



ORIGINAL BREVE

Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile

Alejandra Caqueo-Urizar^{a,*}, José Gutiérrez-Maldonado^b,
Marta Ferrer-García^b y Paula Fernández-Dávila^a

^a Departamento de Filosofía y Psicología, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile

^b Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 26 de agosto de 2011; aceptado el 31 de enero de 2012

Disponible en Internet el 24 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida;
Esquizofrenia;
Etnia aymara;
Comunidad

KEYWORDS

Quality of life;
Schizophrenia;
Aymaran ethnicity;
community.

Resumen

Objetivo: Se describe la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia con ascendencia aymara, analizando la presencia de diferencias con pacientes de ascendencia no originaria.

Método: Participaron 45 pacientes atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile. Se utilizó la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), y el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSVV).

Resultados: Los pacientes del estudio mostraron niveles moderados de calidad de vida, con una fuerte relación con el síndrome negativo y la psicopatología general del trastorno, no hallando diferencias significativas en las dimensiones de la calidad de vida en función de la ascendencia étnica. Los resultados encontrados evidencian que la integración de los pacientes a los servicios de salud comunitarios se asocia positivamente a la valoración que hacen respecto a su calidad de vida, siendo fundamental considerar la integración de los cuidadores en los tratamientos administrados.

© 2011 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Quality of life of schizophrenia patients of aymaran ethnic background in the north of Chile

Abstract

Objective: To describe the quality of life of patients of Aymaran descent with schizophrenia and analyse the differences with patients of non-Aymaran descent.

Method: The study included 45 patients who attended the Mental Health Services in Arica, Chile. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and the Seville Quality of Life Questionnaire (SQoLQ) were used.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acaqueo@uta.cl (A. Caqueo-Urizar).

Results: The patients of the study showed moderate quality of life levels, with a strong association with the negative syndrome and the general psychopathology of the disorder. No significant differences were found in the quality of life dimensions as regards ethnic background.

Conclusions: The results found demonstrate that the integration of patients in the Community Health Services is positively associated as regards their quality of life. The integration of the caregivers is considered essential in the treatments administered.

© 2011 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La incidencia de esquizofrenia en Chile se puede calcular en doce casos nuevos por cada cien mil habitantes por año, observando que 5 de cada 1.000 personas mayores de 15 años presentan esta patología¹. En las regiones de Arica-Parinacota y Santiago de Chile es donde existe una mayor prevalencia de esquizofrenia². En la primera, ubicada en la franja precordillerana y altiplánica, es en donde se encuentra la mayor concentración de población aymara del país. Los aymaras son indígenas dedicados principalmente al pastoreo y agricultura aunque en la actualidad muchos de ellos se han visto obligados a emigrar a las ciudades en busca de mejores oportunidades laborales.

Los cambios culturales, sociales y económicos a los que ha tenido que hacer frente esta población en los últimos tiempos a menudo entran en conflicto con la concepción de equilibrio y armonía propios de la cosmovisión andina. Para los aymaras, el mundo se ordena en base a 3 dimensiones: las relaciones sociales, la relación con las «divinidades» y la relación con la naturaleza. Estas 3 dimensiones están íntimamente entrelazadas y su comprensión del universo se articula en torno a los ritmos cíclicos de la naturaleza y al calendario ritual que los aymaras han adecuado a dichos ritmos naturales. Los aymaras no se ven a sí mismos como dueños de la naturaleza sino como parte intrínseca de ella y conciben «el buen vivir» como un caminar en armonía. Sin embargo, no se puede hablar sencillamente de «la tradición aymara» como un conjunto homogéneo y aislado. La tradición aymara está cambiando y debe adaptarse a los nuevos tiempos y las nuevas circunstancias^{3,4}. Así, la ética aymara fundamentada en la vivencia comunitaria entra en conflicto con la ética que se ha vuelto hegemónica en occidente basada en el individualismo y el logro personal. Este proceso de aculturación que viven las personas pertenecientes a etnia aymara podría tener como consecuencia desajustes emocionales importantes. La esquizofrenia, además de la sintomatología clínica propia del trastorno, implica un importante coste económico y social para aquel que la padece y sus allegados, así como un alto grado de estigmatización que afecta severamente su calidad de vida⁵. Teniendo esto en cuenta, se ha hecho necesario contemplar la calidad de vida percibida como parte de la evaluación de los resultados del tratamiento administrado a pacientes con esquizofrenia⁶.

La calidad de vida tiene una naturaleza esencialmente subjetiva, existiendo numerosos factores asociados a este constructo, entre ellos, la salud física y emocional, el bienestar psicológico y social, el cumplimiento de las expectativas y objetivos personales, la seguridad económica

y la capacidad funcional para desarrollar de forma normalizada las actividades de la vida diaria⁷⁻⁹. En base a lo anterior, cabe mencionar que el constructo calidad de vida engloba 2 dimensiones cualitativamente distintas correspondientes a la dimensión objetiva, referida a las condiciones de vida, y la dimensión subjetiva, referida a la valoración personal que realizan los sujetos respecto a sus condiciones de vida¹⁰.

Estudios realizados sobre la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia durante la última década^{7,8} encuentran que estas personas reportan una peor calidad de vida que la población general y otros pacientes con enfermedades físicas. Por otra parte, las mujeres, los jóvenes y las personas con alto nivel educativo refieren mejor calidad de vida. En relación al género existe evidencia respecto a que las mujeres casadas y en convivencia con sus cónyuges en la comunidad, junto con varones que conviven con sus parejas, recibiendo apoyo de estas, presentan mejores condiciones de vida y funcionamiento social^{11,12}.

También se ha constatado que un mayor tiempo de evolución y severidad de los síntomas correlaciona con una baja calidad de vida¹³, encontrando 3 variables implicadas: los síntomas ansiosos y depresivos, la sintomatología positiva y la sintomatología negativa. De todas ellas, la presencia de síntomas negativos es la que correlaciona en mayor medida con una peor calidad de vida⁸⁻¹³. Respecto a la influencia de las características de personalidad en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, se menciona que características como «apertura a la novedad» y una alta autoestima se asocian a una mejor calidad de vida subjetiva, al ejercer un rol mediador entre los síntomas ansiosos y depresivos^{14,15}.

En referencia a las condiciones sociales de los pacientes, la literatura indica que gozar de empleo o ejercer algún tipo de ocupación está asociado a una mejor calidad de vida¹⁶. A su vez, disponer de una buena red de apoyo social derivado de personas significativas como familiares y amigos cercanos, mejora significativamente la calidad de vida subjetiva de los pacientes ya que sienten aumentada su capacidad para hacer frente y adaptarse a la vida diaria y a los acontecimientos estresantes¹⁷⁻²¹.

Finalmente, y desde un punto más positivo, la combinación de tratamientos farmacológicos y psicosociales, una ocupación y estrategias de afrontamiento orientados a la tarea, mejoran los niveles de calidad de vida en estas personas^{6,13,14,16-21}.

Considerando la adscripción a un pueblo originario, se observa que la mayoría de las personas pertenecientes a una minoría étnica presentan menos apoyo social, menor información respecto a los recursos comunitarios, barreras

Tabla 1 Características socio-demográficas de pacientes Aymaras y no Aymaras

Etnia paciente	Aymara (n = 26)		No Aymara (n = 19)	
Variables socio-demográficas				
<i>Edad</i>	36,1 años (d.t. 12,6)		47,9 años (d.t. 13,2)	
<i>Sexo</i>				
Hombre	26	100%		0%
Mujer		0%	19	100%
<i>Estado Civil</i>				
Casado	2	7,7%	3	15,8%
Soltero	24	92,3%	15	78,9%
Separado		0%	0	0%
Viudo		0%	1	5,3%
<i>N. Educativo</i>				
Básico	2	7,7%	5	26,3%
Medio	16	61,5%	7	36,8%
Superior	6	23,1%	6	31,6%
Técnico	2	7,7%	1	5,3%
Sin estudios		0%	0	0%
<i>Ocupación</i>				
Obrero	2	7,7%	16	52,6%
Estudiante	4	15,4%	2	0%
Empleado	1	3,8%	1	5,3%
Profesional		0%	2	0%
Sin ocupación	19	73,1%	10	42,1%
<i>Religión</i>				
Católica	10	38,5%	13	68,4%
Otra	11	42,3%	5	26,3%
Sin religion	5	19,2%	1	5,3%
<i>Pensión</i>				
Pensionado	24	92,3%	15	78,9%
No Pensionado	2	7,7%	4	21,1%
<i>Centro de Salud Mental</i>				
ESSMA Norte	11	42,3%	5	26,3%
ESSMA Sur	15	57,7%	14	73,7%

lingüísticas además de un bajo nivel socioeconómico³. Dado que la mayoría de las investigaciones provienen de países desarrollados con características socioeconómicas diferentes a las características del pueblo aymara, consideramos necesario profundizar en la calidad de vida en pacientes psicóticos pertenecientes a la mencionada minoría étnica, siendo este el objetivo central del este estudio.

Método

Sujetos participaron en el estudio 45 pacientes divididos en 2 grupos: etnia aymara ($N=26$) y etnia no originaria ($N=19$). Se consideraron como pacientes aymaras aquellos que se auto adscribieron a dicha etnia, constituyendo el 57,8% de la muestra total. Las características sociodemográficas de pacientes con ascendencia étnica y sin ascendencia étnica se describen en la [tabla 1](#).

Instrumentos

*Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS)*²²: su utilidad radica en la valoración de la severidad de los síntomas

y en la monitorización de la respuesta al tratamiento. La escala se aplica mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Está formada por 3 subescalas: la *positiva* (PANSS-P) de 7 ítems que evalúa aquellos síntomas como alucinaciones y trastornos del pensamiento, la *negativa* (PANSS-N) también de 7 que mide síntomas de desmotivación y reducción de la emoción y la de *psicopatología general* (PANSS-PG) de 16 ítems que mide la presencia de depresión o ansiedad. Se acepta una cuarta escala, la llamada *compuesta* (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva. El instrumento ha sido traducido y validado en España por Peralta y Cuesta (1994). Sus propiedades psicométricas presentan buena validez inter-observador y de constructo, elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest. El coeficiente de correlación intra-clase es de alrededor de 0,80 para las 3 subescalas.

*Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)*²³: compuesto por 59 ítems, divididos en 2 escalas: Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F) compuesta por 13 ítems que

evalúan aspectos agradables o positivos de la calidad de vida y la Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D) compuesta por 46 ítems que evalúan aspectos desagradables o negativos de la calidad de vida. Su escala de respuesta corresponde a una escala tipo Likert de 5 puntos, que abarca desde 1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo. Este instrumento ha sido validado en Chile, presentando una elevada consistencia interna dentro de cada escala (alpha de Cronbach de 0,89 y de 0,95 en las dimensiones de aspectos desfavorables y favorables)²⁴.

Procedimiento

En la selección de los participantes en el estudio se contemplaron los siguientes criterios de exclusión: presencia de algún cuadro de base orgánica, presencia de trastorno por abuso de sustancia psicoactivas, presencia de algún trastorno de tipo sensorial o cognitivo, y trastorno psiquiátrico presente en alguno de los cuidadores.

Previo a la aplicación de los instrumentos, los participantes recibieron un documento donde se especificaban los objetivos de la investigación, la voluntariedad de la misma, la confidencialidad de los datos y los criterios de inclusión. A aquellos pacientes que aceptaron participar se les solicitó el consentimiento informado. No se ofreció ninguna gratificación por participar en el estudio.

Una vez recogidos los datos demográficos de los pacientes, se cubrieron los cuestionarios en el siguiente orden: Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) y Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS). El tiempo medio de evaluación fue de aproximadamente una hora. La aplicación la realizaron sendas psicólogas, llevándose a cabo en el domicilio de los pacientes. En primera instancia se hicieron llegar invitaciones escritas del Servicio de Salud y de la Universidad de Tarapacá a los hogares de los usuarios para participar en el estudio, sin embargo, la respuesta de parte de estos fue nula por lo que se optó a realizar la evaluación en los domicilios.

Resultados

Los resultados referentes a los pacientes aymaras en el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida arrojaron una media de 103,5 ($DT= 38,2$; Rango = 45-179) en la *Escala de Aspectos Desfavorables* (CSCV-D) y de 49,6 ($DT= 10,80$; Rango= 23-65) en la *Escala de Aspectos Favorables* (CSCV-F). Por su parte, los resultados para los pacientes con ascendencia no originaria, arrojaron una media de 107,2 ($DT= 36,02$; Rango= 54-197) en la *Escala de Aspectos Desfavorables* y de 47,6 ($DT= 13,6$; Rango = 24-65) en la *Escala de Aspectos Favorables*. La puntuación total de la escala de Calidad de vida clasifica a ambos grupos de pacientes en un nivel moderado de esta.

En cuanto a la severidad de los síntomas medido con el PANSS, los resultados correspondientes a los pacientes aymaras mostraron una media de 10,4 ($DT= 4,8$; Rango= 7-24) en la *Subescala Positiva* (PANSS-P), un promedio de 16,6 ($DT= 7,4$; Rango= 7-35) en la *Subescala Negativa* (PANSS-N), una media de 31,1 ($DT= 12,1$; Rango= 16- 56) en la *Subescala de Psicopatología General*, un promedio de 5,7 ($DT= 3,2$; Rango= 4-19) en la *Subescala Excitación*, una

Tabla 2 Coeficientes Chi-cuadrado de Pearson de la función favorable del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida y la Subescala sintomatología negativa del PANSS

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	451,562 ^a	480	,820
Razón de verosimilitudes	191,412	480	1,000
Asociación lineal por lineal	7,683	1	,006
N casos válidos	45		

^a 25 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es,02.

media de 7,2 ($DT= 2,2$; Rango= 4-12) en la *Subescala Manía*, y un promedio de 7,9 ($DT= 4,4$; Rango= 4-18) en la *Subescala Depresión*. A su vez, los resultados del PANSS referentes a los pacientes de ascendencia no originaria mostraron un promedio de 10 ($DT= 6,4$; Rango= 7-27) en la *Subescala Positiva* (PANSS-P), un promedio de 15,2 ($DT= 8,5$; Rango= 7-44) en la *Subescala Negativa* (PANSS-N), una media de 31,6 ($DT= 16,9$; Rango= 17- 89) en la *Subescala de Psicopatología General*, un promedio de 5,9 ($DT= 4,2$; Rango= 4-18) en la *Subescala Excitación*, una media de 8 ($DT= 2,7$; Rango= 4-15) en la *Subescala Manía*, y un promedio de 10,4 ($DT= 6,2$; Rango= 4-24) en la *Subescala Depresión*.

Se realizan análisis de simetría y curtosis, hallando que la distribución de los datos no se ajusta a una distribución normal, por tanto se procede a utilizar pruebas no paramétricas en el análisis de datos. Así, con el objetivo de analizar la relación entre las subescalas del PANSS y las funciones *Favorable* y *Desfavorable* del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida se aplicó una prueba de independencia Chi-cuadrado de Pearson que contrasta si las diferencias observadas en 2 grupos son atribuibles al azar. La *Función Favorable* únicamente mostró relación con la puntuación en la *Subescala Negativa* del PANSS. Por su parte, *Función Desfavorable* solo mostró relación con la puntuación en la *Subescala Psicopatología General* del PANSS (tablas 2 y 3).

Para analizar la existencia de diferencias significativas en la calidad de vida de los pacientes en función de su etnia, se aplicó una prueba de U de Mann-Whitney que contrasta si los valores obtenidos en una variable son similares en

Tabla 3 Coeficientes Chi-cuadrado de Pearson de la función desfavorable del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida y la Subescala psicopatología general del PANSS

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1012,500 ^a	1.008	,454
Razón de verosimilitudes	269,779	1.008	1,000
Asociación lineal por lineal	4,295	1	,038
N casos válidos	45		

^a 1.073 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es,02.

distintos grupos. No observando diferencias entre los pacientes aymaras y los pacientes no aymaras tanto en la subescala *Función Favorable* ($U= 224,5$; $p= 0,6$) como en la subescala *Función Desfavorable* ($U= 236$; $p= 0,8$). Tampoco se encontraron diferencias en el tipo de sintomatología predominante en función de la ascendencia étnica [*Síndrome positivo* ($U= 193,5$; $p= 0,2$), *síndrome negativo* ($U= 204,5$, $p= 0,3$), *psicopatología general* ($U= 234,5$, $p= 0,8$), *excitación* ($U= 219$, $p= 0,5$), *manía* ($U= 219$, $p= 0,5$), y *depresión* ($U= 181$, $p= 0,1$)].

Discusión

Los pacientes que conforman la muestra analizada en este estudio presentan un predominio de sintomatología negativa, relacionada con un curso más desfavorable del trastorno, periodos más largos de hospitalización, retraso en la recuperación y pobres resultados en el tratamiento. Estos síntomas están asociados a disfunciones económicas, profesionales y sociales²⁵⁻²⁸ que merman la calidad de vida percibida de los pacientes en diferentes áreas de su vida.

Así mismo, los participantes muestran elevados índices de psicopatología general, específicamente síntomas de depresión y ansiedad, ambos asociados también a los aspectos desfavorables de la calidad de vida. Si bien la sintomatología depresiva no es un elemento central del trastorno, posee una alta tasa de prevalencia en los pacientes diagnosticados con este cuadro clínico durante largos periodos, lo que se asocia a un precario funcionamiento y a la reducción en la calidad de vida de los sujetos^{26,29,30}.

A pesar de la sintomatología encontrada y de acuerdo con estudios previos realizados en la misma localidad geográfica²¹, los participantes en este estudio presentan niveles moderados de calidad de vida, no apreciándose diferencias derivadas del origen étnico de los pacientes. Dados estos resultados, cabe plantearse si variables específicas de la región o de las condiciones socioculturales de esta, como lo son su ritmo de vida escasamente competitivo y las expectativas de vida moderadas, podrían explicar las diferencias entre los resultados hallados en esta investigación y los datos que muestran otros estudios llevados a cabo en países desarrollados donde los pacientes con esquizofrenia perciben una peor calidad de vida^(25,27,28,31-34). Así, parece que el contexto social y cultural en el cual están inmersos los pacientes pueden ejercer influencias importantes en el curso del trastorno.

En referencia a la influencia de factores psicosociales en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, existe evidencia que los sujetos que presentan una ocupación poseen mayores redes sociales y mayor apoyo social derivado de estas, asociándose positivamente a su bienestar subjetivo^{35,36}. Así pues, el funcionamiento social definido como la capacidad para adoptar roles sociales como cónyuge o trabajador, se constituye como el principal predictor para la calidad de vida de los pacientes³¹⁻³⁵. En consecuencia, el tratamiento integral de los pacientes con esquizofrenia en los servicios de salud debería mantenerse y perfeccionarse, tomando en consideración también a la familia.

A pesar del interés de los datos aportados, el presente estudio adolece de ciertas limitaciones: 1) debido a que la recolección de datos se realizó en los hogares de los

pacientes, fue difícil establecer el control de variables ambientales que pudieran interferir o sesgar la información; 2) Durante la recolección de datos, un porcentaje importante (20,3%) de los pacientes no accedió a formar parte del estudio, es probable que el estigma social asociado al trastorno, pudo tener influencia en la disposición a participar.

Futuras investigaciones deberían centrar su estudio en las modalidades de tratamiento administrados actualmente a los pacientes que presentan este trastorno y analizar las medidas de éxito que arrojan, considerando la integración de los cuidadores como criterio fundamental.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio fue financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico Proyecto de Iniciación en Investigación FONDECYT: Project 11075102.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Convenio Desepeño Universidad de Tarapacá-MINEDUC.

Bibliografía

1. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud*. 2005;18:346-58.
2. MINSAL Ministerio de Salud de Chile Prioridades programáticas: Personas con trastornos psiquiátricos severos, esquizofrenia. [Online] 2005 [Accedido octubre 2010]. Disponible en: www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e6341aec52aae2e0400-1011f017bae.pdf.
3. Van Kessel J. Los Aymaras contemporáneos. Santiago-Chile: Editorial Andrés Bello; 1996.
4. De Munter K. Tejiendo reciprocidades: John Murra y el contextualizar entre los aymara contemporáneos en Chungara. *Revista de antropología chilena Chungara*. 2010;42:243-51.

5. De Toledo E, Blay L. Community perception of mental disorders. A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004;39:955-61.
6. Cavieres A, Valdebenito M. Cognitive function and quality of life in schizophrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2005;43:97-108.
7. Awad G, Voruganti L. The Burden of Schizophrenia on Caregivers: A Review. *Pharmacoeconomics*. 2008;26:149-62.
8. Bobes J, González MP. Calidad de vida en la esquizofrenia. En: Katschnig H, Sartorius N, Freeman H, editores. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson; 2000. p. 157-69.
9. Pinikahana J, Hapell B, Hope J, Keks N. Quality of life in schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2002;11:103-11.
10. Salokangas R, Honkonen T, Stengard E, Koivisto A. To be or not to be married- that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2001;36:381-90.
11. Rudnick A. The impact of coping on the relation between symptoms and quality of life in schizophrenia. *Psychiatry*. 2001;64:304-8.
12. Ruggeri M, Nosé M, Bonetto C, Cristofalo D, Lasalvia A, Salvi G, et al. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. *Br J Psychiatry*. 2005;187:121-30.
13. 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 & Clinical Neurosciences*. 2005;59:163-9.
14. Hanson L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:46-50.
15. Ritsner M, Ben-Avi I, Ponizovsky A, Timinsky I, Bistrov E, Modai I. Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of Life Research*. 2003;12:1-9.
16. Marwaha S, Jhonson S. Schizophrenia and employment: A review. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:337-49.
17. Gaite L, Vásquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five european countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:283-92.
18. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiamont PP, De Vries J. Relationship between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatient. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:588-94.
19. Araújo L, Silva E. The quality of life of people with schizophrenia living in community in Rio de Janeiro, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41:347-56.
20. Ruesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004;39:686-94.
21. Caqueo-Urizar A, Lemos-Giráldez S. Calidad de vida y funcionamiento familiar en pacientes con esquizofrenia: en una comunidad Latinoamericana. *Psychothema*. 2008;20:577-82.
22. Kay SR, Fiszbein A, Opler L. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13:261-76.
23. Giner J, Ibáñez E, Baca E, Bobes J, Leal C, Cervera S. Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. 1997;25:11-23.
24. 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. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2006;44:249-57.
25. Addington J, Addington D. Social and cognitive functioning in psychosis. *Schizophrenia Research*. 2008;99:176-81.
26. Cohen C, Vahia I, Reyes P, Diwan S, Bankole A, Palekar N, et al. Schizophrenia in Later Life: Clinical Symptoms and Social Well-being. *Psychiatr Serv*. 2008;59:232-4.
27. Mäkinen J, Miettunen J, Isohanni M, Koponen H. Negative symptoms in schizophrenia- A review. *Nord J Psychiatry*. 2008;62:334-41.
28. Bozikas V, Kosmidis M, Kafantari A, Gamvroula K, Vasiliadou E, Petrikis P, et al. Community dysfunction in schizophrenia: Rate-limiting factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2006;30:463-70.
29. Adewuya A, Makanjuola R. Subjective quality of life of Nigerian schizophrenia patients: sociodemographic and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120:160-4.
30. Eack S, Newhill C. Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2007;33:1225-37.
31. Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116:403-18.
32. López F. Calidad de vida en pacientes psicóticos externos. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2007;14:65-75.
33. Ciudad A, Olivares J, Bousoño M, Gómez J, Álvarez E. Improvement in social functioning in outpatients with schizophrenia with prominent negative symptoms treated with olanzapine or risperidone in a 1 year randomized, open-label trial. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2006;30:1515-22.
34. Mubarak AR. Social functioning and quality of life of people with schizophrenia in the northern region of Malaysia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2005;4.
35. Xiang Y, Wang CH, Wang Y, Chiu H, Zhao J, Chen Q, et al. Socio-demographic and clinical determinants of quality of life in Chinese patients with schizophrenia: a prospective study. *Qual Life Res*. 2010;19:317-22.
36. Ciudad A, Bobes J, Álvarez E, San L, Novick D, Gilaberte I. Clinical meaningful outcomes in schizophrenia: remission and recovery. *Rev Psychiatr Salud Ment*. 2011;04:53-65.