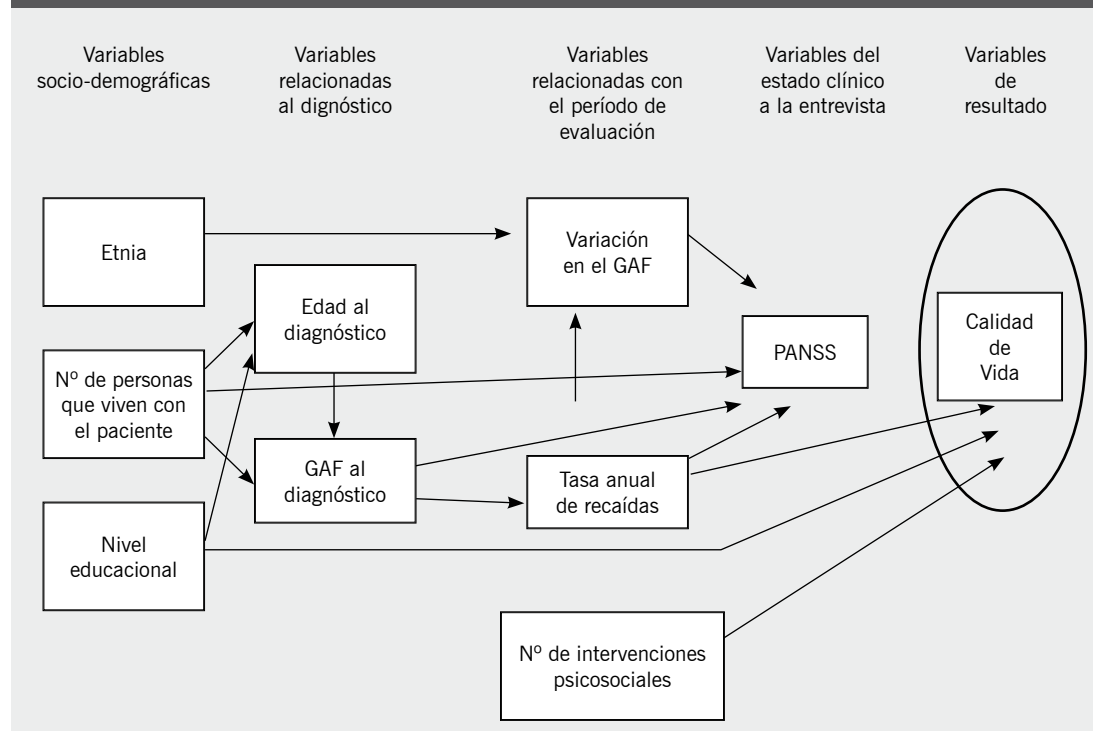
En el caso de la puntuación en el GAF en el momento del diagnóstico, el modelo final obtenido poseía un R^2 de 0,0983 (con un $p = 0,001$) y estaba compuesto por 2 variables principales: la edad del paciente en el momento del diagnóstico y el número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente.

Respecto de la variación en el GAF entre el diagnóstico y la entrevista, se obtuvo un modelo final con un R^2 de 0,3221 (con un $p < 0,001$) y estaba compuesto por 3 variables principales: la identificación étnica, la puntuación en el GAF en el momento del diagnóstico y la tasa de recaídas por año.

Finalmente, para la edad del paciente en el momento del diagnóstico se obtuvo un modelo con un R^2 de 0,1214 (con un $p < 0,001$) y estaba compuesto por 2 variables principales: el número de años de estudio en el momento del diagnóstico y el número de personas que viven bajo el mismo techo con el paciente.

En síntesis, se pudo identificar diferentes variables que corresponden al ámbito socio-económico, a la evolución clínica y a las intervenciones recibidas que se asocian con el nivel de calidad de vida. Algunas de estas variables se asocian en forma directa y otras lo hacen en forma indirecta (a través de otras variables). En la Figura 1 se representan estas asociaciones.

Figura 1 | Factores asociados con el nivel de calidad de vida en personas en tratamiento por esquizofrenia (n = 141)



IV. Discusión

Un primer aspecto que merece discusión son los puntajes obtenidos en las subescalas del CSCV y donde los resultados de este trabajo son posibles de comparar con el estudio original en el cual este cuestionario fue validado para Chile³⁷. 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 $116,5 \pm 42,7$ puntos. La comparación de estos datos con los resultados del actual trabajo, permite observar que en esta 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. Esto podría explicarse porque en el estudio de validación de este instrumento se utilizó un grupo de pacientes que llevaban más años de evolución con su enfermedad y en los cuales sería esperable un mayor deterioro de su calidad de vida.

Por otra parte, los resultados de este estudio mostraron una asociación 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. Y 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 en el momento del diagnóstico, con la funcionalidad global en el momento del diagnóstico y con la variación del puntaje en la escala de GAF (entre el diagnóstico y la entrevista). En este estudio no se encontró asociación con tener un trabajo remunerado ni con el nivel de apoyo social.

Relacionado con esto último, 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 expresa la importancia que juegan las condiciones sociales y culturales en la determinación de esta, aunque explica una proporción menor de

la varianza en las puntuaciones obtenidas en las escalas de calidad de vida subjetiva^{4,12}.

A su vez, los resultados del presente trabajo 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^{4,38}. Giner et al.¹⁹ 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 hallados en esta investigación, 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 enfermedad¹. En este estudio 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.

Por otro lado, varios estudios han demostrado que los pacientes atendidos en modelos asistenciales basados en la comunidad logran mejores resultados en las mediciones de calidad de vida y que esto podría estar relacionado con un mayor énfasis en las intervenciones psicosociales^{1, 27-30}. En nuestro caso no fue así, ya que se encontró una asociación entre recibir un mayor número de intervenciones psicosociales y referir una peor calidad de vida. Sin embargo, estos resultados pueden ser explicados porque los pacientes atendidos en las redes de servicios más comunitarios logran una mejor adherencia, a pesar de tener peores condiciones sociales. Pero otra explicación posible es que las intervenciones psicosociales no se estén entregando con la suficiente calidad, ya sea por carencia de recursos o falta de entrenamiento, lo cual debería ser explorado en estudios posteriores.

Creemos que la construcción de un modelo explicativo del nivel de calidad de vida que incorpora variables socio-demográficas, clínicas y asistenciales, a través de asociaciones directas e indirectas, es un aporte de este trabajo, ya

que permite 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 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 diacrónica.

Finalmente, los resultados obtenidos reflejan lo que está sucediendo con los pacientes esquizofrénicos de reciente diagnóstico en el sistema actual y son útiles para quienes generan e implementan las políticas sanitarias en este campo. Dado que la política en salud mental en Chile avanza hacia el desarrollo de un modelo más centrado en la comunidad, los resultados y conclusiones serán aplicables progresivamente al resto del país en los años venideros.

Referencias bibliográficas

1. **Bobes J, González MP.** Calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson; 2000, pp. 157-169.
2. **Browne S, Roe M, Lane A et al.** Quality of life in schizophrenia: relationships to socio-demographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94:118-124.
3. **Salokangas R, Honkonen T, Sten-gard E, Koivisto A.** To be or not to be married-that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36:381-390.
4. **Hansson L.** Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(Suppl 429):46-50.
5. **Ruggeri M, Nosé M, Bonetto Ch et al.** Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. *Br J Psychiatry* 2005; 187:121-130.
6. **Ritsner M, Farkas H, Gibel A.** Satisfaction with quality of life varies with temperamental types of patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191:668-674.
7. **UK700 Group.** Predictors of quality of life in people with severe mental illness. Study methodology with baseline analysis in the UK700 trial. *Br J Psychiatry* 1999; 175:426-432.
8. **Ruggeri M, Lasalvia A, Tansella M et al.** Heterogeneity of outcomes in schizophrenia. 3-years follow-up of treated prevalent cases. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 48-57.
9. **Slade M, Leese M, Cahill Sh, Thornicroft G, Kuipers E.** Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *Br J Psychiatry* 2005; 187:256-261.
10. **Marwaha S, Johnson S.** Schizophrenia and employment: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:337-349.
11. **Gaite L, Vásquez-Barquero JL, Borra C et al.** Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105:283-292.
12. **Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiament PP, De Vries J.** Relationship between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40:588-594.
13. **Araújo de Souza L, Silva E.** The quality of life of people with schizophrenia living in community in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:347-356.
14. **Tan H-Y, Choo W-Ch, Doshi S, Lim L, Kua EH.** A community study of the

health-related quality of life of schizophrenia and general practice outpatients in Singapore. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:106-112.

15. **Katchnig H.** Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(Suppl 407):33-37.
16. **Kunikata H, Mino Y, Nakajima K.** Quality of life of schizophrenia patients living in the community: the relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59:163-169.
17. **Atkinson M, Zibin S, Chuang H.** Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry* 1997; 154:99-105.
18. **Becker M, Diamond R.** 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; 2000, pp. 115-128.
19. **Giner J, Ibáñez E, Cervera S, San Martín A, Caballero R.** Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29:233-242.
20. **Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E.** Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 176:173-176.
21. **Malla AK, Norman RMG, McLean TS et al.** Determinants of quality of life in first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:46-54.
22. **Fujii DE, Wylie AM, Nathan JH.** Neurocognition and long-term prediction of quality of life in outpatients with severe and persistent mental illness. *Schizophr Res* 2004; 69:67-73.
23. **Awad AG, Voruganti LN.** Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull* 2000; 26:557-564.
24. **Angermeyer MC, Kilian R.** 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; 2000, pp. 19-29.
25. **Rosenheck R, Perlick D, Bingham S et al.** Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290:2693-2672.
26. **Kilian R, Dietrich S, Toumi M, Angermeyer MC.** Quality of life in persons with schizophrenia in out-patient treatment with first or second generation antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110:108-118.
27. **Rosenfield S.** Factors contributing to the subjective quality of life of the chronically mentally ill. *J Health Soc Behavior* 1992; 33:299-315.
28. **Barry MM, Crosby Ch.** Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1996; 168:210-216.
29. **Leff J.** 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; 2000, pp. 231-242.
30. **Chan G, Ungvari G, Shek D, Leung J.** Hospital and community-based care for patients with chronic schizophrenia in Hong Kong. Quality of life and its correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:196-203.
31. **Goldman HH, Skodol AE, Lave TR.** Revising Axis V for DSM-IV: a review of measurement of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1148-1156.

- 32. Páez D.** 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; 1982, pp. 83-127.
- 33. Alvarado R, Asún D, Alfaro A y cols.** Comparación de variables psico-sociales entre un grupo con trastornos emocionales y uno control. Rev Psiquiatría 1992; 9:1141-1152.
- 34. Alvarado R, Vera A.** La Escala de Balance Afectivo y su relación con algunas variables psicosociales. Rev Psiquiatría 1995; 12:174-178.
- 35. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA.** The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13:261-276.
- 36. Giner J, Ibáñez E, Baca E, Bobes J, Leal C, Cervera S.** Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1997; 25(Suppl 2):11-23.
- 37. Alvarado R, Muñoz K.** Estudio psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la Calidad de Vida en personas con Trastornos Mentales Severos, en una muestra chilena. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2006; 44:249-257.
- 38. Leal C, Cervera S, Giner J, Ibáñez E, Baca E, Bobes J.** Psicopatología y calidad de vida. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1997; 25(Suppl 2):32-36.