



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Departamento de Pediatría e inmunología, Obstetricia y ginecología, Nutrición y bromatología, Psiquiatría e historia de la ciencia.

“CALIDAD DE VIDA EN PSICOSIS”

Trabajo de Fin de Grado: M^a Paloma Pando Fernández



Tutor: Dr. D. Vicente Molina Rodríguez

Valladolid 2020

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Objetivos.....	5
Hipótesis.....	5
Materiales y Método.....	6
a. Muestra.....	6
b. Técnica de medida.....	6
c. Técnica de análisis.....	8
Resultados.....	9
Discusión.....	15
Limitaciones.....	18
Conclusiones.....	19
Agradecimientos.....	19
Bibliografía.....	19
Anexos.....	21

Resumen

Objetivo: Nuestro objetivo se centra en buscar predictores de mejoría clínica con la medida de diferentes variables que suponemos pueden influir en la calidad de vida de personas con psicosis.

Métodos: Se trata de un estudio observacional longitudinal descriptivo retrospectivo. La muestra, se ha extraído de una base de datos del Hospital de Día Psiquiátrico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Está formada por 72 pacientes diagnosticados de psicosis (18-67 años) que fueron atendidos desde el 2012-2018. Para la recogida de datos se ha utilizado una batería de pruebas: PANSS, BACS, WAIS-IV, GEOPTE Y WHOQOL. También se han recogido valores analíticos y el índice de masa corporal.

Para el análisis estadístico de los datos se ha empleado el software IBM SPSS Statistics v.20.0. En primer lugar se realizó una descriptiva de las variables intervinientes. En segundo lugar se ha empleado el método paramétrico del Análisis de Regresión Lineal, tanto simple como múltiple.

Resultados:

En los análisis de regresión hemos obtenido:

- 1) *El cambio en la Calidad de Vida se incrementa en 0.59 puntos por unidad de aumento en el cambio en Cognición social: $B=0.59$; $p=.016$.*
- 2) *El cambio en la Calidad de Vida se incrementa en 1.19 puntos por unidad de aumento en el cambio en Resolución de problemas: $B=1.19$; $p=.005$.*
- 3) *El cambio den la Calidad de Vida aumenta en 0.24 puntos por cada unidad de disminución/reducción ($B=-024$; $p=.046$) en la variable del cambio en la Velocidad motora.*

Conclusiones:

Los valores basales en resolución de problemas, en velocidad motora y en cognición social predicen mejoría en la calidad de vida de pacientes con psicosis.

Palabras clave: calidad de vida, psicosis, cognición social, cognición.

Summary

Objective: Our objective is to search for predictors of clinical improvement through the measurement of different variables that we suppose they can influence on the quality of life of people with psychosis.

Methods: This is a retrospective descriptive longitudinal observational study. The sample has been extracted from a database of the Psychiatric Day Hospital of the Hospital Clinico Universitario de Valladolid. It is made up of 72 patients diagnosed with psychosis (18-67 years) who were attended from 2012-2018. A battery of tests was used to collect data: PANSS, BACS, WAIS-IV, GEOPTE AND WHOQOL. Analytical values and the body-mass index have been collected too.

For the statistical analysis of the data, the IBM SPSS Statistics v.20.0 software was used. Firstly, a description of the participating variables was made. Secondly, the parametric method of Linear Regression Analysis has been used, both simple and multiple.

Results:

In the regression analyses we have obtained:

1) The change in the Quality of Life is increased by 0.59 points per unit of increase in the change in Social Cognition: $B = 0.59$; $p = .016$.

2) The change in Quality of Life is increased by 1.19 points per unit of increase in the change in Problem Solving: $B = 1.19$; $p = .005$.

3) The change in Quality of Life is increased by 0.24 points for each unit of decrease / reduction ($B = -0.24$; $p = .046$) in the variable of change in motor speed.

Conclusions:

Basal values in problem solving, motor speed and social cognition predict an improvement in the quality of life of patients with psychosis.

Key words: quality of life, psychosis, social cognition, cognition.

Introducción

Existen pocos estudios sobre calidad de vida en personas con psicosis. Nos parece interesante abordar esta temática ya que la calidad de vida se suele encontrar afectada en las personas con una enfermedad mental. Como sabemos la psicosis perjudica el funcionamiento social y provoca déficits cognitivos, perceptivos, motores y emocionales en las personas que la padecen.

El fin último sería poder planificar un tratamiento y una intervención psicoterapéutica y social más integradora desde un enfoque biopsicosocial que nos ayude a mejorar la calidad de vida de los pacientes con psicosis.

CALIDAD DE VIDA

En el año 1993 la OMS con el grupo de trabajo de la *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) definieron la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. En el año 1995 añadieron que las medidas de la calidad de vida relacionadas con la salud debían ser:

- ❖ *Subjetivas*: Recoger la percepción subjetiva del impacto de la enfermedad sobre el paciente.
- ❖ *Multidimensionales*: Revelar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, etc.
- ❖ *Incluir sentimientos positivos y negativos*.
- ❖ *Registrar la variabilidad en el tiempo*: La edad, la etapa vital que se atraviesa y el momento de la enfermedad que se cursa¹.

Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de calidad de vida de la OMS, la WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1993)¹.

En la década de los años 60 con el cambio de la desinstitucionalización de los enfermos mentales crónicos hacia residencias comunitarias empezó el interés de la Psiquiatría clínica americana por la calidad de vida. Dicho interés fue respaldado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH, *National Institute of Mental Health*). El interés por evaluar la calidad de vida se extendió a todos los trastornos mentales con gran interés sobre todo en la esquizofrenia por la repercusión que dicha enfermedad tiene sobre la vida de los pacientes y sus cuidadores¹.

El componente subjetivo en calidad de vida hace referencia a “bienestar” y “satisfacción con la vida”, mientras el componente objetivo incluye aspectos

relacionados con el funcionamiento social, como empleo e independencia, nivel de vida e indicadores sociales¹.

PSICOSIS

El DSM V (American Psychiatric Association, 2014) define los criterios diagnósticos de la Esquizofrenia (Anexo).

La psicosis es una enfermedad mental relativamente común, siendo la esquizofrenia la forma más frecuente y grave dentro del espectro psicótico, situándose entre las primeras 25 causas de discapacidad en el mundo².

En cuanto a la tasa de incidencia media de todas las psicosis, una reciente revisión sistemática en todo el mundo desde el año 2000 al 2015 (Castillejos et al., 2018) muestra un 29,51 por cada 100.000 habitantes².

En un estudio europeo de más de seis países se ha encontrado que más del 80% de estos pacientes presentaban problemas de funcionamiento social. En particular el desempleo se asocia a mayor duración de psicosis no tratada y, a mayor número de síntomas negativos. La discapacidad que presentan estos pacientes está en relación no sólo con la sintomatología clínica, sino también con los efectos secundarios del tratamiento, el aislamiento social y los sucesos estresantes, así como por la pobreza y la falta de vivienda².

Los antipsicóticos pueden causar anormalidades metabólicas/endocrinas (aumento de peso, diabetes, dislipemias, galactorrea), trastornos neurológicos (por ej. discinesia tardía) y anormalidades cardíacas (por ej. alargamiento del intervalo QT en el electrocardiograma)².

La psicosis por tanto afectará a la calidad de vida de la persona y a las actividades de la vida diaria, así como a su salud física y relaciones sociales. Es por ello que en la evaluación de la persona debe contemplarse tanto una evaluación psiquiátrica y psicológica como médica y social.

El curso clínico variable y crónico de esta enfermedad mental, donde está presente tanto la sintomatología positiva como negativa, repercute en su funcionamiento. Del mismo modo suelen presentar una disfunción cognitiva³ y una afectación en la esfera social que igualmente repercute en dicho funcionamiento. De ahí que el abordaje de la calidad de vida en dichos pacientes sea algo prioritario.



Figura 1. Variables a considerar en el estudio

Objetivo:

Nuestro objetivo se centra en buscar predictores de mejoría clínica con la medida de diferentes variables que suponemos pueden influir en la calidad de vida de personas con psicosis. Entre estas variables potencialmente relacionadas con la mejoría clínica contemplamos: rendimiento cognitivo, cognición social, sintomatología clínica (+/-), valores analíticos y antropométricos. Nos planteamos por tanto la posible influencia de estas variables en la calidad de vida y su posible consideración de cara al abordaje terapéutico de estos pacientes.

Hipótesis:

1. Una mejor cognición social inicial predice una mejor calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día.
2. Un mejor rendimiento cognitivo inicial predice una mejor calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día.
3. La sintomatología clínica (+/-) inicial y su cambio predicen la calidad de vida.
4. Los valores iniciales de perfil metabólico (glucosa, LDH, HDL y Colesterol total) y de índice de masa corporal predicen la calidad de vida.

Material y Métodos

a) Muestra:

Se trata de un estudio observacional longitudinal descriptivo retrospectivo. La muestra está formada por 72 pacientes diagnosticados de psicosis. Esta muestra se ha extraído de una base de datos del Hospital de Día Psiquiátrico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid de 404 pacientes que han sido tratados en los últimos 6 años (2012-2018). La muestra se considera accidental ya que está formada por los pacientes que habían recibido tratamiento en el dicho Hospital de Día (en un lugar y momento determinado) y también de conveniencia ya que de todos los pacientes no todos tienen la misma probabilidad de ser incluidos el estudio en función de tener o no cumplimentados las escalas de medida correspondientes.

Los diagnósticos presentes según el DSM V en dichos pacientes eran: esquizofrenia 295.90 (F20.9), esquizoafectivo 295.70 (F25.0/F25.1), esquizofreniforme 295.40 (F20.81), otras psicosis. Las edades comprendidas de los sujetos de dicha base de datos van desde los 18 años hasta los 67 años, de ambos sexos. La mayoría de los sujetos residían en la provincia de Valladolid y algunos de ellos en el medio rural. A nivel laboral algunos se encontraban en situación de paro, otros activos y otros eran pensionistas.

Se han seleccionado aquellos pacientes que tenían recogidos los datos sobre las variables de nuestro interés (cognición social, variables cognitivas, clínica psicótica, valores analíticos, antropométricos y calidad de vida).

Se presenta hoja de información al paciente por la naturaleza retrospectiva de la recogida de datos, todos ellos recogidos con finalidad clínica. Durante el proceso de recogida y creación de la base de datos se mantuvo la confidencialidad el paciente. Previamente se ha obtenido permiso para realizar esta investigación a los responsables del Comité de Ética y de la Comisión de Investigación del Área de Salud de Valladolid Este-Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

b) Técnicas de medida:

La batería de pruebas que se han utilizado para la recogida de datos son las siguientes:

- **PANSS** (Positive and Negative Syndrome Scale): Escala de síntomas positivos y negativos. Peralta V y Cuesta MJ. Original: Kay SR, et al. Semiestructurada. Heteroaplicada. Adultos. Es una prueba basada en la Brief Psychiatric Rating

Scale, ampliada con la evaluación de síntomas negativos, escogiéndose aquellos que distinguían adecuadamente la diferencia positivo - negativo. Se considera un test útil para valorar gravedad de síntomas y monitorización de respuesta al tratamiento. A veces se usa como indicador pronóstico, en casos en los que predominan síntomas negativos con peor evolución. Es una prueba formada por 30 ítems que se puntúan de 1 ausente a 7 extrema ⁴.

Está compuesta por 4 subescalas.

1. PANSS-P-Positiva (7 ítems).
2. PANSS-N-Negativa (7 ítems)
3. PANSS-PG-Psicopatología General (16 ítems)
4. PANSS-C-Compuesta (Restar síntomas positivos de negativos)

Desarrollo de la entrevista:

1. Se anima a que el paciente hable de su enfermedad y situación vital
 2. Evaluación de síntomas expuestos
 3. Existencia y severidad de síntomas
 4. Valorar áreas en las que el paciente se ha mostrado reticente a lo largo de la entrevista, evaluando organización conceptual del paciente.
- **BACS** (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia): Evaluación breve de la Cognición en la Esquizofrenia. Segarra N, Bernardo M, Gutierrez F. et al. Original: Keefe RS, Goldberg TE, Harvey PD, Gold JM, Poe MP, Coughenour L. Escala estructurada. Heteroaplicada. Adultos. Este instrumento fue diseñado para evaluar diferentes aspectos de la cognición que suelen aparecer deteriorados en pacientes con esquizofrenia. Los dominios evaluados son: Memoria verbal (test de listado de palabras), memoria de trabajo (test de secuencia de dígitos), velocidad motriz (test motriz de fichas), fluidez verbal (test de generación de palabras), atención (test del código de símbolos) y funciones ejecutivas (test de la Torre de Londres) ⁴.
 - **WAIS-IV** (Wechsler Adult Intelligence Scale IV): Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Ibor JJ. Original: Wechsler D. Estructurada. Heteroaplicada. Adultos. Evalúa: Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptivo, Memoria de Trabajo, Velocidad de Procesamiento y Cociente Intelectual Total. Las escalas de Wechsler son compuestas, verbales y de ejecución, formadas por test precisos, denominados "subtests". Por un lado, son escalas heterogéneas intertest, ya que miden distintas funciones y por ende, distintos factores en cada uno de ellos; por otro lado son escalas

homogéneas intratest, porque cada subtest mide un solo factor en toda su amplitud ⁴.

Se trata de una prueba de ejecución máxima, en la que los reactivos tienen respuestas correctas y se obtiene una puntuación determinada por ellas.

- **GEOPTTE:** Escala GEOPTTE de cognición social para la psicosis. Autor: J. Sanjuán, L. Prieto, JM. Olivares, A. Montejo, F. Ferré, F. Mayoral, MA. González Torres, M. Bousoño, S. Ros. Estructurada. Autoaplicada. Adultos. Este instrumento ha sido diseñado para evaluar cambios clínicos en las funciones cognitivas básicas y sociales en pacientes con psicosis. Consta de 15 ítems y dos versiones: una para el paciente y otra para el cuidador ⁴.

- **WHOQOL Group EuroQol-5D** (World Health Organization Quality of Life Questionnaire): Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud. Lucas R. Versión española del WHOQOL. Estructurada. Auto/Heteroaplicada. Adultos y ancianos. WHOQOL-100 evalúa la opinión subjetiva sobre la calidad de vida del individuo. Está formado por 100 ítems, 6 dimensiones (salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad /religión /creencias personales); y 24 facetas, representada por 4 preguntas ⁴.

Entre los valores analíticos a medir en cada paciente figuran: Glucosa, Colesterol total, LDL, HDL. Los datos antropométricos incluyen el Índice de masa corporal (IMC).

c) Técnica de análisis:

Para el análisis estadístico de los datos se ha empleado el reconocido software IBM SPSS Statistics v.20.0.

En primer lugar se realizó una descriptiva de las variables intervinientes. Al ser todas ellas cuantitativas, se ha empleado las herramientas clásicas de centralidad (media y mediana) y de variabilidad (rango total, desviación estándar y amplitud intercuartil). Se utilizó su representación gráfica en histogramas como una forma de conocer su ajuste a la campana normal de Gauss.

En segundo lugar y para dar respuesta a los objetivos de este estudio, se ha empleado el método paramétrico del Análisis de Regresión Lineal, tanto simple como múltiple. Para la regresión múltiple se ha empleado el procedimiento de pasos sucesivos hacia adelante. La variable dependiente que se desea estimar son los

Cambios en Calidad de vida (QOL) que previamente se ha calculado de forma aritmética (diferencia) a partir de las variables de calidad de vida inicial y final. Los resultados del análisis de regresión que se exponen, son: el coeficiente de regresión B con su test de significación, y los valores del Coeficiente de determinación (R^2) y el Error típico de estimación para valorar la calidad del modelo de regresión construido.

Resultados

Para determinar los factores que predicen una mejoría en la calidad de vida (variable dependiente) tras el tratamiento en Hospital de Día de Psiquiatría se han realizado cuatro análisis de regresión lineal multivariante. En todos los modelos la variable dependiente es el cambio en QOL (calidad de vida).

Entre dichos factores predictores (variables independientes) se incluirán los síntomas psicóticos (+/-), cognición social, el rendimiento cognitivo y datos antropométricos (IMC) y analíticos basales (glucosa, colesterol, LDL y HDL).

En cada modelo de regresión se han utilizado distintas variables independientes. En el primero, "la cognición social". En el segundo, "el rendimiento cognitivo: memoria verbal, memoria operativa, velocidad motora, fluidez verbal, velocidad de ejecución y resolución de problemas". En el tercero, "los síntomas psicóticos +/-". En el cuarto, "los valores analíticos y antropométricos".

1. En el **análisis descriptivo** hemos obtenido los siguientes resultados:

En el análisis descriptivo inicial hemos obtenido los resultados que aparecen resumidos en la tabla 1 para las variables cognitivas. Como se puede comprobar en ella en general el grado de simetría de las variables, característico de una curva normal, es bueno ya que los valores de las medias y medianas de cada variable son bastante cercanos entre sí. Esta tendencia hacia la normal, se confirma a través de los histogramas de estas variables: a modo de ejemplo se incluye (fig. 2) el que corresponde a la que será la variable dependiente de los modelos de regresión que vamos a construir. La variabilidad de cada una de estas variables parece suficiente para el análisis estadístico, ya que los rangos observados son amplios, lo que se confirma también con los valores de las desviaciones estándar.

Tabla 1: Análisis descriptivo. Variables Cognitivas y Cognición social. **N válido = 52**

Variable	Centralidad		Rango	Variabilidad	
	Media	Mediana	(Mín. / Máx.)	Desviación estándar	Rango intercuartil
CAMBIOS en QOL	7.91	8.00	-28.0 / 39.0	12.57	15.00
RESOLUCIÓN PROBLEMA (inicial)	15.43	17.00	3.0 / 21.0	4.14	6.50
MEMORIA VERBAL (inicial)	36.73	38.00	10.0 / 59.0	9.34	11.00
MEMORIA OPERATIVA (inicial)	17.39	16.00	7.0 / 27.0	4.26	5.00
VELOCIDAD MOTORA (inicial)	63.83	62.00	28.0 / 90.0	14.42	19.50
FLUENCIA VERBAL (inicial)	22.68	22.50	7.0 / 39.0	7.99	11.13
VELOCIDAD EJECUCIÓN (inicial)	42.88	46.50	6.0 / 77.0	15.38	19.75
GEOPTÉ pT1	28.96	26.00	15.0 / 55.0	10.22	11.00

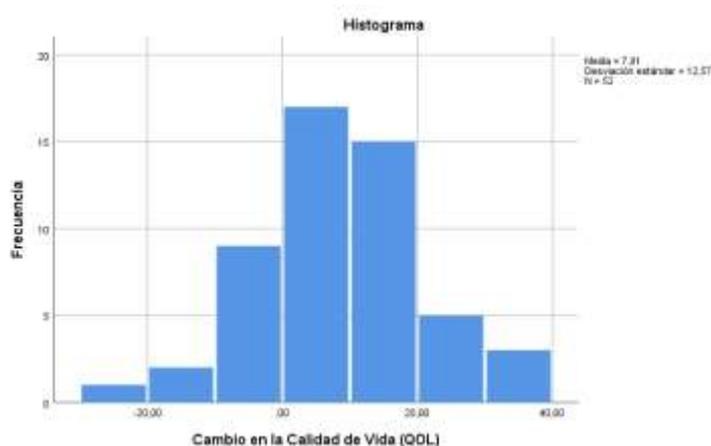


Figura 2. Cambio en Calidad de vida

La descriptiva del 2º bloque de variables, las correspondientes a la evaluación de los síntomas psicóticos (PANS), se presentan en la tabla 2. Como se puede apreciar en ella, de nuevo el grado de simetría de estas variables es alto dada la semejanza entre los valores de medias y medianas de cada una de ellas. La variabilidad (rango amplio y altas desviaciones estándar) también parece suficiente para que se pueda trabajar estadísticamente con estas variables.

Tabla 2: Análisis descriptivo. Variables Síntomas positivos y negativos. **N válido = 44**

Variable	Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Media	Mediana		Desviación estándar	Rango intercuartil
CAMBIO EN PANS POSITIVO	-2.99	-2.00	-12.0 / 0.0	2.85	3.00
CAMBIO EN PANS NEGATIVO	-2.64	-2.00	-8.0 / 0.0	1.99	2.51
CAMBIO EN PANS TOTAL	-8.96	-7.00	-41.0 / 0.0	7.97	6.00
PANS POSITIVO INICIAL	11.51	10.00	7.0 / 24.0	4.15	5.57
PANS NEGATIVO INICIAL	14.09	12.00	7.0 / 29.0	4.93	6.00
PANS TOTAL INICIAL	46.89	44.00	28.0 / 97.0	15.32	22.00

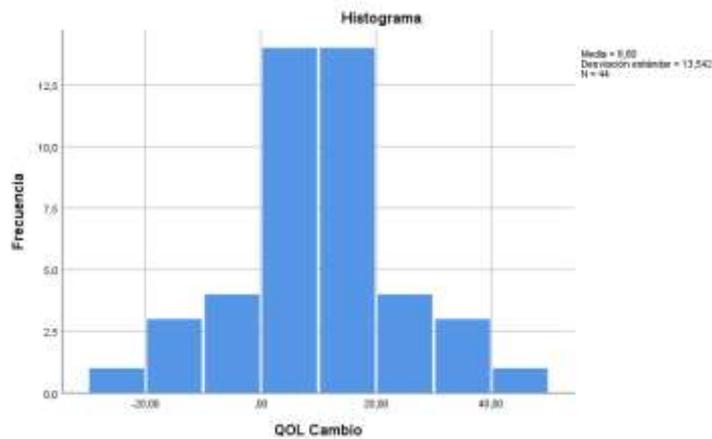


Figura 3. Cambio en la Calidad de vida

Y por último, el tercer grupo de variables son las de tipo analítico y antropométrico. Su descriptiva se presenta en la tabla 3. En este caso, en general se mantiene la tónica de simetría y buena variabilidad antes ya comentada. Solamente en la variable Glucosa basal, parece haber una asimetría a la vista de la diferencia entre su media y mediana, así como entre la desviación estándar y el rango intercuartil. La presencia de algunos pocos valores elevados, junto al resto mucho menores, estaría generando este efecto. Esta variable seguramente no será adecuada para un estudio mediante modelos de regresión lineal.

Tabla 3: Análisis descriptivo. Variables: glucosa, colesterol, LDL y HDL, IMC. **N válido = 88**

Variable	Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Media	Mediana		Desviación estándar	Rango intercuartil
CAMBIOS en QOL	8.17	7.00	-26.0 / 39.0	12.76	17.75
GLUCOSA BASAL	111.96	89.50	71.0 / 1793.8	181.88	12.75
COLESTEROL TOTAL BASAL	187.54	190.00	105.0 / 290.0	41.28	65.75
LDL BASAL	109.66	105.20	52.0 / 201.0	34.83	50.05
HDL BASAL	52.59	52.00	21.0 / 84.0	14.71	20.65
ICM 1 mes	26.67	25.50	17.5 / 49.1	5.92	8.47

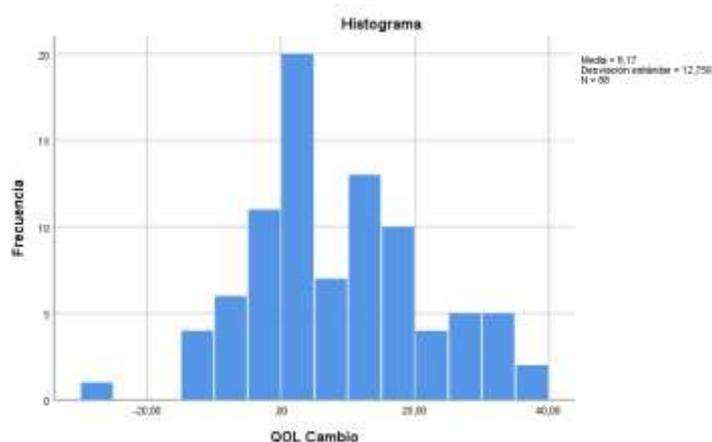


Figura 4. Cambio en Calidad de vida

2. En el **análisis de regresión** hemos obtenido los siguientes resultados:

Hipótesis 1: *Una mejor cognición social inicial predice una mejor calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día.*

El primer modelo tiene como objetivo predecir la VD *Cambios en la calidad de vida* desde un único predictor que es la *Cognición social inicial*. Es por tanto, una regresión lineal simple. Como se observa en tabla 2, el resultado obtenido nos permite concluir que dicha variable, por sí sola, sí que es un factor predictor significativo con $p < .05$ ($t=2.64$; $p\text{-valor}=.016$) de los Cambios QOL. El modelo es eficaz (Anova: $F=6.98$; $p=.016$) puesto que su capacidad predictiva es alta ya que logra explicar el 25.9% de la variabilidad de los cambios en la VD. La relación entre variables es directa: cuánto más puntuación inicial en Cognición social, mayor mejoría en Calidad de Vida después del tratamiento en Hospital de día. Se predice que la VD aumentará en 0.59 puntos por

cada punto en que la Cognición Social sea más elevada. La constante del modelo no es significativa ($p > .05$) y por tanto no entra en el mismo. Por lo que podemos decir que se cumple nuestra hipótesis.

- 1) *El cambio en la Calidad de Vida se incrementa en 0.59 puntos por unidad de aumento en el cambio en Cognición social: $B=0.59$; $p=.016$. Por tanto esta relación es directa: Cuanto más puntuación inicial en **cognición social** mejor puntuación en Calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día.*

El cambio en calidad de vida es predicho por un aumento de puntuación en cognición social, con una eficacia del 25.9% de variabilidad explicada.

Tabla 2: Modelo de Regresión Lineal Multivariante. Predicción de los cambios en QOL, a partir de las variables explicativas. (N válido=52)

Factores incluidos	Coef. B	Test de contraste		Error Tip. estimación	R ² del modelo
		Valor t	P-Valor		
COGNICIÓN SOCIAL (inicial)	0.59	2.64 *	.016	10.60	.259
Constante poblacional	-6.01	-0.89 NS	.385	----	----

N.S. = NO significativo al 5% ($p > .05$) * = Significativo al 5% ($p < .05$)

Hipótesis 2: *Un mejor rendimiento cognitivo inicial predice una mejor calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día.*

A continuación, se ha procedido a intentar construir un segundo modelo ya múltiple en el que se ha tratado de incluir como variables predictoras a los valores iniciales en: Resolución de Problemas, Velocidad motora, Memoria verbal, Memoria operativa, Fluencia verbal y Velocidad de ejecución.

El método de pasos sucesivos ha llevado a cabo 2 pasos, por lo que son 2 de estas las variables que forman parte del modelo multivariante final, estando la demás excluidas de mismo (al no haberse encontrado correlaciones significativas). En concreto: en el 1er paso entra la variable *Resolución de Problemas* ($p < .05$) que explica el 10.1% de la variabilidad total; mientras que en el 2º paso se incorpora el cambio en la *Velocidad motora* ($p < .05$) que añade un 7.2% a la variabilidad total. Por lo que el modelo múltiple con estos dos predictores tiene una eficacia total en la reducción de error del 17.3%; siendo estadísticamente significativo (Anova: $F=5.01$; $p=.011$). Por lo tanto, se puede decir que se cumple nuestra hipótesis de forma parcial sólo con las siguientes variables: Resolución de problemas y Velocidad motora (relación inversa).

La ecuación del mismo tampoco contiene a la constante poblacional ($p > .05$) y nos informa de que:

1) El cambio en la Calidad de Vida se incrementa en 1.19 puntos por unidad de aumento en el cambio en Resolución de problemas: $B=1.19$; $p=.005$. Por tanto, esta relación es directa: Cuanto más puntuación inicial en **resolución de problemas** mejor puntuación en Calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día.

2) El cambio den la Calidad de Vida aumenta en 0.24 puntos por cada unidad de disminución/reducción ($B=-024$; $p=.046$) en la variable del cambio en la Velocidad motora. Y por el contrario esta relación es inversa: Cuánto menos puntuación inicial obtienen en **velocidad motora** mejor puntuación en Calidad de Vida después del tratamiento en Hospital de día.

En resumen: **Los cambios en calidad de vida son predichos por un aumento de puntuación en resolución de problemas y un descenso de puntuación en velocidad motora**, con una eficacia del 17.3% de variabilidad explicada. **El resto de variables cognitivas** (memoria verbal, memoria operativa, fluencia verbal, velocidad de procesamiento) **no predicen mejoría en la calidad de vida**.

Tabla 3: Modelo de Regresión Lineal Multivariante. Predicción de los cambios en QOL, a partir de las variables explicativas. (N válido=52)

Factores incluidos	Coef. B	Test de contraste		Error Tip. estimación	R ² del modelo
		Valor t	P-Valor		
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (inicial)	1.19	2.92**	.005	11.83	0.101
VELOCIDAD MOTORA (inicial)	-0.24	-2.05 *	.046	11.46	0.173
Constante poblacional	5.21	.624 _{NS}	.536	----	----

Factores excluidos	Coef. B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia
		Valor t	P-Valor		
MEMORIA VERBAL (inicial)	-0.08	-0.56 _{NS}	.573	-.083	.963
MEMORIA OPERATIVA (inicial)	0.05	0.39 _{NS}	.695	.057	.960
FLUENCIA VERBAL (inicial)	-0.14	-0.99 _{NS}	.326	-.143	.829
VELOCIDAD EJECUCIÓN (inicial)	-0.04	-0.27 _{NS}	.787	-.040	.714

N.S. = NO significativo al 5% ($p>.05$)

* = Significativo al 5% ($p<.05$) ** = Altamente significativo al 1% ($p<.01$)

Hipótesis 3: La sintomatología clínica (+/-) inicial y su cambio predicen la calidad de vida.

En tercer lugar, se pretendió incorporar como variables predictoras a las que medían los síntomas psicóticos (PANS). No se ha podido construir este modelo puesto

que ni siquiera se llegó a dar el primer paso debido a ninguna de ellas alcanzó significación estadística ($p > .05$) como predictoras de los Cambios en calidad de vida.

Por tanto, concluirnos que estos cambios son totalmente independientes de las variables de los síntomas psicóticos. Por lo que podemos decir que nuestra hipótesis no se cumple.

Hipótesis 4: *Los valores iniciales de perfil metabólico (glucosa, LDH, HDL y Colesterol total) y de índice de masa corporal predicen la calidad de vida.*

Y por último también se trató de generar un modelo predictivo desde las variables de tipo antropométrico junto a los valores analíticos basales, pero *ninguna de ellas alcanzó significación estadística ($p > .05$)* por lo que no fue posible construir este modelo. Por lo que se concluye que estos cambios son totalmente independientes de dichas variables. Por lo que podemos decir que nuestra hipótesis no se cumple.

Ni los **síntomas clínicos basales**, ni el **cambio de la sintomatología psicótica**, ni los **valores basales analíticos** (glucosa, colesterol, LDL, HDL) ni **antropométricos** (IMC) predicen mejoría en la calidad de vida.

5. Discusión

De las variables predictoras que hemos analizado solo **los valores basales en resolución de problemas, en velocidad motora y en cognición social predicen mejoría en la calidad de vida tras finalizar el tratamiento en Hospital de Día**. Así pues, el cambio en calidad de vida es predicho por un aumento de puntuación en resolución de problemas y en cognición social y, un descenso de puntuación en velocidad motora al inicio del tratamiento en Hospital de día. Siendo la influencia de la resolución de problemas en la calidad de vida de mayor magnitud que la cognición social.

Ni el resto de variables cognitivas (memoria verbal, memoria operativa, fluencia verbal, velocidad de procesamiento), ni los síntomas clínicos basales ni el cambio de los síntomas psicóticos, ni los valores analíticos basales (glucosa, colesterol, LDL, HDL, IMC) predicen mejoría en la calidad de vida.

Hipótesis 1: Una mejor cognición social inicial predice una mejor calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día.

Los resultados en **cognición social**, que sí predicen una mejoría en la calidad de vida, se ven reforzados por unos estudios donde se ha destacado la importancia del apoyo social (familiares y amigos cercanos) para mejorar la calidad de vida^{5, 6}. Lo que

nos invita a considerar la red de apoyo social con la que cuenta el paciente en el abordaje terapéutico.

En esta línea Martín et al ⁷ han encontrado “una relación entre empatía, cognición social y calidad de vida percibida en personas diagnosticadas con esquizofrenia en programas de rehabilitación psicosocial. Las personas diagnosticadas con esquizofrenia presentan déficits de empatía que se han relacionado con su mal funcionamiento psicosocial”. Es por ello que una más alta cognición social al inicio del tratamiento redunde en una mejor calidad de vida en los pacientes. Esta variable parece estar relacionada con la empatía, la cual sería interesante también medir, en estos pacientes con la intención de poder abordarla en el manejo terapéutico de cara a poder mejorar dicha cognición social y consecuentemente la calidad de vida.

Hipótesis 2: Un mejor rendimiento cognitivo inicial predice una mejor calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día.

En nuestro estudio, de las **variables cognitivas** que predecían una mejoría en la calidad de vida, hemos obtenido que los valores basales tanto en resolución de problemas como en velocidad motora (de forma inversa) predicen una mejoría en la calidad de vida. Sin embargo, el resto de variables cognitivas (memoria verbal, memoria operativa, fluencia verbal, velocidad de procesamiento) no predicen una mejoría en la calidad de vida. Varios estudios encontraron que las disfunciones cognitivas en algunos dominios cognitivos que presentan estos pacientes estaban relacionadas con una reducción de la calidad de vida objetiva ⁸.

Los resultados encontrados en nuestro estudio donde una mejor capacidad para resolver problemas al inicio del tratamiento predice una mejor puntuación en calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día podría ser debido a que una mejor capacidad para resolver problemas puede favorecer el desarrollo de habilidades de afrontamiento interpersonales (mejoría en cognición social) y por tanto una mejora en la calidad de vida del paciente con psicosis. Lo cual es reforzado por unos estudios ³ que han encontrado una relación directa entre el funcionamiento cognitivo y el desempeño psicosocial de los pacientes. Sin embargo, estos estudios no analizan las mismas variables cognitivas que consideramos en nuestro estudio por lo que habría que considerarlo con ciertas limitaciones.

Por otro lado, otros estudios, han obtenido unos resultados contrapuestos a los nuestros, ya que han encontrado que la solución de problemas se relaciona inversamente con la calidad de vida subjetiva ¹. Esto nos viene a indicar que habría

que concretar el tipo de calidad de vida que se está midiendo (objetiva o subjetiva) ya que cada una puede estar influida por diferentes variables.

Resulta difícil explicar el hallazgo que se ha encontrado entre una menor velocidad motora al inicio predice una mejoría en la calidad de vida. Habría que profundizar más en esta predicción. Es posible que este dato refleje que los pacientes más afectados por efectos secundarios de la medicación se beneficien más de un programa como el de hospital de día que incluye optimización de los tratamientos farmacológicos.

Sería interesante explorar en futuras investigaciones la posible relación entre la resolución de problemas y la cognición social como variables que predicen ambas la mejoría en la calidad de vida.

EL motivo por el que no se hemos encontrado en nuestro estudio una predicción significativa del resto de variables cognitivas en calidad de vida es una cuestión a abordar en próximas investigaciones ya que existen estudios donde sí encuentran correlaciones significativas entre dichas variables y la calidad de vida siendo la causa más probable de nuestros resultados el tamaño de la muestra.

Hipótesis 3: La sintomatología clínica (+/-) inicial y su cambio predicen la calidad de vida.

En nuestro estudio no hemos considerado la influencia de síntomas depresivos, aunque sí de **síntomas positivos y negativos** tanto a nivel basal como el cambio de dicha sintomatología clínica. En ambos casos, no hemos encontrado que predijeran una mejoría clínica en la calidad de vida a pesar de existir estudios donde sí se refleja dicha influencia. Así un estudio refiere el impacto negativo en la calidad de vida de los síntomas depresivos y negativos en pacientes con esquizofrenia ^{5, 7, 9}.

De igual modo, Tomotake ¹⁰ señala que varios estudios han encontrado como el síntoma depresivo tiene más relación con la disminución de la calidad de vida subjetiva y el síntoma negativo tiene más relación con la disminución de calidad de vida objetiva. El no haber obtenido resultados significativos en estas variables en nuestro estudio puede ser debido al tamaño de la muestra y, nos invita a considerar para próximas investigaciones el tener en cuenta el curso evolutivo de la enfermedad del paciente (en fase activa o en remisión) que podrían estar influyendo en dichos resultados. También nos sugiere la posibilidad de tener en cuenta para un próximo estudio el considerar la influencia de los síntomas depresivos en la calidad de vida.

Hipótesis 4: Los valores iniciales de perfil metabólico (glucosa, LDH, HDL y Colesterol total) y de índice de masa corporal predicen la calidad de vida.

En nuestro estudio tampoco se ha encontrado que el **perfil metabólico o el índice de masa corporal** predijeran una mejoría en la calidad de vida a pesar de ser variables que influyen en la salud física y en la salud mental de forma importante y por tanto de algún modo en calidad de vida de los pacientes. No he encontrado estudios relevantes sobre estas variables en relación con la calidad de vida, sin embargo la esperanza de vida de los esquizofrénicos es menor que en la población general debido al aumento de peso, el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares y pulmonares (son grandes consumidores de cigarrillos), lo cual es importante considerar.

No obstante, me parece interesante mencionar que Tek señala que “la naltrexona, un antagonista del receptor de opioides, puede ser un agente prometedor para reducir el aumento de peso inducido por los antipsicóticos al disminuir los antojos de alimentos [...] en individuos con sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 28$) con enfermedad mental grave que aumentaron de peso mientras recibían tratamiento con antipsicóticos” ¹¹.

En la actualidad el mejorar la calidad de vida en los pacientes con psicosis es un objetivo terapéutico. Entre los objetivos de la intervención psicológica y psicosocial se encuentran mejorar la calidad de vida, mejorar las habilidades de comunicación y de afrontamiento, mejorar la adherencia al tratamiento, disminuir la angustia y la discapacidad. Así como también sería recomendable una intervención familiar. Es por ello que lo más eficaz son los tratamientos multimodales ¹ en estos pacientes con dicho fin.

Limitaciones

- ✓ El tamaño de la muestra (72 pacientes) dificulta la generalización de los resultados obtenidos en el presente estudio. Sugiriendo que para próximas investigaciones el tamaño de la muestra sea mayor y por tanto más representativo de la población.
- ✓ Sugerir que sería recomendable comparar el rendimiento de las distintas escalas por edad y género así como por enfermedad mental (especificando el curso de la misma) y tipo de tratamiento antipsicótico. Ya que considero pueden ser variables relevantes que pueden influir en los diferentes resultados de las escalas y que no han podido ser consideradas en este estudio por la limitación de extensión establecida en el mismo.

- ✓ La cognición social, está relacionada por varios constructos como la empatía, que habría que considerar en futuras investigaciones.
- ✓ Además la calidad de vida es un concepto multidimensional que abarca dos subconceptos: calidad de vida objetiva y calidad de vida subjetiva que habría que explorar por separado.

Conclusiones

1. Los valores basales en resolución de problemas, en velocidad motora y en cognición social predicen mejoría en la calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día.
2. La influencia de la resolución de problemas en la calidad de vida es de mayor magnitud que la cognición social.
3. Ni el resto de variables cognitivas (memoria verbal, memoria operativa, fluencia verbal, velocidad de procesamiento), ni los síntomas clínicos basales ni el cambio de los síntomas psicóticos, ni los valores analíticos basales (glucosa, colesterol, LDL, HDL) ni antropométricos (IMC) predicen mejoría en la calidad de vida.

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a todos los pacientes que han hecho posible con su contribución que este estudio se realice. Del mismo modo, mi agradecimiento al profesor y tutor Vicente Molina por sus oportunas orientaciones en la realización del mismo.

Bibliografía

1. Donpablo Tobar M, Rodríguez - Jiménez, R (dir), Bagney Lifante A (dir), Palomo Álvarez, T. (dir). Calidad de vida en esquizofrenia [tesis doctoral en Internet]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2017. Recuperado a partir de: <https://eprints.ucm.es/46953/1/T39753.pdf>
2. García-Herrera Pérez-Bryan JM^a, Hurtado Lara MM, Quemada González C, Noguera Morillas EV, Bordallo Aragón A, Martí García C, Millán Carrasco A, Rivas Gerrero F, Morales Asencio JM. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manejo en Atención Primaria y en Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud, 2019.

3. Alvaro Cavieres F, Mónica Valdebenito V. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2005; 43(2): 97-108.
4. Cibersam [Internet]. Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental [citado el 24 Mayo de 2020]. Recuperado a partir de: <http://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>.
5. Mapatwana D, Tomita A, Burns JK, Robertson LJ. Predictors of quality of life among community psychiatric patients in a peri-urban district of Gauteng Province, South Africa. *Int J Soc Psychiatry*. 2019 Jun; 65(4):322-332.
6. 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 (Barc.)*. 2012; 5 (2):121-126.
7. Martín Contero MC¹, Secades Villa R, López Goñi JJ, Tirapu Ustarroz J. Empathy, social cognition and subjective quality of life in schizophrenia. *An Sist Sanit Navar*. 2017 Aug 31; 40 (2):211-219. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28765659>
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 Aug; 62(4):404-11.
9. Akinsulore A, Aloba OO, Mapayi BM, Oloniniyi IO, Fatoye FO, Makanjuola RO. Relationship between depressive symptoms and quality of life in Nigerian patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 Aug; 49(8):1191-8.
10. Tomotake M. Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. 2011. *J Med Invest*. 2011 Aug; 58(3-4):167-74.
11. Tek C, Guloksuz S, Srihari VH, Reutenauer EL. Investigating the safety and efficacy of naltrexone for anti-psychotic induced weight gain in severe mental illness: study protocol of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2013 Jun 27; 13: 176.

ANEXO: Criterios diagnósticos de la Esquizofrenia según DSM-5.

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un *episodio agudo* es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión total* es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 65–66).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.



CALIDAD DE VIDA EN PSICOSIS



Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina

Autor: M^a Paloma Pando Fernández
Tutor: Dr. D. Vicente Molina Rodríguez

Objetivos

Nuestro objetivo se centra en buscar predictores de mejoría clínica con la medida de diferentes variables (rendimiento cognitivo, cognición social, sintomatología clínica (+/-), valores analíticos y antropométricos que suponemos pueden influir en la calidad de vida de personas con psicosis.



Materiales y métodos

Se trata de un estudio observacional longitudinal descriptivo retrospectivo. La muestra, se ha extraído de una base de datos del Hospital de Día Psiquiátrico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Está formada por 72 pacientes diagnosticados de psicosis (18-67 años) que fueron atendidos desde el 2012-2018. Para la recogida de datos se ha utilizado una batería de pruebas: PANSS, BACS, WAIS-IV, GEOPTE Y WHOQOL. También se han recogido valores analíticos y el índice de masa corporal.

Para el análisis estadístico de los datos se ha empleado el software SPSS v.20.0. En primer lugar se realizó una descriptiva de las variables intervinientes. En segundo lugar se ha empleado el método paramétrico del Análisis de Regresión Lineal, tanto simple como múltiple.

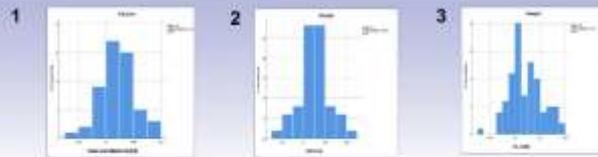
Resultados

Cambios en Calidad de Vida:

Fig 1. Variables Cognitivas y Cognición social.

Fig 2. Síntomas Psicóticos positivos y negativos.

Fig 3. Valores Analíticos e IMC.



Análisis de Regresión Lineal Multivariante. Predicción de los cambios en QOL

Tabla 2: Modelo de Regresión Lineal Multivariante. Predicción de los cambios en QOL, a partir de las variables explicativas. (N válido=52)

Factores incluidos	Coef. B	Test de contraste		Error Tq. estimación	R ² del modelo
		Valor t	P-valor		
COGNICIÓN SOCIAL (inicial)	0.53	2.04 *	0.05	10.00	259
Constante poblacional	-8.71	-0.89 **	0.385	---	---

N.S. = NO significativo al 5% (p > 0.05) * = Significativo al 5% (p < 0.05)

Tabla 3: Modelo de Regresión Lineal Multivariante. Predicción de los cambios en QOL, a partir de las variables explicativas. (N válido=52)

Factores incluidos	Coef. B	Test de contraste		Error Tq. estimación	R ² del modelo
		Valor t	P-valor		
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (inicial)	1.19	2.30 **	0.03	11.63	0.101
VELOCIDAD MOTORA (inicial)	-0.24	-2.05 *	0.048	11.46	0.173
Constante poblacional	5.21	5.04 **	0.000	---	---
Factores excluidos					
	Coef. B	Test de contraste		R Parcial	Índice de Tolerancia
MEMORIA VERBAL (inicial)	-0.06	-0.66 **	0.513	-0.083	903
MEMORIA OPERATIVA (inicial)	0.05	0.39 **	0.698	0.07	900
FLUENCIA VERBAL (inicial)	-0.14	-0.69 **	0.500	-0.143	829
VELOCIDAD EJECUCIÓN (inicial)	-0.04	-0.27 **	0.787	-0.040	714

N.S. = NO significativo al 5% (p > 0.05)

* = Significativo al 5% (p < 0.05) ** = Altamente significativo al 1% (p < 0.01)

Conclusiones

1. Los valores basales en resolución de problemas, en velocidad motora y en cognición social predicen mejoría en la calidad de vida después del tratamiento en Hospital de día.
2. La influencia de la resolución de problemas en la calidad de vida es de mayor magnitud que la cognición social.
3. Ni el resto de variables cognitivas (memoria verbal, memoria operativa, fluencia verbal, velocidad de procesamiento), ni los síntomas clínicos basales ni el cambio de los síntomas psicóticos, ni los valores analíticos basales (glucosa, colesterol, LDL, HDL) ni antropométricos (IMC) predicen mejoría en la calidad de vida.

Bibliografía

1. Daspatikó Tobar M, Rodríguez J, Jiménez R (dir), Sagney L, Llane A (dir), Pezón Álvarez, T (dir). Calidad de vida en esquizofrenia [tesis doctoral en internet] [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2017. Recuperado a partir de: <https://pccpcc.uco.es/000017128753.pdf>
2. García-Hierro Pérez-Bryan JP, Harriño Lora RM, Guzmán González C, Noguera Morales EV, Bardallo Aragón A, Martí García C, Millán Carrasco A, Rivero Gavero F, Morales Asencio JM. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Psicosis y la Esquizofrenia. Manegé en Atención Primaria y en Salud Mental. Plan Integral de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud; 2018.
3. Aveni Cuevas F, Mónica Valdesolero V. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43(2): 97-108.

