

Magali Rodríguez-Vidal¹
Manuel Castro-Salas²
Valentina Sanhueza-Escobar³
Andrea del Valle-Utreras⁴
José Martínez-Arriagada⁵

Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la calidad de vida y los factores relacionados de los pacientes esquizofrénicos que se controlan en los servicios de salud Concepción y Arauco de Chile durante los meses de abril-junio de 2009. Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal. La población incluida en este trabajo comprendió al total de los pacientes esquizofrénicos (40) bajo régimen de corta estadía. El instrumento utilizado fue la variable principal —calidad de vida (CV)—, que se midió a través del cuestionario SF-36, además se incorporaron variables sociodemográficas y de apoyo social, esta última medida a través del cuestionario Duke- UNC-11. Los resultados del estudio reflejan aceptable calidad de vida, lo cual puede asociarse con las condiciones socioculturales de la región.

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida, esquizofrenia, pacientes mentales, apoyo social, trastornos psicóticos. (Fuente: DeCS).

Quality of Life in Schizophrenic Patients

ABSTRACT

The objective of this study was to identify quality of life and related factors in schizophrenic patients who were being monitored by health-care services in Concepción and Arauca (Chile) during April-June 2009. It is a quantitative, correlational, cross-sectional descriptive study. The population in question included all schizophrenic patients (40) who were subject to a short-term stay. The principal variable—quality of life (QOL) was the instrument used and was measured with the SF-36 questionnaire. Socio-demographic and social support variables were included as well, the latter through application of the Duke-UNC-11 questionnaire. The findings of the study reflect an acceptable quality of life, which may be associated with the socio-cultural conditions in the region.

KEY WORDS

Quality of life, schizophrenia, mental health patients, social support, psychotic disorders. (Source: DeCS).

- 1 Magíster en Enfermería. Profesor Asistente, Universidad Concepción, Chile. magrodri@udec
- 2 Magíster en Enfermería. Profesor Asociado, Universidad de Concepción, Chile. mcastro@udec
- 3 Licenciada en Enfermería, Universidad San Sebastián, Chile.
- 4 Licenciada en Enfermería, Universidad San Sebastián.
- 5 Licenciado en Enfermería, Universidad San Sebastián.

Recibido: 08 de septiembre de 2010
 Aceptado: 11 de marzo de 2011

Qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos

RESUMO

Este estudo teve como objetivo determinar a qualidade de vida e os fatores relacionados de pacientes esquizofrênicos controlados nos serviços de saúde de Concepción e Arauco no Chile durante os meses de abril a junho de 2009. Estudo quantitativo, descritivo, correlacional, transversal. Neste estudo, a população incluiu os pacientes com esquizofrenia (40) sob o regime de curta permanência. O instrumento utilizado foi a variável principal – a qualidade de vida (QV) –, medida através do questionário SF-36. Também se integraram variáveis sócio-demográficas e de suporte social. Esta última foi medida pelo questionário Duke-UNC-11. Os resultados do estudo mostram uma qualidade de vida aceitável. Isso pode associar-se com as condições socioculturais da região.

PALAVRAS-CHAVE

Qualidade de vida, esquizofrenia, doente mental, apoio social, transtornos psicóticos. (Fonte: DeCS).

Introducción

La calidad de vida (CV) o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los noventa, que se mantiene en estos años del siglo XXI.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) define CV como "la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses" (2).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente en su bienestar. Patrick y Erickson (3) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento o las políticas de salud. Para Schumaker y Naughton (4) la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

La CVRS es la resultante del tipo de enfermedad, su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el apoyo social percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad (5).

Si bien la incorporación de las medidas de CVRS representan uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida; por otra parte, se debe aceptar la dificultad de medir integralmente un fenómeno tan multidimensional como es la autoevaluación de la percepción individual, tratando de generar una base empírica que permita pasar de un discurso genérico e incommensurable a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad. Implica además aceptar que, hasta el momento, las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideran que su CV es buena (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como "la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses".

Dentro del bienestar psíquico, la salud mental se conoce como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar bienestar y CV.

La salud mental es la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente, de interactuar de forma tal que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales); la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la preservación de equidad fundamental (7).

La enfermedad psiquiátrica es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerados como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida (8).

La esquizofrenia (EQZ), también llamada “demencia precoz”, es una enfermedad mental prematura, de comienzo agudo e insidioso, de evolución crónica por brotes, caracterizada por una disociación cognoscitivo-afectiva-cognitiva que produce deterioro de la personalidad con la consecuente afectación de la capacidad creadora y relacional del individuo con su medio circundante (9). La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento y los sentimientos, y la relación con el mundo exterior (10).

A nivel mundial, para esta enfermedad se calcula una prevalencia de entre el 0,5 y 1,5 % de la población, existiendo en general poca variación cultural.

La motivación de este estudio es indagar en aquellos factores modificables que estarían afectando negativamente la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad, a fin de mejorar la adherencia al tratamiento y la rehabilitación para, de acuerdo con los resultados obtenidos, plantear intervenciones a futuro destinadas a mejorar o mantener una óptima calidad de vida. Por lo anteriormente expuesto, el problema que aborda esta investigación está orientado a conocer la calidad de vida y los factores relacionados de los pacientes esquizofrénicos, que se controlan en los servicios de salud de Concepción y Arauco, Chile, durante los meses de abril-junio de 2009.

Diseño metodológico

Este es un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal. La población incluida en este trabajo comprendió al total de los pacientes esquizofrénicos bajo régimen de corta estadía (40 pacientes) que acuden al Hospital de Día del Servicio de Salud Concepción, y los pacientes que se controlan en el Programa de Salud Mental (Prosam) del Servicio de Salud Arauco entre los abril y junio de 2009, previa autorización de los directores de los centros de salud mencionados, y la obtención del consentimiento informado otorgado por los pacientes que fueron estudiados.

Los criterios de inclusión consideraron pacientes esquizofrénicos compensados, que estaban en tratamiento y rehabilitación en los centros citados anteriormente.

Se excluyeron de este estudio todos los pacientes esquizofrénicos menores de 20 años y mayores de 65, personas sordomudas, portadores de hipoacusia bilateral, no videntes y pacientes en etapa aguda de la enfermedad.

La salud mental es la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente, de interactuar de forma tal que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales.

En relación con la calidad de vida y el nivel educacional, de un total de 40 pacientes analizados, los que presentaban una mejor calidad de vida fueron los que cursaron enseñanza media completa.

El instrumento utilizado estuvo constituido por la variable principal —calidad de vida—, que se midió a través del cuestionario SF-36, el cual consta de 36 preguntas que se agrupan en 8 dimensiones con respuestas tipo Likert, cuyos puntajes sumados van de 36 a 100 puntos. Se establecieron las siguientes categorías, basadas en los percentiles de la distribución observada: Mala CV <45 puntos; regular CV de 46 a 79; buena CV >80.

Además, se incorporaron variables sociodemográficas y de apoyo social, esta última medida a través del cuestionario Duke-UNC-11 que consta de 11 ítems en total, con respuestas tipo Likert que puntúan de 0 a 4 cada una. Se establecieron las siguientes categorías: Mal apoyo social: 0-11, Regular apoyo social: 12-22, Buen apoyo social: 23-33, Excelente apoyo social: 34-44.

La Prueba Piloto se realizó en el Hospital de Día de una comuna perteneciente al Servicio de Salud Concepción. El instrumento fue validado por expertos y la confiabilidad medida a través del Alfa de Cronbach, que dio un resultado de 0,85 para el Cuestionario Duke-Unc-11, y de 0,91 para el cuestionario SF-36.

Para el procesamiento de los datos se usó el programa estadístico computacional SPSS 15.0 utilizando análisis descriptivo bivariado, más pruebas paramétricas y no paramétricas, con un nivel de confianza de 95 %.

Resultados

La tabla 1 (ver anexo) muestra el análisis de los puntajes obtenidos de la escala de CV aplicada a 40 pacientes esquizofrénicos, el promedio de puntaje obtenido es de 74,4 más menos 18 puntos, calificado

como regular CV. El 50 % de los pacientes obtuvo un puntaje menor o igual a 80 y el 50 % restante mayor a 80, calificado como buena CV. El puntaje que más se repite corresponde a 72 (regular CV). El puntaje mínimo observado fue de 36, calificado como mala CV, y el máximo observado fue de 99 (buena CV).

Las edades fluctuaron entre 25 y 63 años, con un promedio de 44,3; un 55 % correspondió al sexo masculino, y el 45 % al sexo femenino; en cuanto a relación de pareja, el 77,5 % manifiesta no tenerla. Un 35 % corresponde a nivel educacional básico incompleto (ver anexo, tablas 2 y 3), y el 65 % informa más de 5 años de tratamiento.

En relación con el apoyo social, un 30 % de los encuestados afirma contar con un mal apoyo, y un 30 % lo califica de excelente.

Los datos presentados nos muestran que los pacientes que presentaban mala CV tenían una media de 29 años, mientras que los que tenían regular CV se ubicaban en una media de 51,4 años; los que percibían una buena CV tenían una media de 42,1 años. El análisis de Anova muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables ($F=9,25$). Debido a la disparidad entre los rangos de edades, se realizó un test de comparaciones múltiples el cual muestra que las diferencias en las medias está dada por el grupo de los jóvenes, la cual fue muy significativa con una P de 0,001 (ver anexo, tabla 4).

Se pudo apreciar que los pacientes de sexo masculino y femenino presentaban una media de CV calificada como regular, la docimacia de hipótesis con un 95 % de confianza nos revela que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de CV en relación con el sexo.

El análisis de asociación muestra que no existen diferencias significativas entre CV y existencia de pareja.

En relación con la CV y el nivel educacional, de un total de 40 pacientes analizados, los que presentaban una mejor CV fueron los que cursaron enseñanza media completa.

Para saber si existen diferencias estadísticamente significativas se realizó la prueba estadística de χ^2 , cuyo valor fue de 30,23, con un P de 0,001, lo que significa que existe asociación entre ambas variables. Con el objeto de saber si la asociación era fuerte o débil se calculó una V. de Cramer y coeficiente de contingencia, cuyos valores fueron de 0,61 y 0,65 respectivamente, mostrando una fuerte asociación (tabla 5).

Al relacionar la CV con años de tratamiento se observa que los que informan menos de 5 años de tratamiento tienen una media de 78 puntos, y con más de 5 años la media es de 72 puntos, lo que representa una regular CV, la docimasia de hipótesis muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas.

El análisis descriptivo muestra que el promedio de calidad de vida fue de 74 puntos calificado como regular, y el promedio de la escala de Ducke-Unc-11 fue de 24,38 calificado como buen apoyo social. La correlación calculada nos dio como resultado un 0,46 y una significancia de 0,003; como se puede apreciar la relación resultó ser estadísticamente significativa, existiendo una baja relación lineal entre ambas variables.

El R^2 muestra que la variación de los puntajes de CV está explicada en un

21,5 % por las diferencias en los puntajes de la escala de Apoyo Social.

A fin de cuantificar esta asociación se utilizó un coeficiente Beta y este muestra que por cada unidad que aumenta la escala de Ducke-Unc-11, la escala de C. de V. aumenta en un 0,789 (ver anexo, tabla 6).

Discusión

Los trastornos psicóticos, y entre ellos especialmente la esquizofrenia, están caracterizados por un importante menoscabo en el funcionamiento diario (social, cognitivo y afectivo) de aquellos que los padecen (11).

La relación entre calidad de vida y esquizofrenia es actualmente un problema de investigación que ha adquirido gran importancia dado el interés en conocer la apreciación que hacen los pacientes de su situación. Debemos destacar el hecho de que en el enfermo esquizofrénico se presenta una dificultad considerable en la validez de las autoevaluaciones que ellos hacen de su situación. No obstante lo dicho, Skantze (12), en un trabajo realizado en Suecia, demostró que los enfermos esquizofrénicos son capaces de sentir y de comunicar sus propios déficit sociales. Por su parte Lehman (13), en el año 1983, afirmaba que los pacientes esquizofrénicos son competentes para informar sobre su CV y que estos datos pueden considerarse fiables. En todo caso, este autor recomienda prudencia ante la validez de las evaluaciones de CV realizadas por enfermos mentales graves. Podemos agregar que es muy importante el estadio de la enfermedad al momento de responder el cuestionario (14).

La esquizofrenia es una patología mental grave que afecta a todas las pobla-

Los trastornos psicóticos, y entre ellos especialmente la esquizofrenia, están caracterizados por un importante menoscabo en el funcionamiento diario (social, cognitivo y afectivo) de aquellos que los padecen.

ciones. Se estima que su prevalencia fluctúa entre un 0,2 a 2 %, y su incidencia anual sería de aproximadamente 1 por 1.000 (15). En Chile, 5 de cada 1.000 personas mayores de 15 años presentan este trastorno (16). Quienes se ven en esta situación deben hacer frente a los costos económicos, sociales y psicológicos que ella significa, por lo anterior, es posible anticipar que la calidad de vida en estos pacientes esté alterada respecto del resto de la población.

La relación EQZ y CV es un problema sobre el cual existe poca información en nuestro medio, la que tenemos proviene de países desarrollados con características sociales, económicas y culturales distintas de las nuestras, por lo que esos resultados no son aplicables a nuestra realidad (17).

En relación con la CV no se encontraron niveles bajos en los pacientes con esquizofrenia que conformaron esta muestra ya que más de un 50 % de la población presentó una regular CV, resultados que coinciden con los obtenidos por autores de la Universi-

dad de Tarapacá (Chile) quienes se plantean las siguientes interrogantes: ¿cómo estos pacientes con escasos recursos económicos, sanitarios y comunitarios pueden estar experimentando adecuados niveles de calidad de vida? ¿Cuáles serían las variables que existen en esta región específica que, a diferencia de lo que pudiese encontrarse en países desarrollados, hacen que los niveles de calidad de vida sean diferentes? Cabe pensar que las condiciones socio-culturales de esta región, donde existe un ritmo de vida poco competitivo, con expectativas más modestas, menor ambición y menos necesidades creadas en sus habitantes, menor carestía de la vida, clima agradable y fácil acceso a apoyo religioso, marcan una diferencia notable si se comparan con las grandes ciudades de donde se derivan los otros estudios.

En relación con la edad se observa que existen diferencias estadísticamente significativas según rango de edad, y estas estarían dadas por los más jóvenes con una media de 42,14 años.

En relación con el sexo los hallazgos de otra investigación (18) reportan que los pacientes varones presentaban peor calidad de vida que las mujeres, lo que no es coincidente con los hallazgos de esta investigación, ya que la CV en ambos sexos era similar, probablemente esto se deba a la muestra seleccionada.

En cuanto a la situación de pareja, podemos afirmar que 77,5 % de estos pacientes está sin pareja, resultados que coinciden con los de Mayoral (19) donde un 74 % no la tenía, lo que puede ser una muestra de la estigmatización que sufren todavía estos pacientes.

Los pacientes esquizofrénicos con mayor apoyo social tienen mejor calidad de vida que aquellos pacientes esquizofrénicos que tienen menor apoyo social.

Sería interesante realizar esta investigación con un número mayor de pacientes que presenten esta patología para asegurar resultados más confiables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Genova; 1980.
2. Nomen L, Navarro C. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos a través de un proceso rehabilitador. Revista de Treball Social; 2002.
3. Patrick D, Erickson P. Health Status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press; 1993.
4. Naughton MJ, Shumaker, Anderson RT, Czajkowski SM. Psychological aspects of health-related quality of life measurement: tests and scales. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2 ed. New York: Lippincott-Raven; 1996, pp. 117-132.
5. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería 2003; 9 (2): 09-21.
6. Leplège A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina. Jama 1998; 7 (1): 19-23.
7. Ministerio de Salud. Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia, Santiago de Chile; 2005.
8. Caviaras A, Valdebenito M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2005; 43 (2): 97-106.

9. Carvajal C. Esquizofrenia y trastornos relacionados. In: Florenzano R, Carvajal C Weil K editores. *Psiquiatría*. Santiago Chile: Mediterráneo; 1999, pp. 82-91.
10. Bleuler E. Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. *Revista Chilena de Neurosiquiatría* 1966; 153: 321-30.
11. Farriol N, Palma C, Ramos M, Fernández M, Chamorro A *et al.* Efectividad de un programa de intervención psicosocial en pacientes psicóticos crónicos. *Clínica y Salud* 2006; 2 (17): 171-185.
12. Skantze K, Malm U, Dencker S, May P. Quality of life in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry* 1995; 49 (5): 323-323.
13. Lehman A, Postrado LT, Rachuba LT. Convergent validation of quality of life assessment for persons with severe mental illnesses. *Quality of life research* 1993; 5 (2): 327-333.
14. Mingués M, González P, Alonso del Teso F, Sanguino A, García A. Efectos adversos de los antipsicóticos y calidad de vida. *Actas españolas de psiquiatría* 2005; 33 (1): 1-6.
15. American psychiatric association *Diagnostic and statistical*. Manual of mental disorders. Washington DC; 1994.
16. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud* 2005; 18: 346-358.
17. Caqueo A, Lemos S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. Universidad de Tarapacá (Chile) y Universidad de Oviedo España. *Psicothema* 2008; 4 (20): 577-582.
18. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M *et al.* Quality of life in schizophrenia: relationship to socio-demographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 2 (94): 118-124.
19. Mayoral F *et al.* Calidad de vida y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia en monoterapia con olanzapina: estudio naturalístico de 1 año de seguimiento. *Actas españolas de psiquiatría* 2006; 34 (1): 7-15.

Anexo

Tabla 1. Resultados de la aplicación de la escala de CV SF-36 a pacientes esquizofrénicos del Servicio de Salud Concepción y Prosam de Cañete perteneciente al Servicio de Salud Arauco Chile. Abril-junio de 2009.

Estadísticos descriptivos		
Media		74,42
Mediana		80,83
Moda		72(a)
Desv. estándar		18,051
Mínimo		36
Máximo		99
Percentiles	25	62,36

Fuente: Estudio de calidad de vida de pacientes esquizofrénicos Hospital de Día de Coronel, abril-junio de 2009.

Tabla 2. Distribución de los pacientes esquizofrénicos según edad

Media		44,3
Mediana		46
Moda		39
Desv. estándar		11,735
Mínimo		25
Máximo		63
Percentiles	25	35,25

Fuente: Estudio de calidad de vida de pacientes esquizofrénicos Hospital de Día de Coronel, abril-junio de 2009.

Tabla 3. Distribución de los pacientes esquizofrénicos según nivel educacional.

Nivel educacional	No. de pacientes	%
Básico incompleto	14	35
Básico completo	4	10
Enseñanza media incompleta	6	15
Enseñanza media completa	12	30
Técnico nivel superior	2	5
Estudio universitario incompleto	2	5
Total	40	100

Fuente: Estudio de calidad de vida de pacientes esquizofrénicos Hospital de Día de Coronel, abril-junio de 2009.

Tabla 4. Calidad de vida según edad de pacientes esquizofrénicos.

	No. de pacientes	Media	Desviación estándar
Mala calidad de vida	4	29	4,546
Regular calidad de vida	15	51,4	10,842
Buena calidad de vida	21	42,14	9,676
Total	40	44,3	11,735
F calculado = 9,25 P = 0,001			

Fuente: Estudio de calidad de vida de pacientes esquizofrénicos Hospital de Día de Coronel, abril-junio de 2009.

Tabla 5. Calidad de vida según nivel educacional de pacientes esquizofrénicos

Nivel educacional	Mala calidad de vida (%)	Regular calidad de vida (%)	Buena calidad de vida (%)	Total (%)
Básico incompleto	0,00	53,30	28,60	35,00
Básico completo	25,00	13,30	4,80	10,00
Enseñanza media incompleta	25,00	20,00	9,50	15,00
Enseñanza media completa	0,00	13,30	47,60	30,00
Técnico nivel superior completo	50,00	0,00	0,00	5,00
Estudio universitario incompleto	0,00	0,00	9,50	5,00
No. de pacientes	4	15	21	40
c2		30,239		0,001*
V de Cramer		0,615		0,001*
Coeficiente de contingencia		0,656		0,001*

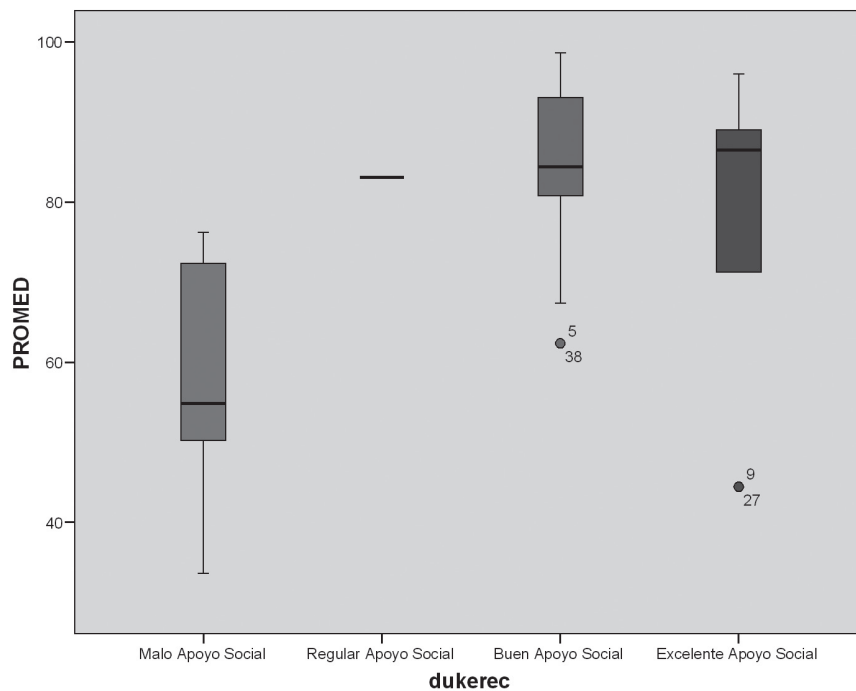
Fuente: Estudio de calidad de vida de pacientes esquizofrénicos Hospital de Día de Coronel, abril-junio de 2009.

Tabla 6. Calidad de vida según apoyo social

	Media	Desviación estándar	N
Calidad de vida	74,42	18,051	40
Duke-UNC11	24,38	10,604	40
Correlaciones			
R	0,463		
R-2	0,215		
Coeficiente Beta	0,789*		
P* significativo	P = 0,003*		

Fuente: Estudio de calidad de vida de pacientes esquizofrénicos Hospital de Día de Coronel, abril-junio de 2009.

Gráfico 1. Calidad de vida y apoyo social



Fuente: Estudio de calidad de vida de pacientes esquizofrénicos Hospital de Día de Coronel, abril-junio de 2009.