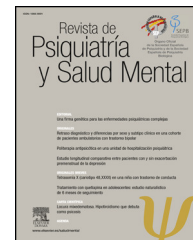




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL BREVE

Curso de la enfermedad y calidad de vida en pacientes mexicanos con psicosis



Lizzette Gómez-de-Regil

Unidad de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Mérida, Yucatán, México

Recibido el 6 de agosto de 2013; aceptado el 14 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 13 de marzo de 2014

PALABRAS CLAVE

Curso de la enfermedad;
Calidad de vida;
Mexicanos;
Psicosis;
Esquizofrenia

Resumen

Objetivo: Analizar las diferencias en la calidad de vida de pacientes con psicosis comparados de acuerdo con el curso de la enfermedad.

Método: Se usaron las historias clínicas y la SCID-I para establecer el curso de la enfermedad, que se clasificó conforme a 3 criterios: a) recaídas, b) síntomas residuales y c) diagnóstico clínico primario. La calidad de vida subjetiva se evaluó con el cuestionario Sevilla.

Resultados: Participaron 61 pacientes (el 56% mujeres) que, en general, refirieron un nivel de calidad de vida adecuado. El curso de la enfermedad, caracterizado por la presencia de síntomas residuales, más que por la experiencia de recaídas o la evolución de un primer episodio de psicosis a esquizofrenia, reveló un efecto negativo sobre la calidad de vida percibida por los pacientes.

Conclusiones: Los servicios clínicos ofrecidos a los pacientes con psicosis han de enfocarse no solo en la remisión de los síntomas y prevención de las recaídas sino también en la obtención del restablecimiento con una calidad de vida satisfactoria. Puesto que se han identificado los síntomas residuales como un factor esencial que afecta de modo negativo a la calidad de vida, los médicos han de valorarlos cuidadosamente a fin de lograr el mayor grado posible de restablecimiento del paciente.

© 2013 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Illness course;
Quality of life;
Mexican;
Psychosis;
Schizophrenia

Illness course and quality of life in Mexican patients with psychosis

Abstract

Objective: To analyze the differences in the quality of life of patients with psychosis according to the course of the illness.

Method: Clinical records and SCID-I interviews were used to establish the course of the illness and to categorize it according to 3 criteria: a) relapses, b) residual symptoms, and c) clinical diagnosis. Subjective quality of life was assessed with the Seville Questionnaire.

Correo electrónico: gomezderegil@gmail.com

Results: Sixty one patients (56% women) participated, reporting a mostly adequate quality of life. An illness course characterized by the presence of residual symptoms, rather than by the occurrence of any relapse or the progression of a first-episode psychosis into schizophrenia, showed a negative effect on the perceived quality of life of patients.

Conclusions: The clinical services provided to patients with psychosis should focus not only on symptoms remission and relapse prevention, but also achieving a recovery with a satisfactory quality of life. Having identified residual symptoms as a crucial factor negatively affecting quality of life, clinicians must carefully assess them and treat them, in order to achieve the best possible recovery.

© 2013 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En la actualidad los expertos han alcanzado un consenso general acerca de que las psicosis del espectro de la esquizofrenia ya no significan un curso inexorable hacia el deterioro y que un primer episodio de psicosis puede seguir cursos muy diversos —desde el restablecimiento íntegro del paciente hasta una cronificación¹. Además, las pruebas sugieren que, si acontecen, el deterioro y/o las recidivas, son más probables en los 3-5 primeros años tras el inicio de la psicosis (el «período crítico»); más adelante, la enfermedad parece estabilizarse^{2,3}. Por lo tanto, el curso de la psicosis puede estabilizarse en los primeros años y no todos los casos evolucionarán en una psicosis persistente o devastadora. Con respecto al diagnóstico, después de alrededor de 6 meses de evolución, la psicosis puede clasificarse como una esquizofrenia u otro tipo de psicosis no afectiva⁴. Otros criterios usados para valorar su curso son la presencia de síntomas residuales⁵ y la incidencia de recidivas posteriores^{5,6}.

En el tratamiento de salud mental, con las perspectivas actuales, el objetivo no solo es obtener la remisión (desaparición o atenuación de la presencia y la gravedad de los síntomas básicos de la enfermedad) sino también el restablecimiento, que comprende la remisión, unos desenlaces funcionales y psicosociales adecuados y una calidad de vida satisfactoria⁷. La investigación y la política de salud pública y los programas de medicina han adoptado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud para valorar los efectos de las enfermedades crónicas (p. ej., la esquizofrenia) sobre el funcionamiento diario de los pacientes, su satisfacción con la vida y cómo se relaciona con diversos índices de salud (entre otros, demográficos, sociales, económicos, accesibilidad y cobertura).

Con respecto al curso diagnóstico, aunque la investigación indica que los pacientes con esquizofrenia experimentan una calidad de vida significativamente más desfavorable⁸, no parecen más afectados comparados con pacientes con otros tipos de psicosis⁹. Un curso recurrente¹⁰ y la psicopatología residual¹¹ también se han relacionado con una disminución de la calidad de vida. Esta es una variable tan importante como compleja, y la investigación ha proporcionado pruebas de cómo puede estar influida por diversos factores sociodemográficos, clínicos, sociales y terapéuticos^{8,9}. Se han propuesto diversos parámetros o escalas para su valoración⁸. Es indudable que la

calidad de vida corre el riesgo de experimentar una afectación negativa cuando el paciente manifiesta un episodio psicótico, pero, puesto que el curso de la enfermedad es muy variable, es necesario investigar las diferencias en la calidad de vida de pacientes con psicosis cuando se comparan de acuerdo con el curso de su enfermedad, lo que constituye el objetivo del presente estudio. Los conocimientos del efecto individual del curso diagnóstico, recurrente o sintomático de la psicosis sobre la calidad de vida facilitarían la identificación de los pacientes que necesitan más apoyo y recursos para obtener un restablecimiento satisfactorio.

Métodos

El presente estudio se efectuó en un hospital psiquiátrico público de México una vez obtenida la autorización formal y la aprobación ética del comité de investigación del hospital. Se revisaron las historias clínicas en la búsqueda de pacientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: a) incidencia de un primer episodio de psicosis 5-11 años atrás (de modo que todos los pacientes hubieran superado el período crítico); b) edad de inicio: 16-45 años; c) diagnóstico actual primario de esquizofrenia u otro trastorno psicótico en función de los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-IV-TR])⁴; y d) habitante de la ciudad de Mérida, donde se localiza el hospital. Los criterios de exclusión fueron: a) psicosis de tipo afectivo, orgánico o tóxico⁴, b) un trastorno intelectual evidente y c) información de contacto insuficiente. De los 103 pacientes con los que contactamos, 5 no pudieron participar debido a la acusada gravedad de los síntomas. De los restantes, 61 (62,2%) estuvieron de acuerdo en ser entrevistados, firmando un formulario de consentimiento informado y sin que mediara una compensación económica.

En el momento de la valoración de los pacientes se utilizaron las historias clínicas y entrevistas *structured clinical interview for DSM disorders* (SCID-I)¹² para establecer el curso de la enfermedad y para clasificarlo de acuerdo con 3 criterios: a) recidivas, b) síntomas residuales y c) diagnóstico clínico primario. Los síntomas residuales son los signos del trastorno manifestados por: (i) solo síntomas negativos o (ii) 2 o más síntomas característicos (delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado e incoherencia, comportamiento claramente desorganizado o catatónico,

Tabla 1 Estadística descriptiva para la calidad de vida (n = 61)

Subescalas de calidad de vida	Media (DE)	Mediana	Puntuación total por encima de la media ^a (%)
<i>Favorables</i>	2,8 (0,6)	3,1	70,5
Satisfacción vital	3,2 (0,7)	3,2	82,0
Autoestima	2,9 (0,7)	3,0	73,8
Armonía	3,1 (0,8)	3,3	78,7
<i>Desfavorables</i>	1,7 (0,6)	1,6	13,1
Falta de percepción cognitiva	1,6 (0,6)	1,6	9,8
Falta de energía	1,8 (0,7)	1,7	18,0
Falta de control interno	1,8 (0,8)	1,6	21,3
Dificultades de expresión emocional	1,8 (0,8)	1,8	19,7
Dificultades de expresión cognitiva	1,7 (0,7)	1,4	21,3
Excentricidades	1,7 (0,8)	1,5	9,8
Miedo a perder el control	1,5 (0,6)	1,3	8,2
Hostilidad contenida	1,5 (0,6)	1,3	6,6
Automatismos	1,6 (0,7)	1,3	14,8

^a Los ítems Individuales pudieron puntuar desde 1 a 4; por lo tanto, el valor de la puntuación media es 2,5.

y síntomas negativos), presentes de una forma atenuada (subumbrales) (p. ej., pensamientos o creencias extraños o experiencias perceptivas insólitas)⁴. Una recidiva (episodio psicótico posterior) se define como «la incidencia de cualquier modificación mayor pertinente del cuadro psicopatológico, lo que propicia que el paciente sea derivado a un centro psiquiátrico o aumentar la dosis de la medicación antipsicótica, o ser ingresado en el hospital»⁶. Una recidiva podría haber ocurrido como un cambio desde (1) un estado de restablecimiento completo (ausencia de síntomas psicóticos) hasta la reaparición de síntomas psicóticos, o (2) un estado de restablecimiento parcial (estado estable de síntomas persistentes) hasta una exacerbación clara de los síntomas psicóticos⁵.

La calidad subjetiva de vida se evaluó con el cuestionario Sevilla¹³, un cuestionario autoevaluado con escalas de Likert, de 59 ítems, formulado para pacientes con esquizofrenia. Este cuestionario consta de una escala de aspectos favorables y otra de aspectos desfavorables, con 3 y 9 subescalas, respectivamente (tabla 1).

En primer lugar, se analizó la calidad de vida referida por la muestra total, obteniendo medias, desviaciones estándar y medianas para las puntuaciones conseguidas en la escala total y las subescalas. Además, se obtuvo el porcentaje de participantes cuya puntuación (total y por subescala) obtenida fue mayor que la media (es decir de 2,5 en un intervalo de 1 a 4). Acto seguido, los pacientes fueron asignados a uno de 2 grupos según si habían experimentado o no una recidiva, y las puntuaciones medias de calidad de vida conseguidas se compararon con una prueba de la t para muestras independientes, estableciendo un nivel de significación de $p=0,05$. Se siguió el mismo proceso para clasificar a los pacientes que presentaron o no síntomas residuales en el momento de la valoración y, por último, para clasificar a los pacientes de acuerdo con el diagnóstico de esquizofrenia u otro tipo de psicosis. Todos los análisis estadísticos se procesaron con un programa informático SPSS versión 19.

Resultados

En el momento de la valoración, ningún participante estaba hospitalizado; sin embargo, el 50,8% habían sido hospitalizados, como mínimo, en una ocasión, y el 34,4% habían sido hospitalizados cuando tuvo lugar el primer episodio de psicosis. El curso medio de la enfermedad era de 6,7 años ($DE=1,9$; límites 3,8–11,2). La edad media actual era de 35,9 años ($DE=10$) y la edad media al inicio de la psicosis fue de 29,1 años ($DE=9,8$). La mayoría de los participantes (un 49,2%) eran solteros; el 42,6% estaban casados/tenían pareja; y el 8,2% estaban divorciados/separados. La mayoría seguían viviendo con sus padres (un 54,1%) y su nivel de estudios era de ≤ 9 años (un 55,7%). Con respecto a la ocupación, el 34,4% refirió que era responsable de las tareas domésticas; el 44,3% trabajaba por cuenta propia, mientras que el 21,3% carecía de ocupación formal. Las mujeres representaron el 56% de la muestra; no se identificaron diferencias significativas de sexo para las 3 variables mencionadas previamente.

La tabla 1 presenta la estadística descriptiva correspondiente a la calidad de vida. No se detectaron diferencias significativas de sexo para ninguna subescala. Los participantes refirieron en su mayor parte una calidad de vida adecuada: para todas las medias de la dimensión favorable obtuvieron puntuaciones de más de 3 y para todas las medias de la dimensión desfavorable obtuvieron puntuaciones de menos de 2. Estos resultados positivos se confirman cuando se observan las puntuaciones medianas y el porcentaje de participantes con puntuaciones por encima y por debajo de la puntuación media (2,5) en las dimensiones favorable y desfavorable, respectivamente.

La tabla 2 presenta la distribución de casos de acuerdo con los 3 criterios y las diferencias del curso de la enfermedad cuando se comparan las puntuaciones de calidad de vida entre grupos. Con respecto a las distribuciones del curso de la enfermedad, el 39,3% experimentó recidivas, mientras que un 60,7% solo experimentó un episodio de psicosis; en

Tabla 2 Diferencias en la calidad de vida de acuerdo con el curso de la enfermedad (n = 61)

Subescalas de calidad de vida, media (DE)	Recidivas				Síntomas residuales				Diagnóstico			
	Cualquier recidiva n = 37	Episodio aislado n = 24	$t_{(59)}$	p	Presentes n = 30	Ausentes n = 31	$t_{(59)}$	p	Esquizofrenia n = 41	Otras psicosis n = 20	$t_{(59)}$	p
<i>Favorables</i>	2,7 (0,6)	2,9 (0,6)	-1,25	0,22	2,6 (0,7)	3,0 (0,5)	-3,00 ^a	0,00	2,7 (0,7)	3,0 (0,5)	-1,59	0,12
Satisfacción vital	3,0 (0,8)	3,3 (0,7)	-1,34	0,19	2,9 (0,8)	3,4 (0,6)	-2,64 ^a	0,01	3,1 (0,8)	3,3 (0,7)	-1,40	0,17
Autoestima	2,8 (0,7)	3,0 (0,8)	-0,59	0,56	2,6 (0,8)	3,2 (0,6)	-3,18 ^b	0,00	2,8 (0,8)	3,0 (0,6)	-0,83	0,41
Armonía	3,0 (0,9)	3,3 (0,6)	-1,66	0,10	2,9 (0,8)	3,3 (0,7)	-2,23 ^a	0,03	2,9 (0,8)	3,4 (0,5)	-2,05 ^a	0,05
<i>Desfavorables</i>	1,8 (0,6)	1,6 (0,5)	1,34	0,19	1,9 (0,7)	1,5 (0,5)	2,93 ^a	0,01	1,7 (0,6)	1,7 (0,6)	-0,70	0,94
Falta de percepción cognitiva	1,7 (0,6)	1,5 (0,5)	1,42	0,16	1,6 (0,6)	1,6 (0,6)	0,51	0,61	1,6 (0,6)	1,6 (0,6)	-0,36	0,72
Falta de energía	1,9 (0,7)	1,7 (0,7)	0,81	0,42	2,1 (0,8)	1,6 (0,5)	3,13 ^a	0,00	1,8 (0,7)	1,8 (0,8)	-0,14	0,89
Falta de control interno	1,9 (0,7)	1,7 (0,8)	1,30	0,20	2,1 (0,8)	1,6 (0,6)	2,36 ^a	0,02	1,8 (0,8)	1,8 (0,8)	0,09	0,93
Dificultades de expresión emocional	1,9 (0,8)	1,8 (0,8)	0,40	0,69	2,1 (0,8)	1,6 (0,6)	2,89 ^a	0,01	1,8 (0,8)	2,0 (0,7)	-0,72	0,48
Dificultades de expresión cognitiva	1,8 (0,7)	1,4 (0,5)	2,14 [*]	0,04	1,9 (0,7)	1,5 (0,6)	2,50 ^a	0,02	1,7 (0,7)	1,6 (0,6)	0,87	0,39
Excentricidades	1,7 (0,8)	1,7 (0,9)	-0,12	0,91	1,9 (0,9)	1,5 (0,7)	1,57 ^a	0,12	1,7 (0,8)	1,8 (1,0)	-0,40	0,69
Miedo a perder el control	1,6 (0,7)	1,3 (0,4)	2,11 [*]	0,04	1,7 (0,8)	1,2 (0,3)	3,25 ^b	0,00	1,5 (0,6)	1,5 (0,7)	0,08	0,94
Hostilidad contenida	1,5 (0,6)	1,4 (0,6)	0,44	0,66	1,7 (0,8)	1,2 (0,3)	3,33 ^b	0,00	1,4 (0,5)	1,6 (0,8)	-1,06	0,29
Automatismos	1,7 (0,8)	1,4 (0,6)	1,69	0,10	1,8 (0,8)	1,4 (0,6)	1,97 ^a	0,05	1,6 (0,7)	1,6 (0,8)	0,13	0,90

Resultados significativos ($p \leq 0,05$) en negrita.^a Tamaño medio del efecto ($\geq 0,5$).^b Tamaño grande del efecto ($\geq 0,8$).

el momento de la valoración, el 50,8% se encontraba libre de síntomas residuales; el 67,2% presentó esquizofrenia (14 paranoide, 2 desorganizada y 25 residual) y el 32,8% restante otros tipos de psicosis (8 esquizoafectiva, 7 delirante, 2 esquizofreniforme, 2 breve y una no especificada de otro modo).

Si se consideran las puntuaciones globales, puede observarse (tabla 2) que el criterio de síntomas residuales fue el único que mostró diferencias significativas entre grupos y, en ambas escalas, favorable y desfavorable. Además, los pacientes sin síntomas residuales obtuvieron una puntuación más favorable en 11 (10 de ellas estadísticamente significativas) de las 12 subescalas de calidad de vida, mientras que los criterios de recidivas y diagnóstico solo detectaron 2 y una diferencia significativa, respectivamente. En resumen, el criterio de síntomas residuales, más que el de diagnóstico o recidivas, reveló diferencias firmes y principalmente significativas en la mayoría de las dimensiones de calidad de vida, refiriendo los pacientes con síntomas residuales una peor calidad de vida, en comparación con aquellos libres de estos síntomas.

Discusión

Con independencia del curso de la enfermedad, y coincidiendo con los estudios previos efectuados en muestras de individuos de origen hispanoamericano¹⁴, los participantes apenas refirieron una afectación de la calidad de vida. Esta evidencia no solo respalda una visión más optimista de la psicosis cuando se alcanza el restablecimiento y que es posible una calidad de vida satisfactoria sino que también formula la pregunta de por qué los pacientes de los países desarrollados refieren una peor calidad de vida en comparación con los demás. Se ha propuesto que los contextos sociales y culturales con un entorno menos competitivo y unas exigencias de vida más moderadas, como los países hispanoamericanos, podrían ser influencias clave en este fenómeno¹⁴.

La psicopatología residual se ha relacionado con una peor calidad de vida¹¹; además, estos resultados sugieren que un curso de la enfermedad caracterizado por síntomas residuales, más que por la incidencia de una recidiva o la evolución de un primer episodio de psicosis en esquizofrenia, produce un efecto negativo sobre la calidad de vida percibida de los pacientes. Los síntomas residuales, relacionados o no con posibles efectos adversos del tratamiento, pueden influir en el bienestar subjetivo indirectamente a través de su intromisión en la enfermedad, afectando al funcionamiento social del individuo, las percepciones sobre la salud general y limitando el papel desempeñado por la persona debido a problemas emocionales¹⁵, lo que no solo disminuye los desenlaces de refuerzo positivo derivados de actividades apreciadas sino también la sensación de control personal; por consiguiente, limita la capacidad de obtener desenlaces positivos y/o evitar los negativos¹⁶. Debido al diseño del presente estudio, no se analizó apropiadamente la información sobre prescripción terapéutica y adhesión al tratamiento; por lo tanto, no pueden proporcionarse con precisión interpretaciones más detalladas de los factores que son la base de los síntomas residuales. Además, una valoración en mayor profundidad de la

psicopatología y de la funcionalidad abriría la posibilidad de hacer interpretaciones adicionales y más precisas. La calidad de vida es un desenlace tanto importante como complejo, influido por una serie de factores psicológicos y ambientales. Para la investigación futura, es preciso considerar su registro más riguroso y objetivo, al igual que el de otros datos pertinentes desde el inicio (o más precozmente) durante los años siguientes. Aparte de estas limitaciones, el presente estudio proporciona algunos hallazgos interesantes con respecto a una posible asociación entre el curso de la enfermedad (recidivas, síntomas residuales y diagnóstico) y la calidad de vida; no obstante, es preciso reconocer que un diseño prospectivo permitiría un registro más preciso y extenso de la información, en particular si se tiene en cuenta que la psicosis es una enfermedad de probable variación con el tiempo y, por esta razón, también puede variar la manera en la que el paciente percibe su calidad de vida. Además, una muestra a mayor escala, evaluada en repetidas visitas con el tiempo (es decir, en diferentes puntos de evolución), permitiría un análisis en mayor profundidad por diagnóstico y perfil clínico, lo que mejoraría la posibilidad de generalizar los resultados del presente estudio.

En los servicios clínicos proveídos a los pacientes con psicosis no solo se debe prestar atención a la remisión de los síntomas y a la prevención de las recidivas sino que el objetivo debe ser la provisión de un restablecimiento de los pacientes asociado a una calidad de vida satisfactoria. Al haber identificado los síntomas residuales como un factor decisivo que afecta de modo negativo a la calidad de vida, es preciso que los médicos valoren cuidadosamente estos síntomas y los traten para obtener un restablecimiento hasta el mayor grado posible.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), México, por la concesión de una beca doctoral (187498), al Hospital Psiquiátrico Yucatán por su apoyo, al igual que a todos los participantes incluidos en el estudio.

Bibliografía

1. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl.* 1992;20:1-97.
2. Srihari VH, Shah J, Keshavan MS. Is early intervention for psychosis feasible and effective? *Psychiatr Clin North Am.* 2012;35:613-31.
3. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, «Just the facts» 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res.* 2009;110:1-23.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision Washington, DC: Author; 2000.
5. Rosen K, Garety P. Predicting recovery from schizophrenia: A retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophr Bull.* 2005;31:735-50.
6. Altamura AC, Bassetti R, Sassella F, Salvadori D, Mundo E. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: A retrospective study. *Schizophr Res.* 2001;52:29-36.
7. Ciudad A, Bobes J, Álvarez E, San L, Novick D, Gilaberte I. Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2011;4:53-65.
8. 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.
9. Ritsner M, Kurs R, Gibel A, Hirschmann S, Shinkarenko E, Ratner Y. Predictors of quality of life in major psychoses: A naturalistic follow-up study. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:308-15.
10. Nasrallah HA, Lasser R. Improving patient outcomes in schizophrenia: Achieving remission. *J Psychopharmacol.* 2006;20:57-61.
11. Theodore K, Johnson S, Chalmers-Brown A, Doherty R, Harrop C, Ellett L. Quality of life and illness beliefs in individuals with early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47:545-51.
12. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for the DSM-IV axis I disorders (SCID). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research; 1995.
13. Giner J, Ibañez E, Baca E, Bobes J, Leal C, Cervera S. Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* 1997;25 Supl. 2:11-23.
14. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Fernández-Dávila P. Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica Aymara en el norte de Chile. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:121-6.
15. Zouari L, Thabet JB, Elloumi Z, Elleuch M, Zouari N, Maâlej M. Quality of life in patients with schizophrenia: A study of 100 cases. *Encephale.* 2012;38:111-7.
16. Devins GM. Using the Illness Intrusiveness Ratings Scale to understand health-related quality of life in chronic disease. *J Psychosom Res.* 2010;68:591-602.