



Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia

Influência das características sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia

Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia

Lara Guedes de Pinho¹, Anabela Pereira¹, Cláudia Chaves²

Como citar este artículo:

Pinho LG, Pereira A, Chaves C. Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03244. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016031903244>

¹ Universidade de Aveiro, Departamento de Educação e Psicologia, Campus Universitário de Santiago, Aveiro, Portugal.

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal.

ABSTRACT

Objective: Evaluating the quality of life of Portuguese patients with schizophrenia and linking it to sociodemographic and clinical aspects. **Method:** A quantitative cross-sectional study carried out with individuals affected by schizophrenia, living in the entire continental territory of Portugal, through application of a sociodemographic and clinical questionnaire and the Quality of Life Scale short version (QLS7PT). Parametric and non-parametric tests were performed to evaluate the correlation between variables. **Results:** The sample consisted of 282 participants. The results point to a better quality of life for individuals living in autonomous residences or with their parents, who are employed/students, who have had the disorder for less time and are younger, who have completed the 12th grade of schooling and who are not medicated with first-generation neuroleptics. **Conclusion:** The results indicate that some sociodemographic and clinical characteristics influence the quality of life of patients with schizophrenia and should be considered in the patient evaluation and in planning appropriate and effective strategies for their psychosocial rehabilitation.

DESCRIPTORS

Schizophrenia; Quality of Life; Population Characteristics; Psychiatric Nursing.

Autor correspondiente:

Lara Guedes de Pinho
Universidade de Aveiro, Campus
Universitário de Santiago
3810-193 – Aveiro, Portugal
larapinho@ua.pt

Recibido: 18/08/2016
Aprobado: 28/03/2017

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida se asocia con la percepción de la persona relacionada a su bienestar, la salud y la satisfacción con circunstancias de la vida, incluyendo el acceso a los recursos disponibles y oportunidades⁽¹⁾. En este sentido, cuando se comparó la calidad de vida de tres grupos, personas sin psicopatología, personas con trastorno mental común y personas con trastorno mental grave, los resultados demostraron que la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave es significativamente inferior en relación a los otros dos grupos, así como las condiciones generales de vida (como el empleo y la red social)⁽²⁾.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave⁽³⁾ y, como tal, la calidad de vida es significativamente baja en las personas que padecen de ella^(1,4). Este trastorno se considera una de las principales causas de discapacidad entre jóvenes adultos⁽⁵⁾.

Con la desinstitucionalización psiquiátrica, la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave, como la esquizofrenia, comenzó a ser objeto de una nueva panoplia de investigaciones. Sin embargo hay mucho para descubrir, ya que los resultados de los diversos estudios efectuados en las diferentes poblaciones difieren unos de otros, no habiendo generado consensos. Estas investigaciones se centran en la relación entre el concepto de calidad de vida y los datos sociodemográficos, económicos y clínicos, y el funcionamiento social y ocupacional de esta población⁽⁶⁾.

La mayoría de los estudios recientes se centra en la relación entre la calidad de vida y la sintomatología del trastorno, relacionando los síntomas positivos y negativos, depresivos y ansiosos a una peor calidad de vida^(4,6-9). Otros estudios también abordan la relación entre las características sociodemográficas, incluyendo la edad, el empleo/ocupación, y las condiciones de vida y la calidad de vida⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Cuando se evaluaron los factores sociodemográficos, clínicos, psicopatológicos, neuro-cognitivos y psicosociales de los pacientes con esquizofrenia y su relación con la calidad de vida, los factores psicosociales y psicopatológicos fueron los que más influenciaron esta variable, seguida de los clínicos y sociodemográficos. Los factores sociodemográficos evaluados fueron el género, la edad, la escolaridad, el estado civil y la situación profesional, siendo que sólo el estado civil y la situación profesional obtuvieron resultados significativos. Así, estar casado y estar empleado influenció positivamente la calidad de vida. Los factores clínicos fueron la medicación, la duración del trastorno, el número de internamientos y la presencia de diagnóstico del subtipo paranoide. El número de internamientos influenció la calidad de vida⁽¹¹⁾.

El desarrollo de estrategias de intervención en el área de la esquizofrenia es facilitado si se identifican los factores que influyen en la calidad de vida, pudiendo ser ajustadas a las características de la población, en el sentido de establecer la recuperación del paciente.

En Portugal las investigaciones en esta área todavía están poco desarrolladas, y en nuestro conocimiento no existe ningún estudio portugués con una muestra de norte a sur del país, sólo se encontró un estudio portugués que relaciona la calidad de vida de estos pacientes con la sintomatología y el funcionamiento social⁽⁷⁾.

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida de los pacientes portugueses con esquizofrenia y relacionarla con aspectos sociodemográficos y clínicos.

MÉTODO

Estudio cuantitativo de naturaleza transversal. Para la presente investigación se obtuvo un dictamen favorable de la Comisión Nacional de Protección de Datos (autorización nº 843/2015), así como de la comisión de ética de todas las instituciones implicadas. Se respetaron todos los principios éticos derivados de cualquier investigación, destacándose el consentimiento informado de los participantes, la confidencialidad y el anonimato. La recolección de datos se realizó durante un período de 15 meses (de 2015 a marzo de 2016).

MUESTRA

La población de esta investigación está compuesta por individuos de nacionalidad portuguesa, con el diagnóstico de esquizofrenia, residentes en Portugal continental. La selección de los participantes fue realizada según los siguientes criterios: diagnóstico de esquizofrenia (criterio CID 10) y tener contacto con la comunidad, independientemente de estar o no institucionalizado (con salidas regulares al exterior). Como criterios de exclusión: estar diagnosticado con oligofrenia, presentar sintomatología psicótica activa que impida la comprensión de los objetivos de la investigación y rechazar participar en cualquier momento de la investigación. La selección de la muestra fue efectuada en nueve instituciones hospitalarias de norte a sur del país, siendo cinco públicas y cuatro privadas. En lo que concierne a los hospitales públicos, dos corresponden a hospitales psiquiátricos centrales, uno en la zona norte y otro en la zona sur del país. Estos hospitales tienen actualmente servicio de ambulatorio (consulta externa y rehabilitación psicosocial) y servicio de internamiento de agudos. Los tres restantes corresponden a departamentos de psiquiatría insertados en hospitales generales, en las regiones norte, centro y sur, respectivamente, que tienen también servicios de ambulatorio e internamiento de agudos. Dentro de las instituciones privadas seleccionadas, tres corresponden a instituciones psiquiátricas de tipo religioso con internamiento de corta, media y larga duración y actividades de rehabilitación psicosocial, y una corresponde a un foro socio-ocupacional. La muestra fue del tipo no probabilístico, por conveniencia. Los participantes en el estudio fueron referidos por el psiquiatra asistente, resultando en un total de 354 individuos que reunían los criterios, y 72 se negaron a participar. La muestra fue entonces constituida por 282 participantes, de los cuales 136 pertenecían al servicio de consulta externa hospitalaria, 68 al servicio de rehabilitación psicosocial, y 78 al servicio de internamiento (28 en internamiento de agudos, en fase de estabilización, y 50 institucionalizados en institución hospitalaria). Así el 48,2% de los individuos eran seguidos sólo en consulta externa y el 51,8% con acompañamiento diario/semanal por profesionales del área de la psiquiatría, sea en servicios de rehabilitación psicosocial o en régimen de internamiento agudo/crónico. Con esta selección consideramos tener una muestra representativa de la población en los diferentes contextos.

PROCEDIMIENTO

Después de haber sido formalizados todos los principios éticos se realizó una entrevista individual a cada participante en una oficina privada, con recolección de datos sociodemográficos y clínicos y se aplicó la versión reducida de la escala portuguesa de calidad de vida (QLS₇-PT). Los instrumentos de evaluación fueron llenados por el investigador, habiendo sido seleccionados de acuerdo con los objetivos de la presente investigación y con las características de la población en estudio. El cuestionario sociodemográfico y clínico con el objetivo de caracterizar tanto a nivel sociodemográfico como clínico, fue elaborado específicamente para este estudio. Los datos sociodemográficos recogidos fueron: género, edad, estado civil, escolaridad, cohabitación, región del país y situación laboral. Los datos clínicos fueron: duración del trastorno mental, número de internamientos en Psiquiatría, medicación oral e inyectable, tipo de tratamiento y consumo de sustancias (actual y pasado).

El instrumento de medida utilizado para evaluar la *calidad de vida* fue el QLS₇-PT constituido por 7 ítems. Cada ítem está compuesto por una escala del tipo Likert de siete puntos, siendo que valores de 5 y 6 indican el funcionamiento normal, de 2 a 4 revelan un considerable perjuicio y 0 y 1 reflejan un perjuicio grave en el ítem evaluado. Este instrumento evalúa el funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia teniendo en cuenta los síntomas negativos, independientemente de la presencia o ausencia de sintomatología positiva, tanto en su versión original⁽¹²⁾ o en su versión reducida⁽¹³⁾.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recogidos se analizaron en el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 22.0 para Windows. Para evaluar las diferencias entre los datos sociodemográficos (género, edad, habilitación literaria, estado civil, cohabitación, situación laboral, región del país) y clínicos (número de internaciones, duración del trastorno, tipo de medicación antipsicótica, tipo de tratamiento/acompañamiento y consumo de sustancias) y la calidad de vida, se realizaron análisis de varianza (ANOVA) y test *post hoc* de Tukey, test de *t* y Kruskal-Wallis. Estos análisis se realizaron después de la verificación de la normalidad de los datos globales a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestras con dimensión >30 y prueba de Shapiro-Wilk para muestras <30 y de la homogeneidad a través del test de Levene.

RESULTADOS

La muestra consta de 282 individuos con diagnóstico de esquizofrenia (39,7% de género femenino y 60,3% del género masculino), con una media de edad de 46,15 años ($\pm 13,126$) y con edades comprendidas entre los 20 y los 78 años. De los participantes, el 49,29% tiene el trastorno desde hace menos de 20 años, siendo en su mayoría solteros (67,4%) y el 24,1% fue internado seis o más veces. Después de la prueba de correlación para verificar si existían diferencias entre quien fue internado hasta cinco veces y quien fue internado seis o más veces, no se obtuvieron resultados con diferencias estadísticamente significativas. Esto puede ser explicado

por el número reducido de individuos internados seis o más veces (24,1%), pues sería de esperar que cuanto mayor sea el número de internaciones, peor la calidad de vida.

Los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra en estudio se presentan en las Tablas 1, 2 y 3.

Tabla 1 – Caracterización sociodemográfica de los participantes – Portugal Continental, 2015-2016.

Variables	n	%
Región del país		
Norte	98	34,8
Centro	75	26,6
Sur	109	38,7
Servicio		
Consulta Externa	136	48,2
Rehabilitación Psicosocial	68	24,1
Internamiento crónico/agudo	78	27,7
Género		
Femenino	112	39,7
Masculino	170	60,3
Escolaridad		
1º ciclo do Enseñanza Básica o inferior	75	26,6
2º ciclo do Enseñanza Básica	63	22,3
3º ciclo do Enseñanza Básica	69	24,5
Enseñanza Secundaria (12º ano)	54	19,1
Formación Universitaria	21	7,4
Estado Civil		
Soltero	190	67,4
Casado/Unión de facto	40	14,2
Divorciado/Separado/Viudo	52	18,4
Cohabitación		
Padres/padre/madre	105	37,2
Solo	54	19,1
Institución	52	18,4
Conjuge/Compañero	38	13,5
Hijo u otros	24	8,5
Residencia autónoma	9	3,2
Situación laboral		
Empleado/Estudiante	26	9,2
No activo/Desempleado	82	29,1
Invalidez	174	61,7

Tabla 2 – Caracterización clínica de los participantes – Portugal Continental, 2015-2016.

Variables	n	%
Duración del trastorno		
< 5 años	43	15,2
5 a 10 años	35	12,4
10 a 20 años	61	21,6
> 20 años	143	50,7
Nº internamientos Psiquiatría		
Ninguno	22	7,8
1	67	23,8
2 a 5	125	44,3
6 a 10	43	15,2
> 10	25	8,9

continúa...

...continuación

Variables	n	%
Internamiento hace menos de 1 año		
Si	98	34,8
No	184	65,2
Medicación neuroléptica		
1ª generación	41	14,5
2ª generación	127	45,0
1ª generación e 2ª generación	114	40,4
Acompañamiento actual		
Solamente consultas con Psiquiatra	34	12,1
Consultas con Psiquiatra y otro profesional (enfermero e/o psicólogo)	123	43,6
Rehabilitación Psicossocial	125	44,3
Consumo sustancias actual		
Si	148	52,5
No	134	47,5
Historia consumo de sustancias		
Si	186	66,0
No	96	34,0

En cuanto a los datos sociodemográficos, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes factores: género, estado civil y región del país. Por lo que se refiere a los datos clínicos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes factores: tipo de tratamiento/acompañamiento y consumo de sustancias. En la Tabla 3 se describen los resultados de las pruebas psicométricas no paramétricas con respecto a las variables cohabitación ($p=0,044$), situación profesional ($p<0,001$) y duración del trastorno ($p=0,002$) y en la Tabla 4 las pruebas paramétricas ANOVA y test t para los resultados de las variables de edad ($p<0,001$), escolaridad ($p=0,016$), internamiento en psiquiatría ($p=0,05$) y medicación con neuroléptico de 1ª generación ($p=0,022$).

Se observa por el análisis de los resultados con diferencias estadísticamente significativas que los resultados de la escala QLS₇-PT fueron superiores para los usuarios que viven en una residencia autónoma (Mean Rank = 208,00) e inferiores para los que viven con los hijos u otros (Mean Rank = 106,02).

Tabla 3 – Resultados de las análisis dos testes no paramétricos (teste Kruskal-Wallis) para a QLS₇-PT – Portugal Continental, 2015-2016.

	N	Mean Rank	Chi-cuadrado	p-valor
Cohabitación				
Residencia autónoma	9	208,00		
Padres/Padre/Madre	105	147,61		
Solo	54	141,16		
Institución	52	139,24	11,428	0,044
Conjuge/Compañero(a)+Hijos	38	134,86		
Hijo(a) u otros	24	106,02		
Situación profesional				
Empleado/Estudiante	26	231,40		
No Activo/Desempleado	82	144,51	37,545	0,000
Invalidez	174	126,65		
Duración del trastorno				
Menos de 5 años	43	179,28		
De 5 a 10 años	35	151,56		
De 10 a 20 años	61	143,30	14,389	0,002
Más de 20 años	143	126,91		

Tabla 4 – Resultados de los tests paramétricos para la QLS₇-PT – Portugal Continental, 2015-2016.

	N	Media	Desvío Estándar	t*	F**	p-valor
Edad						
20-30	39	4,44	1,067			
31-40	62	3,87	0,982			
41-50	75	3,82	1,020		5,892	0,000
51-60	60	3,79	0,993			
> 60	46	3,38	0,976			
Escolaridad						
1º ciclo de EB o inferior	75	3,61	1,033			
2º y 3º ciclo de EB	132	3,82	0,965			
Enseñanza Secundaria	54	4,20	1,099		3,477	0,016
Formación Universitaria	21	3,78	0,888			
Internamiento en Psiquiatría						
Si	260	3,80	1,033	-1,965		
No	22	4,25	1,063			0,050
Internamiento en último año						
Si	98	2,99	1,634	-1,967		
No	184	3,40	1,682			0,050
Neuroléptico de 1ª generación						
Si	155	3,71	0,989	-2,302		
No	127	3,99	1,083			0,022

*test t . **test ANOVA.

En cuanto a la situación profesional, los empleados/estudiantes obtuvieron resultados superiores (Mean Rank = 231,40) cuando se compararon con los no activos (Mean Rank = 144,51) o con invalidez (Mean Rank = 126,65).

Por lo que se refiere a la duración del trastorno, los que lo tienen por más tiempo son los que tienen valores inferiores en la escala QLS₇-PT (Mean Rank = 126,91).

En cuanto a la edad, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, siendo que cuanto mayor es la edad menores los valores de la escala QLS₇-PT ($p < 0,001$).

En cuanto a la escolaridad, los que obtuvieron resultados peores en la escala QLS₇-PT fueron los que completaron apenas el 4º año de escolaridad o inferior ($x=3,61$, $\sigma=1,033$), siendo que los con mejores resultados fueron los participantes con 12 años de escolaridad ($x=4,20$; $\sigma=1,099$).

Aunque no se puede afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la presencia o ausencia de al menos una internación en el servicio de Psiquiatría, y la internación en el último año, ya que $p=0,050$, se optó por presentar estos resultados dado la proximidad de $p < 0,050$. En este sentido, los que nunca estuvieron internados tuvieron resultados superiores en la escala QLS₇-PT ($x=3,40$, $\sigma=1,682$), así como aquellos cuya última internación fue hace más de 1 año ($x=3,40$; $\Sigma=1,682$).

En cuanto a la utilización de neurolépticos de primera generación, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, siendo que quien no está medicado con estos neurolépticos obtuvo resultados superiores en la escala QLS₇-PT ($x=3,99$; $\sigma=1,083$).

DISCUSION

Este estudio evidencia la baja calidad de vida de los individuos con esquizofrenia. Por lo que se refiere a la escolaridad, los datos indican que los individuos con apenas el 4º año de escolaridad o inferior son los que presentan peor calidad de vida, siendo que los que presentan mejor calidad de vida son los que completaron 12 años de escolaridad. Destacamos el hecho de que los participantes con formación universitaria tienen una peor calidad de vida que los que tienen el 6º, 9º o 12º año de escolaridad, estando apenas por encima de los que tienen el 4º año o inferior.

En cuanto a la situación profesional, los resultados son congruentes con otros estudios, por lo que los empleados/estudiantes obtuvieron puntuaciones más altas en la escala QLS₇-PT en comparación con los no activos o con invalidez. Estas conclusiones corroboran las de otros estudios efectuados, que enfocan la importancia de la actividad ocupacional en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia^(10,14-16). Ante estos hechos, es crucial en la rehabilitación de estos pacientes la búsqueda activa de empleo, así como la aplicación de empleos protegidos y la sensibilización de los empleadores para la importancia de la inserción de las personas con esta patología en el mundo del trabajo. Así, el desarrollo de programas y oportunidades ocupacionales para esta población debe ser una de las áreas a invertir en el trastorno mental grave. En este sentido, en un metanálisis⁽¹⁷⁾, se encontraron ocho estudios sobre la influencia del empleo en la calidad de vida de estos individuos, con una correlación positiva entre la calidad de vida y la condición de estar empleado.

En cuanto a la cohabitación, los datos apuntan a una mejor calidad de vida en los participantes que viven en residencias autónomas. Considerando que los que viven en residencias autónomas son los que están en la recta final del proceso de rehabilitación psicosocial, podemos concluir que este tipo de intervención es importante para la autonomía de la persona con esquizofrenia y su inserción de forma adecuada, eficaz y apoyada en la comunidad. Los que viven con los padres/padre o madre (37,2%) obtuvieron un segundo lugar entre los mejores resultados en la escala QLS₇-PT. Si sumamos a los que viven con los padres/padre o madre, a los que viven con el cónyuge/compañero, observamos que la mayor parte de la muestra vive con la familia (50,7%). Así, la apuesta en los programas de psico-educación para familiares es fundamental⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Las personas con esquizofrenia que vivían en instituciones tuvieron peor calidad de vida que aquellos que vivían solos o con la familia⁽²¹⁾. Un estudio en que los participantes vivían en su propia casa demostró mejor acceso a oportunidades y recursos para mejorar su calidad de vida que las personas que viven en instituciones⁽²²⁾. Así, cuando hay un fuerte deseo de vivir en casa propia, los pacientes se vuelven más motivados para la rehabilitación. Un resultado que nos sorprendió negativamente fue la relación entre la calidad de vida de los individuos que vivían con el cónyuge/compañero, ya que esperábamos que fuera más elevada debido a los diversos estudios que indican que los pacientes con pareja tienen mejor calidad de vida⁽¹⁶⁾.

Se constata que, cuanto mayor es la edad, y más larga es la duración del trastorno, menor es la calidad de vida. Estos resultados confirman que la degradación de la persona con esquizofrenia a lo largo del curso del trastorno conduce a una peor calidad de vida. En un estudio que utilizó también la QLS, se obtuvieron resultados similares, siendo que una mayor duración del trastorno y una mayor edad estarían asociados a una peor calidad de vida⁽²¹⁾. En este sentido en otro estudio, a pesar de que la edad no estaba significativamente relacionada con la calidad de vida, una mayor duración del trastorno fue un predictor de peor calidad de vida⁽¹⁵⁾.

En cuanto a la medicación, los participantes tratados con neurolépticos de primera generación tuvieron peores resultados en la escala de calidad de vida que los que estaban medicados sólo con neurolépticos de segunda generación, lo que indica que este tipo de neurolépticos puede influir negativamente en la calidad de vida. Se han encontrado resultados similares en otra investigación, que tuvo lugar en Alemania, con una muestra de 149 individuos con esquizofrenia divididos en dos grupos, siendo que un grupo fue medicado con neurolépticos de primera generación ($n=69$) y otro grupo fue medicado con neurolépticos de segunda generación ($n=80$) a lo largo de 24 meses. Los resultados indicaron que la mejora de la calidad de vida a lo largo del tratamiento fue significativamente superior en el grupo medicado con los neurolépticos de segunda generación⁽²³⁾.

En cuanto a las internaciones en Psiquiatría, los datos indican que los que nunca estuvieron internados tienen una calidad de vida superior a los que tuvieron al menos una internación a lo largo de la vida. Además, los participantes que estuvieron internados el año anterior a la recolección de

los datos tuvieron también peores resultados en la escala de calidad de vida. En este sentido, en un estudio con 1.020 individuos con esquizofrenia que comparó la calidad de vida con las recaídas, en un período de 24 meses, se verificó que cuanto mayor el nivel de calidad de vida, menor la tasa de recaída⁽²⁴⁾.

Como limitaciones de la presente investigación, cabe señalar el tamaño reducido de la muestra y la ausencia de datos sobre los elementos de la familia y sus relaciones afectivas y significativas, así como de sus características sociodemográficas, calidad de vida y grado de sobrecarga.

CONCLUSIÓN

Este estudio evidencia las influencias relevantes de algunas características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia. Los resultados indican que en relación a los datos sociodemográficos, factores como la edad, la cohabitación, la situación profesional y educación influyen en la calidad de vida de estos individuos. En cuanto a los datos clínicos, la duración del trastorno, la presencia de al menos una internación en psiquiatría o haber estado internado el año anterior y el uso de neurolepticos de primera generación influyen en la calidad de vida.

La presente investigación refuerza la importancia del desarrollo de actividades de enfermería que promuevan la autonomía del paciente con esquizofrenia, la ocupación y el acompañamiento precoz de ese paciente con miras a prevenir la degradación de la calidad de vida con la progresión del trastorno mental. Así pues, es esencial la ejecución de un plan de acción que busca promover la autonomía de esos individuos y su inserción en la sociedad. Esta investigación refuerza la importancia del trabajo desarrollado por los equipos de salud mental comunitaria, que debe continuarse para evitar que la calidad de vida de estos pacientes disminuya con la evolución de la esquizofrenia y debe iniciarse a partir del momento en que se produce el primer brote de la patología.

Se sugieren nuevas investigaciones que aborden la relación entre la edad, la duración del trastorno mental y el uso de neurolepticos de primera/segunda generación y su impacto en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia. Otra sugerencia es el desarrollo de un estudio de investigación que aborde la relación entre empleo, ocupación e ingresos para percibir si lo que mejora la calidad de vida es la ocupación o los ingresos que vienen de ella y aún abordar en el futuro la relación entre el afecto paternal y la calidad de vida.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida dos indivíduos portugueses com esquizofrenia e relacioná-la com aspetos sociodemográficos e clínicos. **Método:** Estudo quantitativo de natureza transversal realizado com portadores de esquizofrenia, residentes em todo o território continental de Portugal, tendo sido aplicado um questionário sociodemográfico e clínico e a Quality of Life Scale versão reduzida (QLS7PT). Foram realizados testes paramétricos e não paramétricos para avaliar a correlação entre as variáveis. **Resultados:** A amostra foi constituída por 282 participantes. Apontam para uma melhor qualidade de vida os indivíduos que vivem em residências autónomas ou com os pais, empregados/estudantes, com transtorno há menos tempo e menor idade, com o 12º ano de escolaridade e não medicados com neurolepticos de primeira geração. **Conclusão:** Os resultados indicam que algumas características sociodemográficas e clínicas influenciam a qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia, pelo que devem ser consideradas na avaliação psiquiátrica e no planeamento das estratégias adaptadas e eficazes à sua reabilitação psicossocial.

DESCRITORES

Esquizofrenia; Qualidade de Vida; Características da População; Enfermagem Psiquiátrica.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los individuos portugueses con esquizofrenia y relacionarla con aspectos sociodemográficos y clínicos. **Método:** Estudio cuantitativo de naturaleza transversal realizado con portadores de esquizofrenia, residentes en todo el territorio continental de Portugal, habiendo sido aplicado un cuestionario sociodemográfico y clínico y la Quality of Life Scale versión reducida (QLS7PT). Se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para evaluar la correlación entre las variables. **Resultados:** La muestra fue constituída por 282 participantes. Los resultados apuntan a una mejor calidad de vida de quienes residen en residencias autónomas o con los padres, los empleados / estudiantes, con trastorno por menos tiempo y menor edad, con 12 años de escolaridad y no medicados con neurolepticos de primera generación. **Conclusión:** Los resultados indican que algunas características sociodemográficas y clínicas influyen en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia, por lo que deben ser consideradas en la evaluación psiquiátrica y en la planificación de las estrategias adaptadas y eficaces a su rehabilitación psicossocial.

DESCRIPTORES

Esquizofrenia; Calidad de Vida; Características de la Población; Enfermería Psiquiátrica.

REFERENCIAS

1. Medici CR, Vestergaard CH, Hjorth P, Hansen MV, Shanmuganathan JW, Viuff AG, et al. Quality of life and clinical characteristics in a nonselected sample of patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;62(1):12-20. DOI: 10.1177/0020764015585330.
2. Evans S, Banerjee S, Leese M, Huxley P. The impact of mental illness on quality of life: a comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Qual Life Res*. 2007;16(1):17-29. DOI: 10.1007/s11136-006-9002-6
3. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. Geneva: WHOS; 2013 [cited 2016 Dec 2] Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

4. Alessandrini M, Lançon C, Fond G, Faget-Agius C, Richieri R, Faugere M, et al. A structural equation modelling approach to explore the determinants of quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2016;171(1-3):27-34. DOI:10.1016/j.schres.2016.01.012.
5. Xavier M, Baptista H, Mendes J, Magalhães P, Caldas-de-Almeida J. Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal: rationale, design and fieldwork procedures. *Int J Ment Health Syst.* 2013;7(1):19.
6. Gómez-de-Regil L. Curso de la enfermedad y calidad de vida en pacientes mexicanos con psicosis. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8(4):218-23. DOI: 10.1016/j.rpsmen.2013.12.002
7. Brissos S, Balanzá-Martínez V, Dias VV, Carita AI, Figueira ML. Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2011;261(7):509-17. DOI: 10.1007/s00406-011-0200-z
8. Gorna K, Jaracz K, Jaracz J, Kiejda J, Grabowska-Fudala B, Rybakowski J. Social functioning and quality of life in schizophrenia patients-relationship with symptomatic remission and duration of illness. *Psychiatr Pol.* 2014;48(2):277-88.
9. Song YY, Kim KR, Park JY, Lee SY, Kang JI, Lee E, et al. Associated factors of quality of life in first-episode schizophrenia patients. *Psychiatry Investig.* 2011;8(3):201-6. DOI: 10.4306/pi.2011.8.3.201.
10. Cesari L, Bandeira M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(4):293-301.
11. Chou CY, Ma MC, Yang TT. Determinants of subjective health-related quality of life (HRQoL) for patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2014;154(1-3):83-8. DOI: 10.1016/j.schres.2014.02.011.
12. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull.* 1984;10(3):388-98. DOI: 10.1093/schbul/10.3.388
13. Fervaha G, Remington G. Validation of an abbreviated quality of life scale for schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(9):1072-7. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2012.11.009
14. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2006;163(3):411-7. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.3.411
15. Hsiao CY, Hsieh MH, Tseng CJ, Chien SH, Chang CC. Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *J Clin Nursing.* 2012;21(15-16):2367-76. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04067.x
16. Othman Z, Ghazali M, Razak AA, Husain M. Severity of tardive dyskinesia and negative symptoms are associated with poor quality of life in schizophrenia patients. *Int Med J.* 2013;20(6):677-80.
17. Bouwmans C, Sonnevile C, Mulder CL, Hakkaart-van Roijen L. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:2125-42. DOI: 10.2147/NDT.S83546.
18. Pinho LM, Pereira AM. Intervenção familiar na esquizofrenia: redução da sobrecarga e emoção expressa. *Rev Port Enferm Saúde Mental.* 2015;(14):15-23. DOI: 10.19131/rpesm.0101
19. Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Urzúa A, Escudero J, Gutiérrez-Maldonado J. The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:145-51. DOI: 10.2147/NDT.S51331.
20. Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(12):1145-62. DOI: 10.4088/JCP.12r08308.
21. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, et al. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;94(2):118-24. DOI: 10.1111/j.1600-0447
22. Browne G, Courtney M. Exploring the experience of people with schizophrenia who live in boarding houses or private homes: a grounded theory study. *Contemp Nurse.* 2005;18(3):233-46. DOI: 10.5172/conu.18.3.233
23. Gründer G, Heinze M, Cordes J, Mühlbauer B, Juckel G, Schulz C, et al. Effects of first-generation antipsychotics versus second-generation antipsychotics on quality of life in schizophrenia: a double-blind, randomised study. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(8):717-29. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00085-7
24. Boyer L, Millier A, Perthame E, Aballea S, Auquier P, Toumi M. Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2013;13:15. DOI: 10.1186/1471-244X-13-15

