



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Validación de la escala SQLS para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia

María Fernanda Suárez Beltrán

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

Bogotá, enero de 2012



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Validación de la escala SQLS para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia

María Fernanda Suárez Beltrán

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

Especialista en Psiquiatría

Director:

Dr. José Manuel Calvo

Codirector:

Dr. Ricardo Sánchez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

Bogotá, enero de 2012

Resumen

Objetivo: El propósito de este estudio es validar la escala SQLS para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. **Métodos:** Se realizó la aplicación de la escala de autoreporte SQLS a 251 pacientes en 4 instituciones en Bogotá y en la Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias. Esta aplicación se repitió a los dos días en 28 pacientes y a los 30 días en 38 pacientes para evaluar la confiabilidad test-retest y la sensibilidad al cambio, respectivamente. 50 pacientes diligenciaron además la escala SF -12 para determinar la validez concurrente del instrumento. Con estos datos se realizó el análisis estadístico para determinar los valores psicométricos de la escala. **Resultados:** Se encontraron tres dominios para la escala SQLS en Colombia: Para los tres dominios se encontraron alfas de Cronbach mayores a 0.7. Con el coeficiente de concordancia de Lin se encontraron mediciones test-retest dentro del intervalo de confianza. No se encontró una diferencia significativa en las mediciones de la sensibilidad al cambio. El coeficiente de Pearson entre la SQLS y la SF-12 encontró correlaciones negativas directas entre los tres dominios y la dimensión de salud mental de la SF-12 y entre el dominio de síntomas emocionales y deficitarios negativos y la dimensión de participación social. **Conclusiones:** La escala SQLS tiene los parámetros psicométricos adecuados para ser utilizado como instrumento en la práctica clínica en Colombia.

Palabras Clave: calidad de vida, estudios de validación, esquizofrenia, Colombia.

Abstract

Objective The purpose of this study is to validate the SQLS scale in Colombian patients with diagnosis of schizophrenia to assess their quality of life. **Method** The self-report scale was applied to 251 people in four different hospitals and the ACPEF (Colombian Association of Persons with schizophrenia and their families). Measures of reliability test-retest and calculation of internal consistency and correlation inter-scales with the SF-12 scale were made by applying the scale again 2 days later in 28 patients and 30 days later in 38. Besides, 50 patients filled the SF-12 scale to determinate the instrument's concurrent validity. **Results** We found three different domains for the scale. All of them exceed the proposed standard of reliability (Cronbach alpha) over 0.7. With the Lin coefficient test-retest measures were found inside the confidence interval. We did not found a significant difference regarding change sensibility. The Pearson coefficient between SQLS and SF-12 found negative direct correlations between the three domains and the mental health domain of SF-12. The domain regarding emotional symptoms and negative deficit an the dimension of social involvement also presented negative correlation. The scale showed a good reliable test retest. We did not found difference between the first application and the application one month later. **Conclusions** The SQLS proved to be a reliable instrument, with adequate psychometric parameters, to be used in the clinical practice in Colombian population.

Key Words: Quality of life, validation studies, schizophrenia, Colombia (*source: MeSH, NLM*).

Contenido

Resumen	3
Abstract.....	3
Lista de tablas	5
I. Introducción	6
II. Marco teórico	8
III. Metodología	13
3.1. Diseño del estudio	13
3.2. Pruebas de validez de la escala	15
3.3 Características de la muestra del estudio.....	16
3.3.1 Criterios de inclusión.....	17
3.3.2 Criterios de exclusión	17
IV. Aspectos éticos	18
V. Resultados.....	19
VI. Discusión	23
VII. Conclusiones.....	26
VIII. Anexos.....	27
XIX. Bibliografía.....	35

Lista de tablas

TABLA 1. CARGAS FACTORIALES CORRESPONDIENTES A SOLUCIÓN OBLICUA CON TRES DOMINIOS	19
TABLA 2. COMPOSICIÓN DE LOS DOMINIOS DE LA ESCALA.....	20

I. Introducción

La atención médica ha tomado un nuevo enfoque en los últimos años, dirigiendo su mirada hacia el bienestar del paciente, más allá de la cura de la enfermedad, acorde con la definición de salud otorgada por la Organización Mundial de la Salud en 1947 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” Así como la atención clínica, la investigación alrededor del tema de la calidad de vida relacionada con la salud ha tomado fuerza en las diferentes especialidades médicas, en especial cuando se trata de enfermedades crónicas e incapacitantes.

Acorde con la investigación en el área de calidad de vida relacionada con la salud, se han desarrollado instrumentos generales y específicos que evalúan la percepción de los pacientes acerca de su calidad de vida. En psiquiatría existen diversas escalas específicas para los diferentes trastornos mentales.

La esquizofrenia, es un trastorno mental crónico e incapacitante, que compromete diversas áreas de la vida de los pacientes afectados, tales como: el pensamiento, la cognición, el afecto y la voluntad. Estas fallas se traducen en un deterioro global de la persona que termina por ver afectado su funcionamiento, rol social y relaciones interpersonales.

Existen varias escalas a nivel mundial que evalúan la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, sin embargo tienen dificultades en cuanto a su utilidad, modo de aplicación e interpretación y propiedades psicométricas. La escala SQLS (Schizophrenia Quality of Life Scale) supera estas dificultades, por lo que la convierte en un instrumento útil en la práctica clínica e investigación. En Colombia no existe ningún instrumento que sea específico para medir la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, limitando la investigación en este tema.

La validación de un instrumento de amplio uso a nivel mundial se justifica debido a que este tipo de instrumentos permite mejorar la calidad de la medición de un fenómeno, sistematizar la observación del mismo, optimizar la comunicación entre investigadores clínicos que trabajan con el mismo problema, abren la posibilidad de realizar estudios entre diferentes países o culturas, y puede resultar más eficiente realizar una validación que diseñar un instrumento nuevo, debido a la diferencia en los costos y la necesidad de personal experto en el tema para generar una nueva escala (1)

Con estos argumentos, se considera útil y necesario realizar la validación de una escala específica para la medición de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y dado que la escala SQLS tiene unas propiedades psicométricas adecuadas y ha sido utilizada en diversos países a nivel mundial, el objetivo general de este trabajo es disponer de una herramienta que optimice la evaluación clínica y que facilite el desarrollo de la investigación a nivel de calidad de vida en pacientes colombianos con esquizofrenia, para ello se realizará la validación de la escala SQLS.

Los objetivos específicos son establecer la validez de contenido del instrumento SQLS, determinar la confiabilidad test re-test de la escala SQLS, determinar la validez de criterio de la escala SQLS y evaluar la sensibilidad al cambio de la escala SLQS.

II. Marco teórico

Durante el siglo XIX y XX la atención de la medicina estaba dirigida hacia la cura de las enfermedades. Sin embargo, en 1947 la Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad y el foco de la atención médica se dirige entonces hacia la búsqueda de ese bienestar, más allá de la enfermedad, en especial en aquellas enfermedades crónicas e incapacitantes, que producen un deterioro en la calidad de vida. (2)

En este nuevo enfoque biopsicosocial, la percepción que tiene el paciente acerca de su salud y enfermedad adquiere una mayor importancia, teniéndolas en cuenta como parte fundamental del tratamiento. Así, la satisfacción de los pacientes acerca del cuidado de su salud ha adquirido mayor importancia y se ha convertido en un área importante de investigación. (3)

Existen varias teorías y definiciones acerca del concepto de calidad de vida; la mayoría concuerdan en subrayar la importancia de la multi- dimensionalidad y la subjetividad del concepto, pero difieren en cuanto a los parámetros de definición.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como: *“La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno”* (4).

Paralelo a la construcción de una definición del concepto, se han desarrollado múltiples instrumentos generales y específicos que miden la calidad de vida relacionada con la salud, con el propósito de evaluar el resultado de los tratamientos, realizar seguimiento y medir la percepción del individuo acerca de

su bienestar. Diversas especialidades médicas han adoptado este concepto y han investigado sobre el tema y la psiquiatría, como rama de la medicina, no ha sido ajena a éste proceso.

La desinstitucionalización temprana de los pacientes en los años 60, regresándolos a comunidades que no estaban preparadas para recibirlos, ocasionó que estas personas se vieran enfrentados a problemas como la pobreza, el aislamiento social, la falta de seguridad y vivienda adecuadas, llevando al tema de la calidad de vida al centro de la discusión. Sin embargo, debido a la falta de una definición consensuada acerca de la calidad de vida y a las dudas que generaba la cuestión de si un paciente con síntomas psicóticos podía otorgar una información verídica acerca de su bienestar, el interés en el tema no se sostuvo en el tiempo y la investigación reapareció sólo hasta los años 80, intentando despejar las dudas frente a estos problemas, a la vez que con la introducción de los nuevos antipsicóticos surgía la necesidad de evaluar el resultado del tratamiento en términos diferentes a morbilidad y mortalidad. (2)

La esquizofrenia, que afecta alrededor del 1% de la población, es una de las enfermedades emblemáticas de la psiquiatría. Se trata de un trastorno mental crónico y deteriorante que suele iniciarse antes de los 25 años de edad y persistir durante toda la vida. La edad pico de inicio en los hombres está entre los 15 y 25 años y en las mujeres entre los 25 y 35 años. Se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos crónicos que son una fuente importante sufrimiento para el paciente y su familia, así como de discapacidad (5).

La esquizofrenia es una enfermedad que genera deterioro en diversas dimensiones del paciente, con cambios en áreas como el pensamiento, el afecto, la voluntad y la cognición. Las personas con la enfermedad se enfrentan no sólo a los síntomas y a los efectos secundarios del tratamiento, sino que sufren un deterioro en su funcionalidad, dada la gravedad de la afección y la importancia de las áreas comprometidas.(2) Con el tiempo, ven además afectadas sus relaciones

sociales y los diferentes roles que cumplían antes de presentar la enfermedad, en ocasiones perdiendo parte de su independencia y funcionamiento.(3)

Además de tener una enfermedad crónica e incapacitante, las personas con diagnóstico de esquizofrenia tienen que enfrentarse al estigma social que genera padecer de una enfermedad mental. Esta situación de discriminación social se ha relacionado con un aumento en los síntomas depresivos y con ello, una disminución de la calidad de vida. Por el contrario una adecuada red de apoyo social aparece como un factor protector, con una relación inversa con los síntomas depresivos y un aumento en la calidad de vida. (6) Si bien el tratamiento de la esquizofrenia avanzó significativamente durante el siglo pasado con la aparición de los fármacos antipsicóticos, que por lo general controlan efectivamente los signos y síntomas más floridos de la enfermedad, ésta continúa siendo una enfermedad que lleva a un deterioro progresivo, con el subsecuente impacto en la calidad de vida de la persona que la padece. (7)

Siendo entonces una enfermedad con el ya citado impacto global, optimizar la eficacia de las intervenciones producirá una mejora en el bienestar del paciente y con ello su calidad de vida. Para poder realizar manejos específicos de problemas puntuales en los pacientes es necesario caracterizar estos problemas lo más cercano posible a la realidad subjetiva que está viviendo la persona afectada y conocer cuáles son los síntomas que tienen una mayor intensidad en cada caso particular.

Aparece entonces la utilidad de las diferentes escalas de evaluación, que tienen la ventaja de evaluar el constructo por dominios, entregándonos resultados puntuales acerca de un problema determinado. Desafortunadamente en Colombia no contamos con ningún instrumento validado que permita evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Existen varias escalas a nivel general que miden la calidad de vida relacionada con la salud. Las primeras escalas desarrolladas fueron la SLDS (Satisfaction with life domain scale) y OQLQ

(Oregon Quality of Life Questionary)(8). Posteriormente han aparecido otras escalas como el SF-36 (SF-36 Health Survey Questionnaire) (9), que está validada en Colombia, the Nottingham Health Profile (10) y the Sickness Impact Profile (11). Estos dos últimos son instrumentos generales de medición de calidad de vida para pacientes con enfermedades mentales (2). Sin embargo, es de mayor utilidad utilizar instrumentos específicos para los diferentes diagnósticos y de esta manera acercarse más a la realidad del paciente.

Hay diversos instrumentos desarrollados en el mundo que son específicos para evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo muchos de ellos no son adecuados porque son excesivamente largos, como el OQLQ (Quality of Life Questionnaire), QLS- 100 (the Quality of Life Self-Report- 100), QOLC (Quality of Life Checklist): se desconocen sus propiedades psicométricas, como la escala QLS (Quality of Life Scale): algunos necesitan ser diligenciados por un entrevistador entrenado, por ejemplo: SLDS (Satisfaction with Life Domain Scale), QLS (Quality of Life Scale), MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)(12) y otros son demasiado demandantes para las habilidades cognitivas de los pacientes, lo que limita su uso solo para aquellos que no tienen un deterioro cognitivo. (2)

En el año 2000 Wilkinson y colaboradores desarrollaron el instrumento SQLS (Schizophrenia Quality of Life Scale), que supera algunos de estos problemas: es una escala de autoreporte, lo que facilita su aplicación y le da importancia al componente subjetivo de la evaluación, su utilidad es adecuada, con un tiempo corto de aplicación (entre 5 a 10 minutos según el artículo original) debido a que consta con sólo 30 ítems, y a pesar de ser corta es multidimensional, dividiendo los ítems en tres dominios: psicosocial, energía/motivación y síntomas/efectos adversos (13). Las características psicométricas de la escala son adecuadas, reportando en el artículo original un coeficiente de consistencia interna (alfa de cronbach) entre 0.78 (para la subescala de motivación y energía) y 0.93 (para la

subescala psicosocial). El alfa de cronbach para la subescala de síntomas y efectos adversos fue 0.80.

La validez de constructo fue valorada comparando los resultados con la escala SF-36, la GHQ- 12 (General Health Questionnaire- 12) y la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). El coeficiente de correlación (Spearman) entre la subescala “motivación/energía” de la SQLS y el dominio “energía” de la SF- 36 fue 0.72, $P < 0.0001$, $n=76$. La correlación entre la subescala “psicosocial” de SQLS y el dominio “salud mental” de SF-36 fue 0.65, $P < 0.001$, $n=75$. Las correlaciones entre las diferentes dimensiones de SQLS y las escalas HADS y GHQ- 12 también fueron significativas. (13) Al ser un instrumento riguroso, que permite medir de forma multidimensional la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, ha sido validado en diversos países en el mundo, como China, Taiwan, Japón, Singapur, entre otros, y ha sido usada ampliamente en estudios de medición de calidad de vida en esquizofrenia (14,15).

De esta manera, por las ventajas ya citadas que ofrece una validación, y dadas las adecuadas propiedades psicométricas de la SQLS, a través de este trabajo se pretende realizar la validación de este instrumento en Colombia. Para validar una escala es necesario hacer un proceso de verificación de sus propiedades psicométricas, las cuales son (1):

Validez de Apariencia: La escala parece medir lo que debe medir.

Validez de Constructo: La escala no deja factores sin medir ni mide dominios que no son del síndrome.

Validez de Criterio: La escala funciona parecido a otros instrumentos.

Confiabilidad test–retest o interevaluador: La escala funciona bien bajo diferentes condiciones.

Sensibilidad al Cambio: La escala detecta modificaciones de la realidad que mide.

Utilidad: Es una escala fácil de aplicar y procesar

III. Metodología

3.1. Diseño del estudio

En un trabajo previo, se realizó la adaptación transcultural de la escala SQLS, previa autorización por parte de los autores de la escala original para la realización del estudio. De este trabajo se obtuvo la versión traducida a partir de la escala original (anexo 1). Esta versión fue la que se utilizó en los siguientes pasos del trabajo.

Para alcanzar los objetivos propuestos en este trabajo se realizaron dos fases:

- Aplicación preliminar para análisis factorial.
- Realización de pruebas de validez de la escala.

Se obtuvo autorización para realizar el estudio por parte del comité de ética de cuatro instituciones hospitalarias en Bogotá: Hospital Santa Clara, Clínica Nuestra Señora de la paz, Clínica San Juan de Dios de Chía y Hospital de la Victoria. También se aplicó en dos reuniones de la Asociación Colombiana de Pacientes con Esquizofrenia y sus Familias (ACPEF), con autorización del comité de dicha asociación.

Como en la escala original, el propósito de dividir la escala en tres dominios es conocer las dificultades existentes en cada uno. Para esto, se realiza un puntaje para cada uno de ellos, sumando el valor neto de cada uno de los ítems que componen el dominio (R_s), dividiendo este valor por el valor máximo de los ítems en el dominio (R_{max}) y multiplicando este resultado por 100. El mejor puntaje de la escala es 0 y el peor de 100 para cada dominio. Con esta fórmula, se obtuvieron los valores para cada ítem y con ello la media para cada dominio.

3.1.1. Aplicación preliminar para análisis factorial

- Presentación del proyecto a cada paciente y firma de consentimiento informado.
- Administración del cuestionario.

Con el fin de constatar que los pacientes cumplan todos los criterios de inclusión y descartar que tengan los criterios de exclusión definidos para el proyecto, se realizará una revisión de la historia clínica institucional de la clínica correspondiente, para obtener datos tales como el diagnóstico en eje I y en eje IV, el tiempo de evolución de la enfermedad, edad, escolaridad y estado actual de la enfermedad. También se realizará una entrevista psiquiátrica corta previa a la aplicación de la escala en cada paciente para determinar su capacidad de aceptar y otorgar en consentimiento informado.

3.1.2. Validez de contenido de la escala

Determina si la muestra de ítems que conforman la escala es representativa del universo de ítems que pueden medir el constructo de interés. Se realizó con el análisis factorial confirmatorio de las 251 escalas recogidas. Inicialmente se exploró el instrumento con un análisis factorial de factores principales; luego se evaluó la factorizabilidad de la matriz de correlación con las pruebas de esfericidad de Barlett y prueba de Kaiser- Meyer-Olkin, las cuales arrojaron resultados positivos, que permitieron continuar con el análisis factorial. Posterior a esto, se realizó una evaluación del número de factores a utilizar, buscando valores de factores principales mayores a uno (Eigenvalues >1) y a través del gráfico de sedimentación, encontrando que la mejor solución consistía en tres factores.

3.2. Pruebas de validez de la escala

3.2.1 Validez de criterio convergente

Con la validez de criterio convergente, se determina si los puntajes obtenidos con la aplicación de la escala se correlacionan con los puntajes obtenidos con la aplicación de otra escala que mide el mismo constructo.

Para realizar este paso, se aplicó la escala SF-12 (Anexo 2) a 50 de los 251 pacientes entrevistados.

Se utilizó esta escala debido a que en Colombia no existe una escala de calidad de vida específica validada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y es un instrumento que ha sido utilizado para evaluar la calidad de vida en salud mental. La SF-12 es la versión corta de la escala SF-36, utilizada para medir la calidad de vida relacionada con la salud e incluye 12 ítems agrupados en 10 aspectos: salud física, funcionamiento físico, desempeño físico, limitación a causa de la salud física, dolor corporal, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, salud general, funcionamiento social. (16)

En un estudio realizado en Cali, Colombia, acerca de los valores preliminares y la confiabilidad de esta escala se encontró un alfa de cronbach de 0.7 para adultos sanos. (16) En la fase de análisis, la validez de criterio concurrente se obtuvo a través del coeficiente de Pearson.

3.2.2 Confiabilidad test retest

Se utiliza para medir el grado de correlación de los datos obtenidos en la aplicación de la escala en dos momentos separados en el tiempo. La confiabilidad test re-test se obtuvo a través de la aplicación de la SQLS a 28 pacientes, 2 días después de la primera aplicación, tiempo en el cual se consideró que la condición

medida se encontraba estable. Para el análisis de estos datos se utilizó el coeficiente de correlación-concordancia de Lin. (Anexo 3)

3.3.3 Consistencia interna

Para calcular la consistencia interna se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, para cada ítem, dominio y para la escala en general, esperando encontrar valores entre 0.7 y 0.9. Estos análisis se llevaron a cabo a través del paquete estadístico STATA 11.1®.

3.3.4 Sensibilidad al cambio

Examina si la escala detecta cambios en el constructo subyacente que se está midiendo o si detecta efectos de un tratamiento.

Para ello se aplicó nuevamente el instrumento a 40 pacientes 30 días después de la primera entrevista, período en el cual se esperaba un cambio de la condición evaluada. El análisis estadístico de la sensibilidad al cambio se realizó a través de pruebas de t pareadas.

3.3 Características de la muestra del estudio

Población blanco: pacientes adultos con esquizofrenia, hispanoparlantes, de nacionalidad colombiana.

Población de estudio: Pacientes de la población blanco que acudan al servicio de consulta externa, urgencias, u hospitalización o clínica diurna de las diferentes instituciones donde será aplicado el cuestionario.

3.3.1 Criterios de inclusión

- Adultos entre 18 y 65 años de ambos sexos y nacionalidad colombiana
- Que tengan diagnóstico de esquizofrenia basado en los criterios DSM IV TR o CIE 10 y cuyo diagnóstico haya sido realizado hace un año o más.
- Que no estén agudamente sintomáticos.
- Que sean capaces de seguir instrucciones, que tengan la capacidad mental para otorgar su consentimiento informado y que acepten participar en el estudio.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Analfabetismo.
- Pacientes que no acepten participar.
- Comorbilidad con enfermedades médicas crónicas que deterioren la calidad de vida
- Abuso o dependencia a sustancias psicoactivas
- Comorbilidad con otras entidades psiquiátricas graves como depresión o trastorno obsesivo compulsivo
- Falta de claridad en el diagnóstico

La escala se aplicó en forma de autoreporte, el total de entrevistados fue de 251: 96 pacientes institucionalizados, 37 en consulta externa, 19 en hospital día y 99 en hospitalización De ellos 66 fueron mujeres. El rango de edad fue de 18 a 65 años, con un promedio de 37.5 años de edad.

IV. Aspectos éticos

La realización del presente trabajo se adecua a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Según la Resolución No. 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993) (17) del Ministerio de Salud, que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se considera esta investigación como de bajo riesgo. Los procedimientos de la investigación serán efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente. No se plantean dilemas irresolubles de conflicto de intereses para los investigadores. Ninguno de los pacientes que van a ser evaluados va a ser sometido a intervenciones experimentales; la práctica de las evaluaciones implica explorar sistemáticamente aspectos que de manera regular se exploran en una consulta psiquiátrica convencional; tampoco implica erogaciones económicas extras para los pacientes ni una inversión exagerada de su tiempo.

Para que un paciente sea incluido en el presente estudio, es indispensable que lo haga de manera voluntaria y formalice su aceptación con la firma de un documento escrito de consentimiento informado (anexo 4), previa información y aclaración de dudas sobre las características de la investigación; proceso realizado por el clínico. En todo momento de la investigación se tomarán las medidas necesarias para respetar la privacidad del paciente (los datos del trabajo se mantendrán custodiados a través del acceso restringido y el uso de códigos para respetar privacidad).

Los resultados serán publicados en revistas de índole académico y científico, preservando la exactitud de los mismos y haciendo referencia a datos globales y no a pacientes particulares.

V. Resultados

La escala original divide los ítems en 3 dominios: psicosocial, motivación y efectos secundarios. A través un factorial de factores principales, en donde la solución oblicua resultó ser la más adecuada, se encontraron tres nuevos dominios para la escala SQLS en pacientes colombianos con esquizofrenia. En la tabla número 2 se observan los resultados de la rotación oblicua (Oblimin), que muestran las cargas factoriales para cada uno de los tres factores.

TABLA NÚMERO 1. CARGAS FACTORIALES CORRESPONDIENTES A SOLUCIÓN OBLICUA CON TRES DOMINIOS

	F1	F2	F3	Unicida d		F1	F2	F3	Unicida d
1	0.2385	0.0035	0.4171	0.7095	16	0.2542	0.1775	0.3390	0.6697
2	-0.0277	0.6197	-0.0595	0.6446	17	0.1910	-0.0591	0.3770	0.7969
3	-0.0082	0.3325	0.2757	0.7662	18	0.1935	0.0012	0.5014	0.6539
4	0.2838	0.0345	0.3338	0.7373	19	0.5448	-0.0329	0.2650	0.5663
5	0.0678	0.3784	0.1339	0.7808	20	0.2952	0.1402	0.2737	0.7172
6	0.3459	0.0706	0.1559	0.7941	21	0.0500	0.3466	0.1028	0.8305
7	0.6350	-0.0254	-0.0277	0.6180	22	0.4071	0.0936	0.3760	0.5450
8	0.5021	-0.0899	0.1824	0.6976	23	0.3485	0.2194	0.1913	0.6713
9	0.5226	-0.0262	0.1987	0.6396	24	0.4970	0.1767	0.1241	0.5889
10	-0.0138	0.6190	0.1024	0.5787	25	0.2693	0.4054	-0.0655	0.6978
11	0.3640	0.2693	0.1482	0.6421	26	0.5295	0.1874	0.0836	0.5646
12	-0.0143	0.1504	0.2334	0.9070	27	0.6867	0.0062	-0.0648	0.5471
13	-0.1635	-0.0537	0.5438	0.7359	28	0.1883	0.2163	0.3245	0.7057
14	0.2285	0.0997	0.3200	0.7571	29	0.5064	0.1002	-0.0520	0.7090
15	-0.2783	-0.1076	0.1355	0.8991	30	0.1791	0.4970	-0.0779	0.6742

Como se observa en la tabla, los diferentes ítems tienden a agruparse en cada uno de los tres factores principales y con ello se forman los tres dominios de la escala para la población colombiana con diagnóstico de esquizofrenia. Aunque los ítems 12 y 15 se agruparon en el factor 3 y 1 respectivamente, sus cargas

factoriales fueron menores a 0.4, encontrando que la unicidad de las dos preguntas fue cercana a 0.9.

Los tres dominios encontrados pueden interpretarse de la siguiente manera:

Dominio 1: Síntomas emocionales y deficitarios negativos, que describen la presencia de tristeza, ideación depresiva, dificultades para dormir y preocupaciones.

Dominio 2: Efectos secundarios relacionados con el tratamiento, que busca la presencia síntomas físicos

Dominio 3: Síntomas relacionados con la participación social, que incluye las respuestas a la interacción con otros y la motivación para realizar actividades.

Se pueden ver los diferentes ítems y sus dominios en la tabla número 3.

TABLA NÚMERO 2. COMPOSICIÓN DE LOS DOMINIOS DE LA ESCALA

DOMINIO	ITEM
1	6. Me molesta que me presionen para hacer las cosas 7. Estoy preocupado por mi futuro 8. Me siento solo 9. Me siento sin esperanza 11. Me siento muy sobresaltado y nervioso 15. Me gusta planear las cosas por anticipado 19. Me siento triste y deprimido 20. Siento que no soy capaz de enfrentar las cosas 22. Me siento muy confundido e inseguro de mí mismo 23. Mi sueño esta alterado 24. Tengo altibajos en mis emociones 26. Me preocupa que no me vaya a mejorar 27. Me preocupan las cosas 29. Me molesta pensar en el pasado
2	2. Estoy aburrido o molesto con mi tembladera 3. Me siento inestable al caminar 5. Tengo problemas de sequedad en la boca 10. Se me entiesan los músculos 21. Mi visión es borrosa 25. Me han dado <i>tícs</i> en mis músculos 30. Tengo mareos
3	1. Me falta energía para hacer las cosas 4. Me siento bravo 12. Soy capaz de llevar a cabo mis actividades diarias 13. Participo en actividades agradables 14. Malinterpreto las cosas que la gente dice 16. Me cuesta trabajo concentrarme 17. Prefiero quedarme en casa 18. Me resulta difícil relacionarme con la gente 28. Siento que las personas tienden a evitarme

Se analizaron las medias totales y las medias por servicios (Institucionalización, hospitalización, consulta externa y hospital día) e instituciones, encontrando que en todos los casos el dominio que peor valor mostró fue el de “Síntomas emocionales y deficitarios negativos” (dominio 1) con unos rangos de promedio de 38,7 a 47,6, entre los diferentes servicios.

El siguiente dominio que mostró valores más altos, indicando una mayor dificultad en este aspecto, fue el de “síntomas relacionados con la participación social” (dominio 3) con unos rangos de promedio de 30,34 a 44,44 entre los diferentes servicios.

Tanto a nivel general, como por servicios e instituciones, el dominio que menores valores obtuvo fue el de “efectos secundarios relacionados con el tratamiento”, con un rango de promedios de 17,03 a 37,85. El análisis de las medias de los tres dominios por servicio, sin discriminar las instituciones, mostró que los valores más altos en los dominios 1 y 2 se encontraron en el servicio de consulta externa y para el dominio 3 en el servicio de hospital día. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la muestra para cada servicio no es homogénea, debido a que la cantidad de pacientes entrevistados por servicio no fue la misma. No hubo diferencias significativas en los diferentes dominios según el tiempo de evolución de la enfermedad (menos o más de 10 años).

Para la consistencia interna se encontró un alfa de Cronbach de 0.85 para el dominio 1, 0.69 para el dominio 2 y 0.72 para el dominio 3. Con un alfa total de la escala en 0.89.

El análisis de la confiabilidad test-retest para el dominio 1 mostró un coeficiente de correlación de Lin de 0.97 (intervalo de confianza de del 95% entre 0,839 y 0,975). Para el dominio 2 el coeficiente de correlación fue de 0,869 (intervalo de confianza

del 95% entre 0,777 y 0,961). En el dominio 3 se encontró un coeficiente de correlación de 0,925 (intervalo de confianza del 95% entre 0,873 y 0,977).

Para evaluar la sensibilidad al cambio se comparó las media de las 38 medidas iniciales versus las media de las 38 medidas 30 días después de la primera aplicación. Encontrando para el dominio 1 una media de 41,54 (DE 3,29 IC95% 34,87 - 48,21) en la primera medición, y en la segunda aplicación una media de 42,95 (DE 2,47; IC95% 37,93- 47,97). En el dominio 2, en la primera aplicación una media de 26,03383 (DE 3,07 IC 95% 19,81- 32,25) y en la segunda de 27,72 (DE 2,44 IC95% 22,77 - 32,67). Por último, en el dominio 3 se encontró una media de 35,74 (DE 2,96 IC 95% 29,74- 41,74) y de 34,57 (DE 2,47 IC 95% 29,56- 39,58). No se encontraron diferencias significativas en las medias de ninguno de los tres dominios.

En cuanto a la validez concurrente, se encontró una relación negativa directa (-0,4) entre el dominio 3 y las dimensiones de desempeño emocional y funcionamiento social medido por la sf12. De igual manera, aparece una correlación negativa directa (-0,4) entre el dominio 2 y la dimensión de limitación a causa de la salud física y una correlación negativa directa entre los tres dominios y la dimensión de salud mental. Los otros valores no fueron significativos.

VI. Discusión

Debido a que la Esquizofrenia es un trastorno mental crónico, que genera un deterioro cognitivo en las personas que lo padecen, se ha considerado que los instrumentos de evaluación que son de autoreporte son difíciles de aplicar en este tipo de pacientes (1). Sin embargo, la escala SQLS demuestra ser un instrumento sencillo y fácil de comprender por cualquier persona sin importar su origen, nivel de escolaridad, tiempo de evolución de la enfermedad o grado de deterioro cognitivo. Las preguntas evalúan diferentes dominios y son claras para la mayoría de las personas entrevistadas, con una inversión corta de tiempo (entre 5 a 10 minutos), que no interfiere con las actividades que se realizan en los diferentes servicios donde diligenciaron el instrumento.

Los dominios encontrados para la SQLS en Colombia logran medir tres aspectos fundamentales en la esquizofrenia: los síntomas emocionales y deficitarios negativos, que como es conocido, son los que mayor deterioro clínico generan y representan el área de más difícil manejo a la hora de tratar la enfermedad. Los síntomas relacionados con la participación social, que en este caso no están directamente relacionados con los primeros pero si muestran aquellas respuestas y dificultades en la interacción con otros y por último los efectos secundarios de tratamiento que es un área importante a la hora de elegir entre las diferentes opciones de tratamiento farmacológico.

Durante el análisis factorial se encontró que los diferentes ítems se agrupan formando tres dominios. Sin embargo llama la atención que las preguntas 12 “soy capaz de llevar a cabo mis actividades diarias” y la 15 “me gusta planear las cosas por anticipado” mostraron cargas factoriales menores a 0,4 y una unicidad cercana a 0,9. Además al retirar el ítem 15 se encontró un aumento en el alfa total de la escala, lo que nos indica que para nuestra población esta pregunta podría ser retirada de la escala, pues no mide el mismo constructo.

En cuanto a la consistencia interna de la escala, los alfa de cronbach en los tres dominios están entre 0,7 y 0,9, indicando una adecuada homogeneidad.

En la validez de criterio concurrente se encontró una correlación negativa directa para los tres dominios de la SQLS y la dimensión de salud mental de la SF-12, el dominio de síntomas emocionales y deficitarios negativos medidos en la SQLS y la dimensión de interacción social medida en la SF-12 y el dominio de efectos secundarios relacionados con el tratamiento y la dimensión de desempeño físico.

Esta correlación negativa directa nos indica que el puntaje de la escalas es inversamente proporcional, debido a que los puntajes en los dos instrumento son inversos, es decir, para la SQLS entre más cercano al 0 esté el puntaje mejor será la calidad de vida del paciente, mientras que para la SF-12 una buena calidad de vida se ve reflejada con un puntaje cercano a 100 en la escala.

Según lo encontrado, la escala SQLS tiene una buena confiabilidad test- retest, pues los coeficientes con mayores a 0.8 en los tres dominios y las mediciones están dentro del intervalo de confianza. Esto nos indica que el instrumento tiene la capacidad de medir una misma condición, que se encuentra estable, en diferentes momentos del tiempo. Con la sensibilidad al cambio, por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en los valores. Este resultado puede ser interpretado de varias formas. Una de ellas es que la escala no tiene la capacidad de medir los cambios en la percepción de la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo hay que ser cuidadosos con esta afirmación, debido a que la otra forma de verlo es que la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia se mantiene estable a corto plazo (30 días) y sería necesario hacer mediciones a más largo plazo para confirmar si existen o no cambios y si la escala tiene la capacidad de detectarlos.

Desde el punto de vista estadístico, la escala tendría las características necesarias para poder ser aplicada en Colombia, y además de la ya mencionada facilidad de aplicación, otra de las ventajas de la escala es la manera de ser calificada, pues no requiere de ningún programa especial para analizar sus resultados, por lo que cualquier persona con conocimientos básicos en matemáticas y estadística puede realizar los cálculos del puntaje total de cada dominio. Esta ventaja hace que sea un instrumento de gran utilidad en la práctica clínica que permite conocer cuáles son las dificultades más notables de cada paciente y con ello dirigir las intervenciones para generar un mejor resultado en el tratamiento.

Disponiendo de este tipo de herramientas en los diferentes servicios en los que se realiza la atención, se puede incluso fortalecer la relación psiquiatra-paciente, pues se dirigirá la atención del tratante hacia las consecuencias que ha traído la enfermedad para el paciente y sus familias, que es en últimas el interés principal que tienen las personas que buscan un tratamiento. De esta manera, se empezará a trabajar sobre problemas puntuales, más allá del diagnóstico, incidiendo de manera más eficaz sobre la calidad de vida del paciente.

VII. Conclusiones

1. La escala SQLS es un instrumento útil dada la facilidad de comprensión de todos los ítems y tiempo corto de aplicación de manera autoadministrada en pacientes colombianos con diagnóstico de esquizofrenia.
2. La escala SQLS tiene una adecuada consistencia interna para la población colombiana con diagnóstico de esquizofrenia.
3. La escala SQLS tiene una adecuada confiabilidad test-retest para la población colombiana con diagnóstico de esquizofrenia.
4. La escala SQLS tiene validez concurrente entre sus tres dominios y la dimensión de salud mental de la SF- 12, el dominio de síntomas emocionales y deficitarios negativos y la dimensiones de funcionamiento social y desempeño mental de la SF-12, el dominio de efectos secundarios de tratamiento y la dimensión de desempeño físico de la escala SF-12.
5. La escala SQLS no detecta la sensibilidad al cambio de la calidad de vida de pacientes colombianos con esquizofrenia, aunque es necesario realizar un nuevo trabajo para determinar si la calidad de vida se mantiene estable en estos pacientes, a pesar de las intervenciones.
6. El ítem 15 se encontró un aumento en el alfa total de la escala, lo que nos indica que para nuestra población esta pregunta podría ser retirada de la escala, pues no mide el mismo constructo
7. En general, es un instrumento útil, con adecuadas propiedades psicométricas en nuestra población, que puede ser aplicado y utilizado en la práctica clínica e investigación en el tema de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

VIII. Anexos

ANEXO 1. ESCALA SQLS ORIGINAL Y TRADUCIDA AL ESPAÑOL COLOMBIANO

SQLS ORIGINAL	SQLS TRADUCIDA
1. I lack the energy to do things	1. Me falta energía para hacer las cosas
2. I am bothered by shaking/trembling	2. Estoy aburrido o molesto con mi tembladera
3. I feel unsteady walking	3. Me siento inestable al caminar
4. I feel angry	4. Me siento bravo
5. I am trouble by a dry mouth	5. Tengo problemas de sequedad en la boca
6. I can't be bothered to do things	6. Me molesta que me presionen para hacer las cosas
7. I worry about my future	7. Estoy preocupado por mi futuro
8. I feel lonely	8. Me siento solo
9. I feel hopeless	9. Me siento sin esperanza
10. My muscles get stiff	10. Se me entiesan los músculos
11. I feel very jumpy and edgy	11. Me siento muy sobresaltado y nervioso
12. I am able to carry out my day-to-day activities	12. Soy capaz de llevar a cabo mis actividades diarias
13. I take part in enjoyable activities	13. Participo en actividades agradables
14. I take things people say the wrong way	14. Malinterpreto las cosas que la gente dice
15. I like to plan ahead	15. Me gusta planear por anticipado
16. I find it hard to concentrate	16. Me cuesta trabajo concentrarme
17. I tend to stay at home	17. Prefiero quedarme en casa
18. I find it difficult to mix with people	18. Me resulta difícil relacionarme con la gente
19. I feel down and depressed	19. Me siento triste y deprimido
20. I feel that I can't cope	20. Siento que no soy capaz de enfrentar las cosas
21. My vision is blurred	21. Mi vision es borrosa
22. I feel very mixed up and unsure of my self	22. Me siento muy confundido e inseguro de mi mismo.
23. My sleep is disturbed	23. Mi sueño está alterado
24. My feelings go up and down	24. Tengo altibajos en mis emociones
25. I get muscles twitches	25. Me han dado tics en mis músculos
26. I am concerned that I won't get better	26. Me preocupa que no me vaya a mejorar
27. I worry about things	27. Me preocupan las cosas
28. I feel that people tend to avoid me	28. Siento que las personas tienden a evitarme
29. I get upset thinking about the past	29. Me molesta pensar en el pasado
30. I get dizzy spells	30. Tengo mareos.

ANEXO 2. ESCALA SF-12

CUESTIONARIO "SF-12" SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, Me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	1 SÍ	2 NO
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- | | 1
SÍ | 2
NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿hasta qué punto <u>el dolor</u> le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? | | |

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

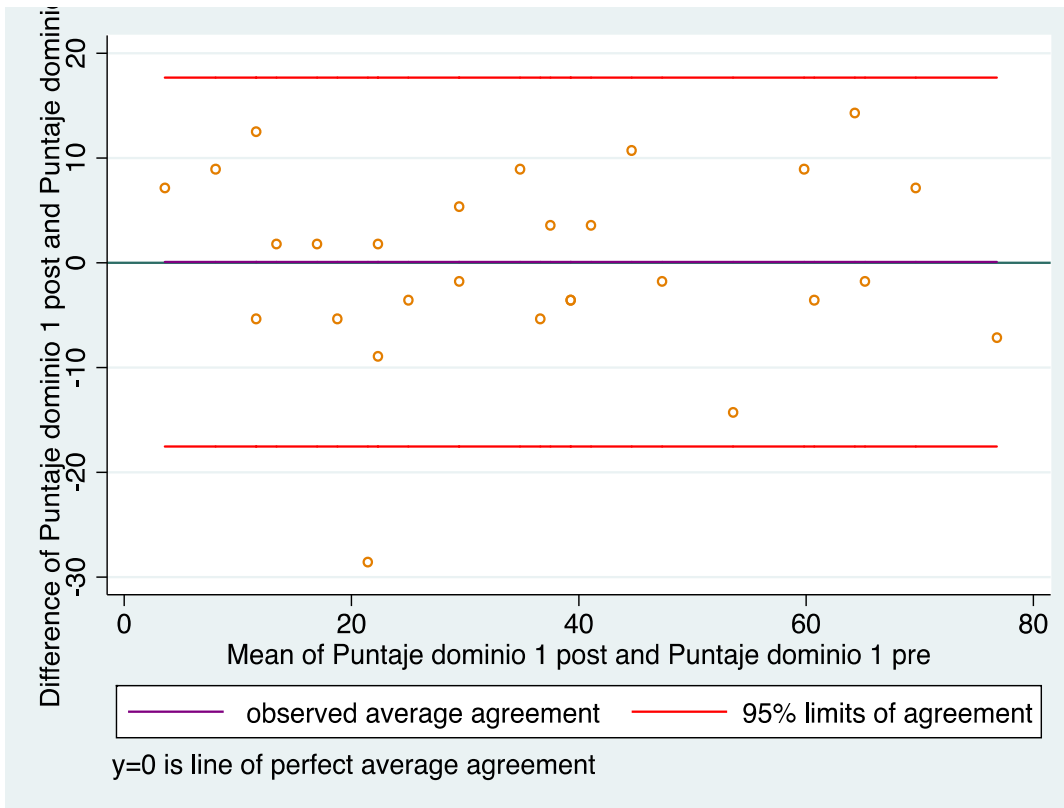
- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
| 9. se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. se sintió desanimado y triste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

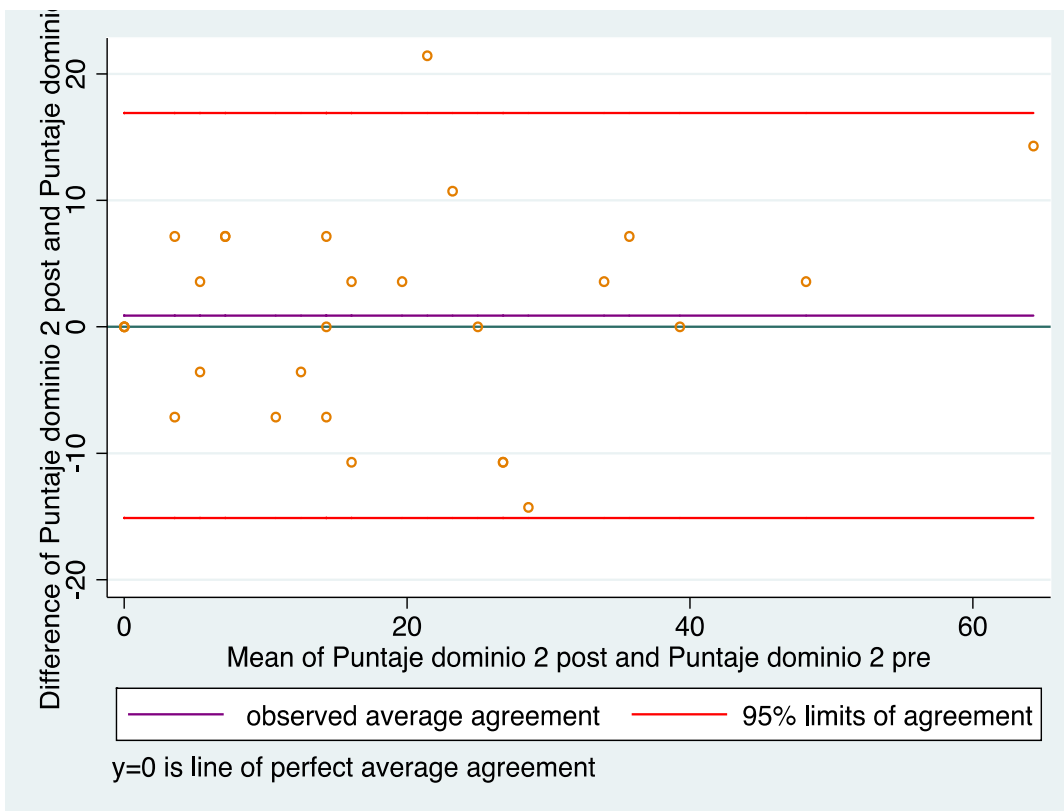
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |

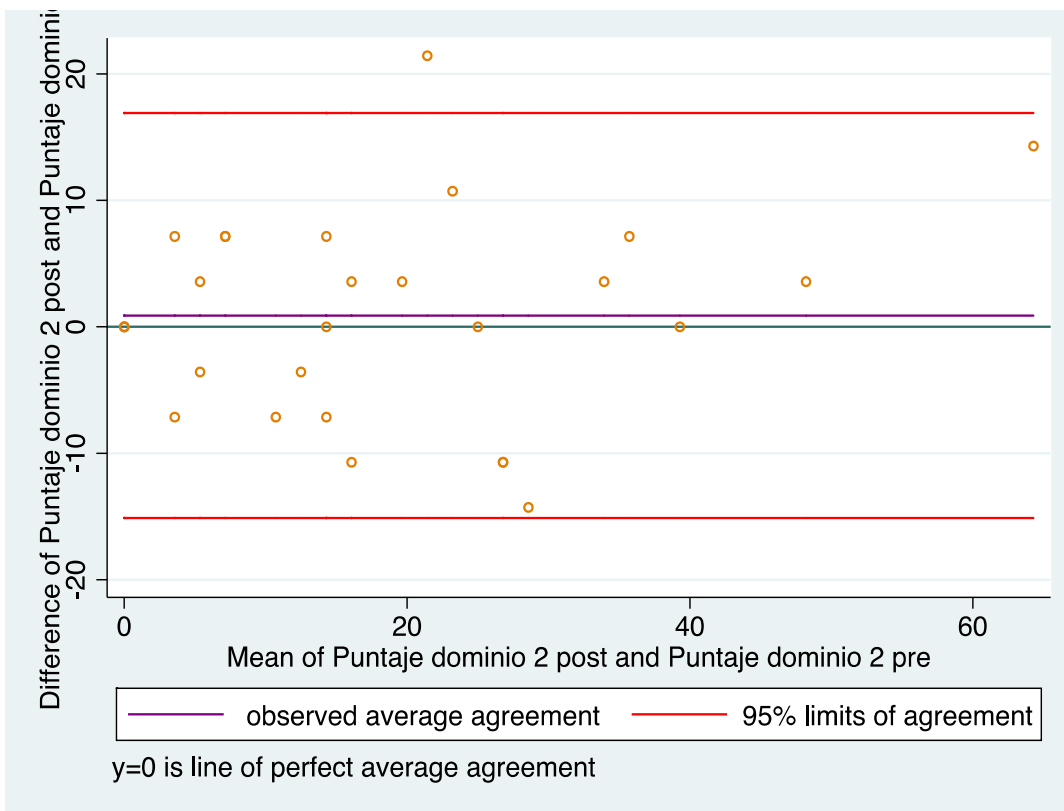
ANEXO 3. GRÁFICOS DE CONCORDANCIA DE LIN CONFIABILIDAD TEST-RETEST

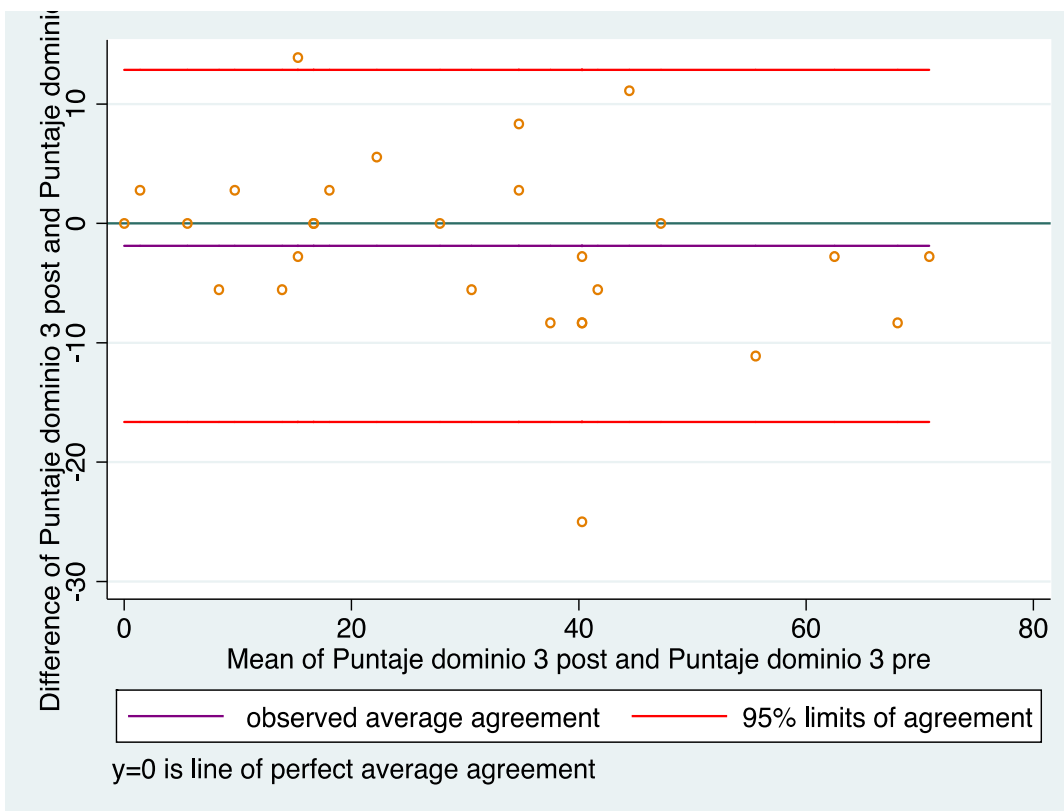
DOMINIO 1. RHO DE LIN 0,97



DOMINIO 2. RHO DE LIN 0,86



DOMINIO 3. RHO DE LIN 0.92



ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he sido informado que la Universidad Nacional de Colombia está realizando un estudio para validar un instrumento que permite medir aspectos relacionados con la calidad de vida de pacientes en tratamiento para esquizofrenia. El propósito del estudio es disponer de un instrumento para conocer mejor y medir objetivamente aspectos relacionados con la forma como percibo la calidad de mi vida.

Entiendo que se me ha invitado a participar del estudio porque presento esquizofrenia para la cual estoy siendo tratado. Se me explicó que dentro de la investigación no se me realizarán estudios, exámenes clínicos adicionales ni otros procedimientos médicos diferentes a los que me deben efectuar para el diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad.

Yo he elegido libremente participar en el estudio. Entendiendo que para esto:

1. Debo completar un cuestionario en el que se me formulan preguntas que buscan medir cómo percibo la calidad de mi vida.

2. Debe ser revisada mi historia clínica.

Entiendo que mi participación es enteramente voluntaria y que si me rehúso a contestar cualquier pregunta es mi elección, así como que puedo retirarme voluntariamente en cualquier momento del estudio sin que esto ocasione algún tipo de sanción o se vea afectado el servicio de salud que se me ofrece.

Entiendo que participar en el estudio no conlleva riesgo alguno, que no obtendré beneficio individual y que se espera que el beneficio sea recibido por otros pacientes mediante el conocimiento ganado por medio del presente estudio.

Entiendo que la información obtenida de mí será tratada de manera confidencial y que yo no voy a ser personalmente identificado en los resultados del estudio.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda acerca del estudio en este momento. Sé que si en futuro tuviera alguna duda del mismo puedo contactar al Dr.

_____.

Firma del entrevistado
C.C. No.

Firma del testigo
C.C. No.

XIX. Bibliografía

Sánchez R, Echeverri J. Validación de escalas de medición en salud. Rev Salud Pública (Bogotá). 2004; 6 (3): 302-18.

Awad G. Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica Rev Psiquiatr Urug 2008;72(2):121-129

Goodman M, Smith E. Measuring Quality of Life in Schizophrenia. Psychiatry & Mental Health eJournal, 1997; 2(6).

Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.

Kaplan V.A , Sadock B J. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins

Sibitz I, Amering M, Unger A, Seyringer ME, Bachmann A, Schrank B, Benesch T, Schulze B, Woppmann A The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. Eur Psychiatry. 2011 Jan;26(1):28-33.

Yamauchi K, Aki H, Tomotake M, Iga J, Numata S, Motoki I, Izaki Y, Tayoshi S, Kinouchi S, Sumitani S, Tayoshi S, Takikawa Y, Kaneda Y, Taniguchi T, Ishimoto Y, Ueno S, Ohmori T. Predictors of subjective and objective quality of life in outpatients with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Aug;62(4):404-11

Flanagan JC: A research approach to improving our quality of life. *Am Psychologist* 1978, 33:138-147.

McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31(3):247-263.

Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E: The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Soc SciMed* 1981; 15A:221-229

Betty s. Gilson, John s. Gilson, Marilyn bergner, Ruth a. Bobbitt, Shirley kressel, William e. Pollard, Michael vesselago, The Sickness Impact Profile Development of an Outcome Measure of Health Care *AJPH* DECEMBER, 1975, Vol. 65, No. 12

Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks N. Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. *Int J Ment Health Nurs* 2002;11:103-11.

Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., et al. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: The SQLS. *British Journal of Psychiatry*, 177, 42–46.

Kaneda Y, Imakura A, Fujii A, Ohmori T. Schizophrenia Quality of Life Scale: validation of the Japanese version. *Psychiatry Res* 2002; 113:107–113.

Nan Luo, Boon-Kheng Seng. Psychometric evaluation of the Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) in English- and Chinese-speaking Asians in Singapore. *Qual Life Res.*2008; 17:115–122.

Robinson Ramírez-Vélez, Ricardo A. Agredo-Zuñiga, Alejandra M. Jerez-Valderrama. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Rev. salud pública* vol.12 no.5 Bogotá Oct. 2010