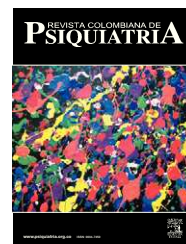


REVISTA COLOMBIANA DE PSQUIATRIA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Validación de la escala Schizophrenia Quality Of Life Scale (SQLS) para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia

María Fernanda Suárez^{a,*}, Ricardo Sánchez^b y José Manuel Calvo^b

^aPsiquiatra, Instituto de Salud Mental La Confraternidad, Villavicencio, Meta, Colombia

^bDepartamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de octubre de 2012

Aceptado el 3 de marzo de 2013

Palabras clave:

Calidad de vida

Estudios de validación

Esquizofrenia

Colombia

R E S U M E N

Objetivo: Validar la escala SQLS para medir la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia.

Métodos: Se aplicó a 251 pacientes la escala autoaplicable SQLS. La aplicación se repitió a los 2 días a 28 pacientes y a los 30 días a 38 pacientes para evaluar la confiabilidad test-retest y la sensibilidad al cambio respectivamente; 50 pacientes cumplieron además la escala SF-12 para determinar la validez concurrente.

Resultados: Se encontraron tres dominios para la escala SQLS en Colombia: para los tres dominios se encontraron coeficientes alfa de Cronbach $> 0,7$. El modelo con tres factores no mostró un ajuste adecuado. En la evaluación test-retest, se encontraron valores de correlación adecuados ($> 0,86$). No se encontró una diferencia significativa en las mediciones de la sensibilidad al cambio. La validez concurrente mostró valores de correlación aceptables sólo con los dominios de la SF-12, relacionados con salud y funcionamiento mental.

Conclusiones: Aunque la escala SQLS muestra una estructura factorial consistente con la propuesta original, buena consistencia interna y estabilidad en el tiempo, se requiere un estudio más detallado del funcionamiento de algunos ítems que pueden no estar midiendo el constructo adecuadamente.

© 2012 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.

Todos los derechos reservados.

Validation of the Schizophrenia Quality Of Life Scale (SQLS) to Measure Quality of Life in Patients Diagnosed With Schizophrenia in Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Quality of life

Validation studies

Schizophrenia

Colombia

Objective: To validate the SQLS scale in Colombian patients diagnosed with schizophrenia.

Method: The self-report scale was applied to 251 patients. Measures of test-retest reliability, internal consistency and correlation inter-scales with the SF-12 were made by applying the scale 2 days later in 28 patients, and 30 days later in 38; 50 patients filled-out the SF-12 scale to determine the concurrent validity.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mafsuaresb@hotmail.com (M.F. Suárez).

Results: Three domains were found with all of them having Cronbach's alphas >0.7 . The three factors model did not show adequate fit indexes. Test-retest evaluation showed satisfactory correlation values (>0.86). Sensitivity to change did not shown significant differences between the repeated measures. As regards concurrent validity, acceptable correlation values were found only in SF-12 domains related to mental health and functioning.

Conclusions: The SQLS has a factorial structure consistent with previous reports, adequate internal consistency and temporal stability. However, a more detailed examination of some of these items is required, considering that the measurement of the construct does not appear to be adequate.

© 2012 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

Introducción

La calidad de vida es un desenlace en salud con un importante componente de subjetividad, sobre el cual se han planteado diferentes definiciones. La mayoría concuerda en subrayar la importancia de la multidimensionalidad y la subjetividad del constructo, pero difiere 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»¹. De forma paralela 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. Así, la satisfacción de los pacientes con el cuidado de su salud ha adquirido mayor importancia y se ha convertido en un área importante de investigación^{2,3}. Debido a la falta de una definición consensuada acerca de la calidad de vida y las dudas que generaba que un paciente con síntomas psicóticos pudiera dar información verídica acerca de su bienestar, el interés en la medición de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia no se desarrolló hasta los años ochenta, lo cual puede estar relacionado también con la introducción de los nuevos antipsicóticos, que no muestran diferencias clínicas en desenlaces tradicionales (síntomas positivos o negativos), pero probablemente sí en bienestar y satisfacción del paciente, aspectos estos que se debe medir de una manera objetiva, especialmente en ensayos clínicos³.

La esquizofrenia, que afecta a 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 suele persistir durante toda la vida. Los síntomas que produce esta enfermedad son una fuente importante sufrimiento para el paciente y su familia, así como de discapacidad⁴. Las perso-

nas con la enfermedad se enfrentan no solo a los síntomas y los efectos secundarios del tratamiento, sino que sufren un deterioro en su funcionalidad, dadas la gravedad de la afección y la importancia de las áreas afectadas⁵. Con el tiempo se ven afectadas sus relaciones sociales y los diferentes roles que cumplían antes de presentar la enfermedad, en ocasiones perdiendo parte de su independencia y funcionalidad⁶. Además de tener una enfermedad crónica e incapacitante, las personas con diagnóstico de esquizofrenia tienen que enfrentarse al estigma social que padecer una enfermedad mental genera. 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 otro lado, 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 vida⁷. 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, esta continúa siendo una enfermedad que lleva a un deterioro progresivo, con el consecuente impacto en la calidad de vida de la persona que la padece⁸.

Con el fin de evaluar la calidad de vida de manera objetiva, válida y confiable, se han desarrollado diversos instrumentos; por ejemplo, el *Nottingham Health Profile*⁹ y el *Sickness Impact Profile*¹⁰ son escalas que se han utilizado para medir la calidad de vida de pacientes con enfermedades mentales¹¹. También se han desarrollado instrumentos específicos para medir la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia: sin embargo, algunos muestran limitaciones porque son excesivamente largos, como el *Quality of Life Questionnaire* (QoLQ)¹², el *Quality of Life Self-Report-100* (QLS-100)¹³ y el *Quality of Life Checklist* (QoLC)^{11,14}, o no tienen unas propiedades psicométricas claramente establecidas, como es el caso de la *Quality of Life Scale* (QLS)¹¹; una limitación adicional de algunos instrumentos es que requieren que los aplique un entrevistador entrenado, como la *Satisfaction with Life Domain Scale* (SLDS), la QLS o el *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (MANSA)¹⁵.

En el año 2000, Wilkinson et al desarrollaron el instrumento *Schizophrenia Quality of Life Scale* (SQLS), que supera algunos de estos problemas: es una escala autoaplicable, lo que facilita su aplicación y da importancia al componente subjetivo de la evaluación; su utilidad es adecuada, con un

tiempo de aplicación corto (5-10 min, según el artículo original) debido a que consta de tan sólo 30 ítems; a pesar de ser corta, es multidimensional, y divide los ítems en tres dominios: psicosocial, energía/motivación y síntomas/efectos adversos¹⁶. Se ha reportado que las características psicométricas de la escala son adecuadas: en el artículo original se mencionan coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) entre 0,78 y 0,93 para las diferentes subescalas. También se reportaron adecuados niveles de validez convergente del instrumento al medir la correlación con escalas como SF-36, *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12) y la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)¹⁶. Esta escala ha sido validada en diversos países del mundo, como China, Taiwán, Japón y Singapur, entre otros, y se ha usado ampliamente en estudios de medición de calidad de vida en esquizofrenia^{17,18}. En un trabajo previo, se realizó la adaptación transcultural de la SQLS en Colombia, por lo cual se dispone ya de una versión, pero cuyas propiedades psicométricas no se conocen aún (tabla 1)¹⁹.

Teniendo en cuenta lo anterior, se planteó como objetivo del presente estudio validar este instrumento para poder medir de manera objetiva, válida y confiable la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. Así, se espera disponer de una herramienta que optimice la evaluación clínica y facilite el desarrollo de la

investigación de la calidad de vida de los pacientes colombianos con esquizofrenia.

Métodos

Pacientes

Se evaluó a 251 pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que asistieron a los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias y clínica diurna de las siguientes instituciones de salud mental de Bogotá durante 2009 y 2010: Hospital Santa Clara, Clínica Nuestra Señora de la Paz, Clínica San Juan de Dios de Chía y Hospital de la Victoria. La muestra fue consecutiva y no probabilística y se aplicaron los siguientes criterios de elegibilidad: diagnóstico de esquizofrenia por historia clínica de la institución, confirmado por entrevista psiquiátrica usando un instrumento semiestructurado con base en los criterios del DSM-IV; edad mayor de 18 años; diagnóstico inicial efectuado al menos 1 año antes (para garantizar estabilidad del diagnóstico y mejorar la validez de la medición); capacidad del paciente para leer y escribir; ser colombiano hispanoparlante; no presentar comorbilidad con uso patológico de sustancias, trastornos del estado del ánimo o enfermedades crónicas diferentes de la esquizofrenia que

Tabla 1 – La escala Schizophrenia Quality of Life (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 visión es borrosa
22. I feel very mixed up and unsure of my self	22. Me siento muy confundido e inseguro de mí 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

pudieran afectar a la calidad de vida, y dar consentimiento para participar en el estudio.

Instrumento

La SQLS es un instrumento autoaplicable consistente de 30 ítems que se agrupan en los siguientes dominios: Psicosocial (15 ítems), Motivación y energía (7 ítems) y Síntomas y efectos secundarios (8 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa con un nivel de medición ordinal, usando un formato Likert con puntuaciones que van desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre). Para que puntuaciones mayores reflejen peor calidad de vida, algunos ítems se transforman invirtiendo sus valores. La puntuación total de la escala se calcula sumando las de los ítems para cada paciente, dividiendo esta suma por la máxima puntuación posible para cada paciente y multiplicando esta razón por 100.

Para evaluar la validez de criterio concurrente, se estimaron los coeficientes de correlación entre las puntuaciones de los dominios de la SQLS y los de la SF-12 a 50 de los 251 pacientes entrevistados. La SF-12 es la versión corta de la escala SF-36 e incluye 12 ítems agrupados en diez aspectos: salud física, funcionamiento físico, desempeño físico, limitación a causa de la salud física, dolor corporal, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, salud general y funcionamiento social. Se utilizó la SF-12 debido a que en Colombia no existe una escala específica de calidad de vida validada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. En un estudio realizado en Cali, Colombia, acerca de los valores preliminares y la confiabilidad de esta escala, se encontró $\alpha = 0,7$ para adultos sanos²³.

Procedimientos para la recolección de información

Para realizar el estudio, se obtuvo autorización de los comités de ética de las instituciones hospitalarias en que se recolectaron los datos. Para la aplicación del instrumento, se explicó a los participantes el objetivo del estudio, y se obtuvo su autorización para participar en él mediante consentimiento informado. Luego de una entrevista semiestructurada aplicada por un examinador entrenado buscando confirmar el diagnóstico, se procedió a la aplicación del instrumento, que los pacientes completaron de forma individual. Para 28 de ellos, se repitió la aplicación a los 2 días y para 38, a los 30 días.

Análisis estadístico

Para efectuar el resumen de las variables demográficas, clínicas y las relacionadas con la puntuación de la escala, se utilizaron métodos de estadística descriptiva. Para resumir variables continuas, se calcularon media $\pm$ desviación estándar o mediana [intervalo intercuartílico], dependiendo de la simetría de la distribución. Se usaron pruebas de ANOVA para comparar puntuaciones entre dominios, con un nivel de significación del 5%, y pruebas *post-hoc* de Sidak.

Para evaluar la validez de contenido, se determinó previamente la factorizabilidad de la matriz con la prueba de

esfericidad de Bartlett y la prueba de Kaiser Meyer-Olkin. Posteriormente se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de factores principales para dilucidar la estructura de variables latentes en esta muestra de pacientes. El número de factores que analizar se determinó a partir del cambio de inercia en un gráfico de sedimentación. Para definir la conformación de los factores, se tomaron las cargas factoriales con valor $\geq 0,3$ ²⁰. Se utilizaron rotaciones ortogonales (*varimax*) y oblicuas (*promax*) para seleccionar la solución que tuviera la mejor interpretabilidad desde el punto de vista clínico. Además, dentro de la validez de contenido, se practicó un análisis factorial confirmatorio por medio de ecuaciones estructurales²¹. El ajuste del modelo se evaluó usando la razón χ^2 /grados de libertad (valores < 3 indican que el modelo es adecuado), la raíz de la aproximación del error cuadrado medio (RAECM) ($< 0,08$ indica ajuste aceptable), el índice de ajuste no normalizado (IANN), el índice de bondad de ajuste (IBA) y el índice de ajuste comparativo (IAC) (valores cercanos a 1 indican buen ajuste del modelo)²².

Para determinar la consistencia interna, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para la escala, cada uno de los dominios y cada uno de los ítems al ser retirados. Para evaluar la confiabilidad test-retest se calculó el coeficiente de correlación-concordancia de Lin a partir 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 establecer la sensibilidad del instrumento al cambio, a 40 pacientes se les aplicó la escala en dos oportunidades: al inicio del tratamiento y 30 días después, periodo en el cual se esperaba un cambio de la condición evaluada; para el análisis estadístico de este componente, se utilizaron ANOVA de medidas repetidas, tomando niveles de significación del 5%. Para los análisis estadísticos se usaron los programas Lisrel® y Stata 12®.

Resultados

La escala se aplicó a un total de 251 pacientes; de ellos, 195 (77%) estaban hospitalizados; 37 (15%), en consulta externa, y 19 (8%), en hospital día. El tiempo que requirieron los pacientes para cumplimentar el instrumento fue entre 5 y 10 min, y ningún paciente interrumpió la aplicación de la escala. Del total de evaluados, 66 (26%) eran mujeres. La media de edad era $37,5 \pm 11,4$ (18-65) años. Según el tipo de esquizofrenia, se presentó la siguiente distribución: 210 pacientes (83,67%) tenían esquizofrenia paranoide; 30 (11,95%), esquizofrenia residual; 10 (3,98%), esquizofrenia indiferenciada, y 1 (0,4%), esquizofrenia desorganizada. La evolución de la enfermedad tuvo una mediana de 11 [15] años. Las puntuaciones más altas en la escala correspondieron a medianas de 3 [2] y se encontraron en los ítems «Estoy preocupado por mi futuro» y «Me preocupan las cosas». Las más bajas correspondieron a medianas de 0 [2], en los ítems «Me siento inestable al caminar», «Soy capaz de llevar a cabo mis actividades diarias», «Mi sueño está alterado» y «Tengo mareos». Las puntuaciones obtenidas en cada uno de los dominios de la escala se presentan en la tabla 2. La más baja correspondió al dominio de síntomas/efectos secundarios.

Tabla 2 – Puntuaciones de la escala Schizophrenia Quality of Life (SQLS) para cada dominio original

	Media $\pm$ desviación estándar	Mediana [intervalo intercuartílico] (mínimo-máximo)
Dominio		
Psicosocial	41,25 $\pm$ 19,62	41,67 [28,33-56,67] (0-96,67)
Motivación energía	40,31 $\pm$ 16,09	39,29 [28,57-50] (0-82,14)
Síntomas/efectos secundarios	26,21 $\pm$ 17,48	21,88 [12,5-37,5] (0-81,25)

Validez de contenido

Un análisis factorial exploratorio mediante rotación oblicua (Oblimin) mostró que la mejor solución consistía de los tres dominios cuya estructura se presenta en la tabla 3. Dicha estructura se desarrolla a partir de los resultados del test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 2.068,95_{(435)}$; $p < 0,001$) y el test de Kaiser-Meyer-Olkin (0,88). Todos los valores de unicidad eran $< 0,91$. De acuerdo con el análisis, en esta muestra de pacientes colombianos los ítems no se distribuyen de manera idéntica en los dominios propuestos en la solución original de la escala, y se encuentra una estructuración diferente que puede interpretarse de la siguiente manera:

- Dominio 1: Síntomas emocionales y deficitarios negativos.
- Dominio 2: Efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

- Dominio 3: Síntomas relacionados con la actividad y la participación social.

El segundo abordaje utilizado para evaluar la validez de contenido fue un análisis confirmatorio con modelos de ecuaciones estructurales. En el modelo evaluado (fig. 1), puede verse que los valores de las cargas asignadas por cada ítem a los diferentes factores tienen plausibilidad clínica. En todos los casos, las correlaciones entre el componente estructural tuvieron valores $> 0,8$. Las pruebas de bondad de ajuste mostraron los siguientes resultados: razón $\chi^2/\text{gl} = 3,1$; RAECM = 0,086; IANN = 0,88; IBA = 0,80; IAC = 0,89.

Validez de criterio

En cuanto a la validez de criterio concurrente, se encontraron valores de correlación negativos, lo cual es coherente con el sen-

Tabla 3 – Análisis factorial exploratorio de la escala Schizophrenia Quality of Life (SQLS)

	F1	F2	F3	Unicidad
1. Me falta energía para hacer las cosas			0,4171	0,7095
2. Estoy aburrido o molesto con mi tembladera		0,6197		0,6446
3. Me siento inestable al caminar		0,3325		0,7662
4. Me siento bravo			0,3338	0,7373
5. Tengo problemas de sequedad en la boca		0,3784		0,7808
6. Me molesta que me presionen para hacer las cosas	0,3459			0,7941
7. Estoy preocupado por mi futuro	0,635			0,618
8. Me siento solo	0,5021			0,6976
9. Me siento sin esperanza	0,5226			0,6396
10. Se me entiesan los músculos		0,619		0,5787
11. Me siento muy sobresaltado y nervioso	0,364			0,6421
12. Soy capaz de llevar a cabo mis actividades diarias			0,2334	0,907
13. Participo en actividades agradables			0,5438	0,7359
14. Malinterpreto las cosas que la gente dice			0,32	0,7571
15. Me gusta planear las cosas por anticipado	-0,2783			0,8991
16. Me cuesta trabajo concentrarme			0,339	0,6697
17. Prefiero quedarme en casa			0,377	0,7969
18. Me resulta difícil relacionarme con la gente			0,5014	0,6539
19. Me siento triste y deprimido	0,5448			0,5663
20. Siento que no soy capaz de enfrentar las cosas	0,2952			0,7172
21. Mi visión es borrosa		0,3466		0,8305
22. Me siento muy confundido e inseguro de mí mismo	0,4071		0,376	0,545
23. Mi sueño está alterado	0,3485			0,6713
24. Tengo altibajos en mis emociones	0,497			0,5889
25. Me han dado tics en mis músculos		0,4054		0,6978
26. Me preocupa que no me vaya a mejorar	0,5295			0,5646
27. Me preocupan las cosas	0,6867			0,5471
28. Siento que las personas tienden a evitarme			0,3245	0,7057
29. Me molesta pensar en el pasado	0,5064			0,709
30. Tengo mareos		0,497		0,6742

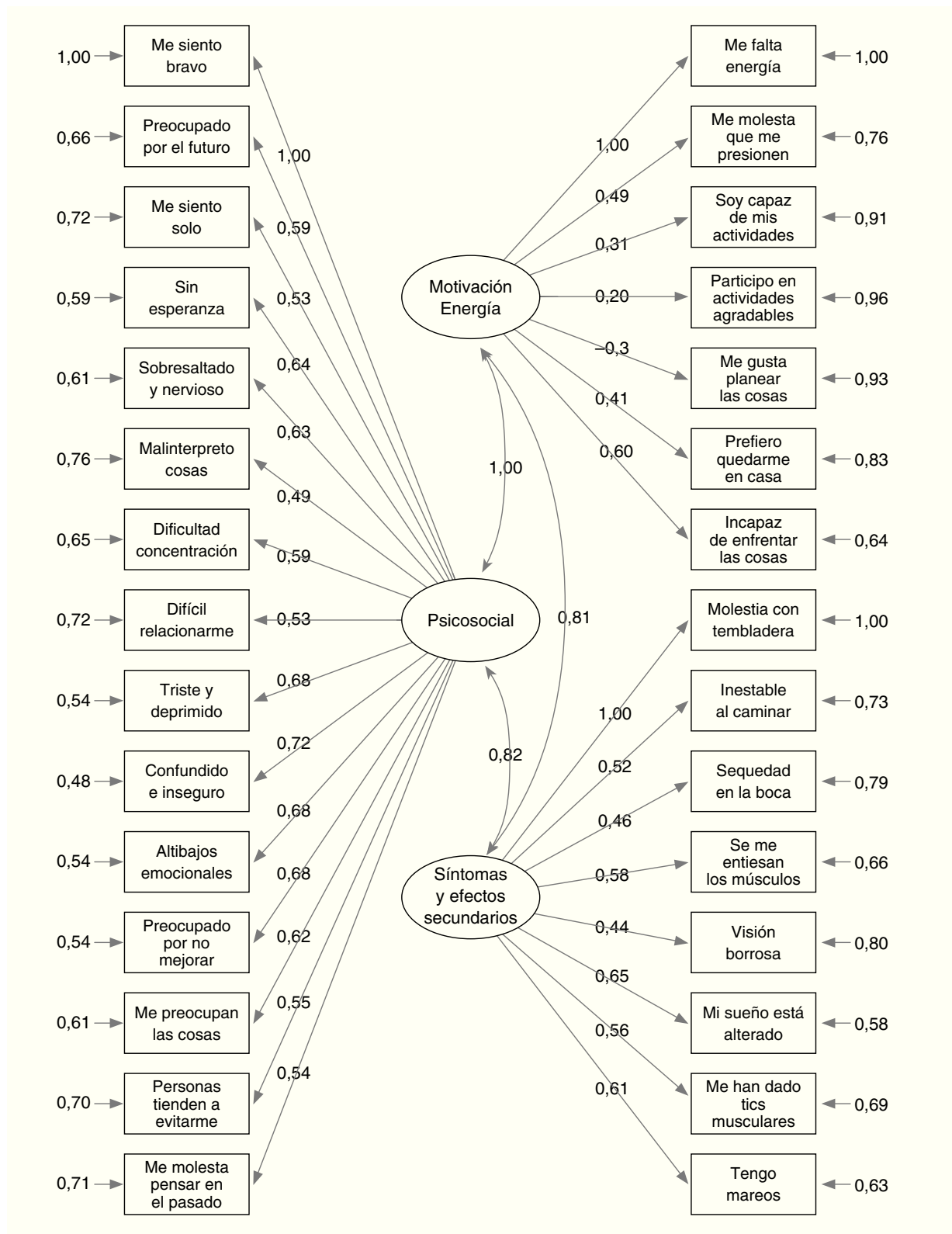


Figura 1 – Componente estructural y componente de medición de la escala Schizophrenia Quality of Life (SQLS).

tido que tienen las mediciones (recuérdese que, en la SQLS, valores mayores indican peor calidad de vida). Los mayores valores de correlación se encontraron con los dominios del SF-12 corres-

pondientes a salud y funcionamiento mental. Debe destacarse que los valores de correlación fueron, en general, pobres o moderados, pues el máximo valor alcanzado fue 0,42 (tabla 4).

Tabla 4 – Valores de correlación entre puntuaciones de SF-12 y dominios de la SQLS

SF-12	Psicosocial	Motivación, energía	Síntomas, efectos secundarios
Salud física	0	-0,03	-0,06
Salud mental	-0,25	-0,26	-0,40
Funcionamiento físico	-0,10	-0,14	-0,12
Limitación física de roles	-0,20	-0,38	-0,11
Dolor	-0,21	-0,22	-0,37
Salud general	0,10	0,10	0,10
Vitalidad	-0,16	-0,17	-0,20
Limitación emocional de roles	0	-0,13	-0,07
Funcionamiento social	-0,06	-0,04	-0,42
Funcionamiento mental	-0,41	-0,40	-0,42

SQLS: Schizophrenia Quality of Life Scale.

Consistencia interna

Se encontró $\alpha = 0,893$ para toda la escala. Para cada uno de los dominios fueron $\alpha = 0,85$ para el dominio 1; $\alpha = 0,69$ para el dominio 2, y $\alpha = 0,72$ para el dominio 3. Con excepción del ítem 15 (al retirar «Me gusta planear las cosas por anticipado», $\alpha = 0,895$), ninguno de los ítems produjo un incremento del coeficiente alfa al ser retirado.

Confiabilidad repitiendo la prueba

El análisis de la confiabilidad test-retest para el dominio 1 mostró un coeficiente de correlación-concordancia de Lin de 0,97 (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,839-0,975). Para el dominio 2, el coeficiente de correlación-concordancia fue de 0,869 (IC95%, 0,777-0,961). En el dominio 3 se encontró un coeficiente de correlación-concordancia de 0,925 (IC95%, 0,873-0,977).

Sensibilidad al cambio

Para evaluar este aspecto, se comparó las medias de las 38 medidas iniciales contra las de las 38 realizadas 30 días después de la primera aplicación. Para el dominio 1 se encontró una media de $41,54 \pm 3,29$ (IC95%, 34,87-48,21) en la primera medición y $42,95 \pm 2,47$ (IC95%, 37,93-47,97) en la segunda. En el dominio 2, $26,03 \pm 3,07$ (IC95%, 19,81-32,25) en la primera y $27,72 \pm 2,44$ (IC95%, 22,77-32,67) en la segunda. Por último, en el dominio 3, $35,74 \pm 2,96$ (IC95%, 29,74-41,74) y $34,57 \pm 2,47$ (IC95%, 29,56-39,58). Ninguna de estas diferencias resultó estadísticamente significativa (fig. 2).

Discusión

Con una enfermedad crónica de difícil control ante la cual los tratamientos disponibles no muestran marcada eficacia ni logran diferenciarse netamente entre ellos, la calidad de vida se convierte en un desenlace clínicamente relevante. En psiquiatría la esquizofrenia tal vez sea la enfermedad que más claramente muestra este perfil de cronicidad y pobre respuesta a las intervenciones terapéuticas. Sin embargo, la medición de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos no parece ser una práctica clínica habitual ni una evaluación que se haga sistemáticamente en estudios clínicos; esto probablemente se deba a la falta de instrumentos disponibles para tal tipo de medición y la percepción de que el deterioro del paciente puede afectar a la evaluación que él haga de los aspectos relacionados con su calidad de vida. La SQLS, al menos en los estudios iniciales de validación, se ha presentado como un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas, lo cual se ha tenido en cuenta para emprender el presente trabajo de validación.

El tiempo invertido por los pacientes para aplicarse el instrumento indica que el proceso de medición no resulta demorado ni dispendioso; esto, sumado al hecho de que calificarlo no requiere de algoritmos complejos, argumenta a favor de la utilidad de la escala tanto en estudios de investigación como en la práctica clínica.

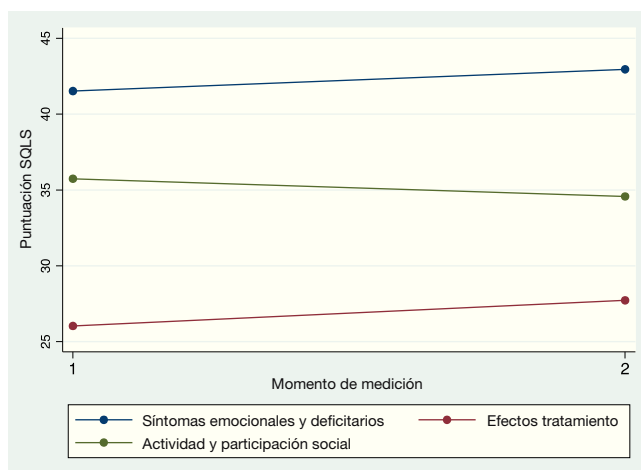


Figura 2 – Sensibilidad al cambio. Dominios de la escala Schizophrenia Quality of Life (SQLS).

En cuanto a la validez de contenido, el análisis factorial muestra una estructura que en general coincide con la propuesta presentada en la validación inicial. Los dominios encontrados para la SQLS en Colombia logran medir tres aspectos fundamentales en la esquizofrenia: los síntomas emocionales y deficitarios negativos que, como se sabe, son los que mayor deterioro clínico generan y el área de más difícil manejo a la hora de tratar la enfermedad; los síntomas relacionados con la participación social, que en la validación original del instrumento se ubican en un dominio psicosocial, y por último, los efectos secundarios de tratamiento, un área importante al elegir entre las diferentes opciones de tratamiento farmacológico. Puede verse que los dominios que se insinúan en esta muestra de pacientes colombianos tienen una adecuada correspondencia con los tres dominios propuestos en la validación original. Esta estructura factorial tiene elementos en común con otras escalas que miden calidad de vida en otras enfermedades crónicas; por ejemplo, el sistema FACIT-G para medir calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer incorpora estos cuatro dominios: síntomas, apoyo psicosocial, funcionalidad y síntomas emocionales²⁴. Sin embargo, la evaluación del modelo mediante sistemas de ecuaciones estructurales apunta a que el ajuste de esta estructura apenas es aceptable, lo cual podría relacionarse con la presencia de ítems redundantes o innecesarios (p. ej., el ítem 15, «Me gusta planear las cosas por anticipado»), con una distribución inapropiada de los ítems dentro de los factores, o con la presencia de elementos en el sistema estructural que no se incorporaron a la medición. Otro ítem que no mostró un funcionamiento óptimo dentro del modelo es la pregunta 12, que mostró cargas factoriales < 0,4 y una unicidad cercana a 0,9.

En cuanto a la consistencia interna de la escala, los alfa de Cronbach en los tres dominios están entre 0,7 y 0,9, lo que indica la adecuada homogeneidad del instrumento.

El análisis de la validez de criterio concurrente muestra que los dominios de la SQLS se correlacionan de manera aceptable solamente con los dominios relacionados con salud y funcionamiento mental medidos a través de un índice de salud; este hallazgo podría indicar que la SQLS está midiendo un repertorio restringido de características relacionadas con calidad de vida, de lo cual se podría inferir que un instrumento que evalúe de manera más integral este constructo debería incorporar ítems relacionados con estas dimensiones.

Según lo encontrado, la SQLS tiene buena confiabilidad test-retest, pues los coeficientes son > 0,85 en los tres dominios y las mediciones están dentro del IC95%. Esto apunta a que el instrumento tiene la capacidad de medir una misma condición, que se encuentra estable entre diferentes momentos. Con la sensibilidad al cambio, por el contrario, no se encontraron diferencias significativas entre los valores de las dos mediciones efectuadas. Este resultado se puede interpretar 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 de los pacientes con esquizofrenia. Otra posible interpretación es que la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia es un constructo relativamente estable y que

sería necesario hacer mediciones a más largo plazo o tras intervenciones que generen cambios claros en las condiciones del paciente para poder detectar tales cambios. A la luz de estos resultados, se considera que el método de medición puede ser una limitación, y es necesario realizar futuras investigaciones para determinar si el instrumento tiene o no la capacidad adecuada para medir los cambios de percepción del paciente sobre su calidad de vida.

Como limitaciones del estudio, consideramos que la muestra empleada tiene unas características clínicas restringidas (mayoritariamente pacientes durante un episodio agudo, con esquizofrenia paranoide y con largo tiempo de evolución de la enfermedad), lo cual podría afectar a la generalización de los resultados.

En resumen, los resultados del presente estudio de validación indican que la SQLS tiene algunas propiedades psicométricas adecuadas (estructura factorial concordante con la propuesta original, buena consistencia interna y estabilidad en el tiempo), pero merece un estudio más detallado del funcionamiento de algunos ítems que pueden no estar midiendo el constructo adecuadamente; otra opción que se debe considerar es la inclusión de nuevos ítems que puedan incorporar dimensiones, no incluidas en la presente escala, que podrían hacer parte importante del constructo; para tal efecto sería conveniente utilizar técnicas de validación que tengan en cuenta la teoría de respuesta al ítem.

B I B L I O G R A F Í A

1. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum. 1996;17:354-6.
2. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med. 1998;46:1569-85.
3. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL. Br J Psychiatry. 1998;172:291-3.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9.^a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
5. Priebe S, Reininghaus U, McCabe R, Burns T, Eklund M, Hansson L, et al. Factors influencing subjective quality of life in patients with schizophrenia and other mental disorders: a pooled analysis. Schizophr Res. 2010;121:251-8.
6. Saarni SI, Viertio S, Perala J, Koskinen S, Lonnqvist J, Suvisaari J. Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. Br J Psychiatry. 2010;197:386-94.
7. Sibitz I, Amering M, Unger A, Seyringer ME, Bachmann A, Schrank B, et al. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. Eur Psychiatry. 2011;26:28-33.
8. Yamauchi K, Aki H, Tomotake M, Iga J, Numata S, Motoki I, et al. Predictors of subjective and objective quality of life in outpatients with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci. 2008;62:404-11.
9. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. Soc Sci Med A. 1981;15(3 Pt 1):221-9.

10. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*. 1981;19:787-805.
11. Awad AG, Voruganti LN. Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an update. *Pharmacoeconomics*. 2012;30:183-95.
12. Norholm V, Bech P. Quality of life assessment in schizophrenia: applicability of the Lehman Quality of Life Questionnaire (TL-30). *Nord J Psychiatry*. 2007;61:438-42.
13. Becchi A, Rucci P, Placentino A, Neri G, De Girolamo G. Quality of life in patients with schizophrenia—comparison of self-report and proxy assessments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:397-401.
14. Kunikata H, Mino Y. [Quality of life and schizophrenia. A review of the literature]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2003;50:377-88.
15. Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks NA. Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. *Int J Ment Health Nurs*. 2002;11:103-11.
16. Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V, et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *Br J Psychiatry*. 2000;177:42-6.
17. Kaneda Y, Imakura A, Fujii A, Ohmori T. Schizophrenia Quality of Life Scale: validation of the Japanese version. *Psychiatry Res*. 2002;113:107-13.
18. Luo N, Seng BK, Xie F, Li SC, Thumboo J. Psychometric evaluation of the Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) in English- and Chinese-speaking Asians in Singapore. *Qual Life Res*. 2008;17:115-22.
19. Calvo J, Sánchez R, Peña D. Traducción y adaptación de la escala SQLS para medir calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional*. 2012;60:95-102.
20. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research. Thousand Oaks: Sage; 2003.
21. Kelloway EK. Using LISREL for structural equation modeling: a researcher's guide. Thousand Oaks: Sage; 1998.
22. Diamantopoulos A, Siguaw JA. Introducing Lisrel: a guide for the uninitiated. London: Sage; 2000.
23. Ramirez-Velez R, Agredo-Zuniga RA, Jerez-Valderrama AM. [The reliability of preliminary normative values from the short form health survey (SF-12) questionnaire regarding Colombian adults]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2010;12:807-19.
24. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*. 1993;11:570-9.