

Trabajo de Final de Máster

Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

*recuperación, calidad de vida y  
conducta suicida en  
esquizofrenia  
revisión sistemática*

Autora: Sonia Pedrosa Armenteros

Directora: Laura Galiana Llinares

Tutora o supervisora: Laura Galiana Llinares

Fecha de lectura: 31 de octubre de 2017



## **Resumen:**

**Introducción.** Según diversos estudios, las personas con diagnóstico de esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura mayor que la población general, siendo uno de los principales motivos asociados la conducta suicida. Se objetiva que, asociado a ello, hay factores de riesgo así como factores protectores. Se ha observado que sobre estos últimos se posee una mayor capacidad de acción; por ello, desde el área de la salud mental, será importante encontrar aquellos aspectos y/o procesos sobre los que podemos actuar y, de esta manera, disminuir el riesgo suicida.

**Objetivo.** Analizar y resumir las evidencias existentes sobre la relación entre la calidad de vida, la recuperación y la relación de ambas sobre la conducta suicida en personas con esquizofrenia.

**Método.** Mediante una revisión sistemática de la bibliografía existente en la base de datos bibliográfica Pubmed, desde 1997 hasta mayo de 2017. Han sido encontradas un total de 49 publicaciones que cumplieran los criterios de inclusión. Posteriormente se añadieron 18 trabajos encontrados por búsqueda en “bola de nieve”. Por ello, finalmente la revisión bibliográfica fue de 57 trabajos.

**Resultados.** Los estudios revisados cumplen diferentes características, no habiendo una homogeneidad en los mismos. Todos ellos están basados en personas adultas con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Las intervenciones rehabilitadoras son de diversa índole y duración, no habiendo una homogeneidad entre las mismas. A pesar de ello, la literatura encontrada coincide en que la calidad de vida es el eje central del proceso de recuperación, así como que la rehabilitación psicosocial favorece el incremento de la misma en los estudios realizados. Se establece que el abordaje de dichas intervenciones debe ser holístico, constando de abordajes y enfoques diferentes así como complementarios, teniendo en cuenta las evidencias científicas así como el tratamiento psicofarmacológico. Se concluye que todo ello se supone una disminución del riesgo suicida en personas con diagnóstico de esquizofrenia.

**Discusión.** Se concluye que la rehabilitación psicosocial supone un incremento de los niveles de calidad de vida, lo cual a su vez favorecerá el proceso de recuperación. Ambos aspectos están relacionados de forma inversa con el riesgo suicida.

## **Palabras clave**

“schizophrenia”, “rehabilitation”, “recovery”, “life quality” y “suicidal thoughts”



**ÍNDICE****Marco teórico:****CAPÍTULO 1. LA ESQUIZOFRENIA**

1.1. Relevancia del problema y consecuencias sociales	1
1.2. Epidemiología de la esquizofrenia	2
1.3. Conceptos y clasificaciones actuales	3
1.4. Calidad de vida en esquizofrenia	5

**CAPÍTULO 2. LA REHABILITACIÓN SOCIAL EN ESQUIZOFRENIA: FACTOR DE RECUPERACIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ESQUIZOFRENIA**

2.1. ¿Qué es la rehabilitación social?	6
2.2. ¿Como se aplica a la esquizofrenia?	6
2.3. Tipos de intervención y recursos	7
2.4. ¿Qué entendemos por recuperación?	8
2.5. ¿Cómo favorece la rehabilitación a la recuperación y a la calidad de vida?	9

**CAPÍTULO 3. CONDUCTA SUICIDA EN ESQUIZOFRENIA**

3.1. Conducta suicida	10
3.2. Características y epidemiología de la conducta suicida en personas con esquizofrenia	10
3.3. Recuperación y calidad de vida, y su relación con el riesgo suicida	12

**Marco empírico:****CAPÍTULO 4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA A ESTUDIO** 13**CAPÍTULO 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE ESTUDIO**

5.1. Objetivo general	14
5.2. Objetivos específicos	14
5.3. Hipótesis de estudio	14

**CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

6.1. Diseño	15
6.2. Estrategia de búsqueda	15
6.2.1. Fuentes de información	15
6.2.2. Palabras clave	15
6.2.3. Criterios de inclusión y exclusión	16
6.3. Análisis de los datos	16

**CAPÍTULO 7. RESULTADOS** 18

**CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN**

27

**CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVAS**

9.1. Conclusiones

32

9.2. Prospectivas

33

**CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

34

**ANEXO 1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS TRABAJOS REVISADOS**

44

## CAPÍTULO 1. LA ESQUIZOFRENIA

### 1.1. Relevancia del problema y consecuencias sociales

La esquizofrenia es un trastorno mental grave cuya patogenia está influenciada por múltiples factores de riesgo, tanto ambientales como genéticos, habiendo un porcentaje de heredabilidad de la misma de hasta el 80% (Janoutova et al., 2016). Se caracteriza por alteraciones en la cognición y la percepción, así como en el comportamiento y la gestión de las emociones (Montaño et al., 2013).

De forma general, las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas, de forma comparativa, de discapacidad y mortalidad. Por ejemplo, según los datos del estudio de Kasckow et al. (2011) y de Wahlbeck et al. (2011), las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura de un 40 a 60% mayor que la población general, debido al “diagnostic overshadowing”<sup>1</sup> y al suicidio. Así mismo, la carencia de hogar y otros problemas de índole social son más frecuentes en personas con trastornos mentales que en la población mental, exacerbando su marginación y vulnerabilidad (Dako-Gyeke y Sowah, 2013; Ramos Pozón, 2016). Debido a la estigmatización, así como a la discriminación presente, las personas con trastornos mentales presentan mayores dificultades para disfrutar de una vida activa y de calidad, con todo lo que ello implica (relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda...) (López et al., 2008). Así mismo, sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos (económicos, sociales, culturales; se les imponen restricciones al trabajo, a la educación, a la reproducción, al disfrute del grado más alto de salud); así como a sufrir condiciones de vida inhumanas, maltratos físicos, abusos sexuales, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios (OMS, 2013). Por todo ello, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad (OMS, 2013).

Consecuencia de todo ello será una limitación a la atención sanitaria general, además de a la educación, vivienda y empleo. (López et al., 2008; OMS, nota descriptiva, 2016; Ramos Pozón, 2016).

---

<sup>1</sup> (Diagnóstico ensombrecido). Diagnóstico que se refiere al proceso en el que una persona con enfermedad mental recibe un tratamiento discriminatorio, inadecuado y/o tardío debido a una atribución errónea de sus síntomas físicos a su enfermedad mental (Van Nieuwenhuizen et al., 2013)

## 1.2. Epidemiología de la esquizofrenia

La esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Las personas con edades comprendidas entre los 15 a los 30 años presentan mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, debido a que ésta franja de edad es en la que se registran mayores tasas de incidencia. Su curso varía entre las personas, encontrando que una de cada siete personas con esquizofrenia se recuperará (Jääskel-äinen et al, 2013).

A nivel epidemiológico, algunos estudios establecen que la esquizofrenia se distribuye de forma desigual en la sociedad: se observa una mayor incidencia en zonas urbanas, tiende a ser más prevalente en grupos de bajo nivel socioeconómico e inmigración (Bernardo y Bioque, 2011; Oliver y Fearon, 2008; Stevens y Rodin, 2011).

Los hombres tienen mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia que las mujeres. De hecho, los datos apuntan que el trastorno es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones), siendo el riesgo relativo 1,4 veces mayor en ellos (Bernardo y Bioque, 2011). Cabe mencionar, a pesar de ello, que este dato es controvertido, dado que algunos artículos no lo corroboran (Stevens y Rodin, 2011). Sí que hay una coincidencia en que los hombres tienden a desarrollar la enfermedad a una edad más temprana (Bernardo y Bioque, 2011; Oliver y Fearon, 2008; Stevens y Rodin, 2011).

Por lo que respecta a la incidencia anual de la esquizofrenia, esta similar en todo el mundo. Se estima que va desde 7.7 a 43/100.000/año (siendo la incidencia media anual: 15,2/100000/año), aproximadamente el 0,7% de la población general. Los rangos de prevalencia de esquizofrenia van desde el 0.14 al 0.46% (Bernardo y Bioque, 2011; Janoutova et al., 2016).

En España, la prevalencia anual es del 0,3% y la incidencia anual es de 0,8 casos por 10000 habitantes, lo que representa aproximadamente 4000 casos nuevos diagnosticados de esquizofrenia al año (Martín García-Sancho, 2009)

De acuerdo con el *Global Burden of Disease Study* (2012), los trastornos mentales suponen un 7,4% de la carga de enfermedad a nivel mundial en términos de años de vida ajustados por discapacidad (183,9 millones de AVAD); la esquizofrenia se considera causante de un 7,4% de esa carga de enfermedad asociada a los trastornos mentales (Whiteford, 2013)

Las personas con esquizofrenia tienen mayor riesgo de muerte prematura que la población general. El ratio de mortalidad media estandarizada: 2,6 (por todas las causas), sin diferencias por sexos, siendo mayor que el de la población general. Y el suicidio se asocia con



la mayor ratio de mortalidad media estandarizada (12.86), siendo mayor que el de la población general (Janoutova et al., 2016).

### **1.3. Conceptos y clasificaciones actuales**

Cuando hablamos de esquizofrenia, hacemos referencia a un trastorno del cerebro caracterizado por la presencia de síntomas positivos (delirios y alucinaciones), negativos o de déficit, cognitivos y afectivos. En este momento, nos encontramos con una reformulación del concepto clásico de esquizofrenia, pasando a considerarse un trastorno heterogéneo, de afectación multisistémica desde el inicio de su curso (Vallejo, 2011). Encontramos que la visión clínica de la misma, presenta diversas vertientes (como patología única, con un continuum de síntomas y manifestaciones; o como diferentes “esquizofrenias”, las cuales tienen sintomatología similar, pero diferente evolución y respuesta)(Vallejo, 2011).

Con todo ello, en 1970 se inicia la época de las clasificaciones psiquiátricas, la cual se caracteriza por el predominio de los esfuerzos descriptivos y ateóricos. Sus dos representantes principales son la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 2000) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales (APA, 2013), siendo los criterios diagnósticos para la esquizofrenia de ambos sistemas similares en muchos aspectos, pero no idénticos (Cuesta, Martínez y Peralta, 2007). Para visualizarlo mejor, en la Tabla 1 se exponen los criterios diagnósticos de ambas clasificaciones en su versión más reciente.

Los criterios diagnósticos para la esquizofrenia de ambos sistemas son similares en muchos aspectos, pero no idénticos. Con respecto a las similitudes, encontramos que es necesario descartar que el trastorno no sea atribuible a una causa médica, intoxicación, dependencia o abstinencia; así mismo, la necesidad de descartar la presencia de sintomatología afectiva concomitante. Ambas consideran los síntomas positivos, si bien en la CIE-10 (OMS, 2000) se describen de forma más concreta, los cuales deben presentarse durante un mes. Sin embargo, el DSM-5 (APA, 2010) también considera la continuidad de los mismos, de forma más atenuada, así como la presencia de sintomatología negativa durante al menos 6 meses. Además, el DSM-5 también incluye el deterioro psicosocial experimentado.

Esto da muestra de las limitaciones que presentan las clasificaciones actuales, especialmente por el hecho de que la presentación y evolución de la Esquizofrenia son heterogéneas. Sin embargo, ellas permiten mejorar la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico, lo que justifica su generalización internacional y empleo actual.

**Tabla 1. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según CIE-10 y el DMS-5**

CIE-10	DSM-5
<p>G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos incluidos en el apartado 1, o al menos dos de los síntomas y signos incluidos en 2 deben estar presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o durante algún tiempo la mayor parte de los días)</p> <p>Por lo menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento</li> <li>B. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones, o sensaciones específicas y percepciones delirantes</li> <li>C. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo, u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo</li> <li>D. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son completamente imposibles</li> </ul> <p>O al menos dos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>E. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se presentan a diario durante al menos un mes, cuando se acompañan de ideas delirantes (que pueden ser fugaces o poco estructuradas) sin un contenido afectivo claro, o cuando se acompañan de ideas sobrevaloradas persistentes</li> <li>F. Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante</li> <li>G. Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor</li> <li>H. Síntomas negativos, tales como marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica)</li> </ul> <p>G2. Criterios de exclusión usados con más frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Si el paciente también cumple criterios de un episodio maniaco o de un episodio depresivo, los criterios enumerados arriba en G1.1 y G1.2 deben satisfacerse antes del desarrollo del trastorno del humor</li> <li>2. El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia de alcohol u otras drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa del tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Delirios</li> <li>2. Alucinaciones</li> <li>3. Discurso desorganizado</li> <li>4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico</li> <li>5. Síntomas negativos</li> </ul> </li> <li>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 adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral)</li> <li>C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de 6 meses. Este periodo 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 la fase activa) y puede incluir periodos prodrómicos o residuales. Durante estos periodos 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.</li> <li>D. Se ha 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 la fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad</li> <li>E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica</li> <li>F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo 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).</li> </ul>

#### **1.4. Calidad de vida en esquizofrenia**

En un intento de dar una definición operativa del concepto de calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud lo hizo del siguiente modo: “la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, normas y asuntos”(WHOQOL group, 1994). Por ello, el concepto de calidad de vida tiene componentes sobre relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, bienestar material, bienestar emocional y derechos (Verdugo Alonso, 2009).

Cuando evaluamos la calidad de vida de las personas, la finalidad es detectar si hay satisfacción con los distintos ámbitos que caracterizan la vida cotidiana. Al exponer los motivos por los que está o no satisfecha, será la persona quien elija y determine qué es lo valioso de la vida en relación con sus valores y preferencias, concibiéndola como un valor necesario, pues se trata de una vida de calidad entendida a su modo (Ramos Pozón, 2014).

Con todo ello, la calidad de vida para las personas con esquizofrenia (y, podríamos decir, para todas las personas) implica darles el protagonismo para poder definir qué entienden por calidad de vida. Otorgarles la autonomía de decidir responsablemente sobre los acontecimientos de su vida. El reconocimiento y aceptación de esa decisión responsable es el respeto por la dignidad de la persona. Para ello, hemos de asegurar de que no se le impondrá ninguna decisión, a no ser que haya motivos suficientes y justificados que supongan la necesidad de tomar decisiones en su lugar (Ramos Pozón, 2014).

Por otra parte, la valoración de la calidad de vida podrá realizarse desde varias perspectivas: subjetiva (satisfacción de la vida por parte de la persona), objetiva (actividades, participación en la sociedad y relaciones interpersonales) o incluso en ambas simultáneamente. Esta opción será la más completa (Ramos Pozón, 2014).

Por último, el porqué de la relevancia de este concepto. Como ya hemos mencionado, las personas con esquizofrenia tienen una calidad de vida inferior al de la población general y los enfermos físicos (Lawrence y Kisely, 2010; Ritsner y Grinshpoon, 2013). Ello implica que la calidad de vida de las personas con esquizofrenia debe ser uno de los pilares fundamentales de los planes terapéuticos. Debemos tener siempre presente la necesidad de que las personas con trastorno mental grave puedan integrarse en la sociedad, que tengan (o adquieran) las estrategias necesarias para ello, con la finalidad de incrementar su autonomía (Ramos Pozón, 2014).

## **CAPÍTULO 2. LA REHABILITACIÓN SOCIAL EN ESQUIZOFRENIA: FACTOR DE RECUPERACIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ESQUIZOFRENIA**

### **2.1. ¿Qué es la rehabilitación social?**

La rehabilitación psicosocial debería comprenderse tanto como objetivo así como proceso: obtener los mejores resultados terapéuticos y en calidad de vida para las personas con enfermedad mental grave que siguen un curso crónico. El concepto de rehabilitación como objetivo se superpone al de recuperación: obtener cursos clínicos que lleven a las personas afectadas a una vida lo más normalizada y feliz posible (Uriarte Uriarte, 2007). Es decir, la rehabilitación psicosocial debería guiar la asistencia a aquellas personas afectadas por enfermedades mentales, tanto por las características de sus síntomas como por su repercusión social y funcional.

Cabe recalcar que no es una técnica, sino una estrategia asistencial que trasciende a lo sintomático, en la que no se puede esperar a que el paciente esté motivado. Motivar es rehabilitar. Por lo tanto, en rehabilitación psicosocial no se trata de imponer tratamientos, sino de acompañar y apoyar en el proceso de ver la necesidad de ese tratamiento.

Por todo lo descrito, el campo de la rehabilitación psicosocial implicará un punto de vista humanista, que aunará aspectos éticos y científicos. De esta manera, la rehabilitación psicosocial será un elemento clave de cualquier sistema asistencial para personas con enfermedades mentales severas que aspire a un modelo comunitario, normalizado, e integrador (García Nieto, 2007).

### **2.2. ¿Cómo se aplica a la esquizofrenia?**

El abordaje del tratamiento las personas con esquizofrenia exige un cambio de paradigma, que lo oriente a alcanzar un mayor grado de recuperación personal, tratando de lograr la restauración de la situación premórbida y la reasunción del proyecto vital. Ello implica poner el foco en tres aspectos fundamentales: la calidad de vida, la autonomía personal y el funcionamiento social (Crespo-Facorro et al., 2017).

Si bien es cierto que el tratamiento psicofarmacológico tiene su función en todo el proceso, existen más datos sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones psicosociales y de la organización de servicios sobre los resultados en calidad de vida, autonomía personal y funcionamiento social. Cuando hablamos de tratamiento holístico y

cambio de paradigma, precisamos ver más allá del tratamiento agudo de los síntomas y el de mantenimiento para evitar las recaídas (Vargas ML et al, 2006). Debemos empoderar a las personas afectadas, introducir a la familia como elemento fundamental y emplear, como base de todo ello, los recursos de rehabilitación psicosocial. Todo ello, desde el inicio de la enfermedad (Florit-Robles, 2006).

En resumen, la mejora de la organización asistencial en la atención a las personas con esquizofrenia implica: proporcionar un conjunto integrado de cuidados basado en la evidencia que cubran las necesidades de atención en salud física y mental; proporcionar apoyo para que las personas con esquizofrenia vivan en su entorno habitual, y desarrollar mecanismos que les ayuden a desenvolverse en los sistemas complejos de empleo y beneficios sociales; proporcionar apoyo específico, información y programas educativos a familiares y cuidadores para que proporcionen cuidados a los individuos con esquizofrenia de manera que suponga la menor disrupción posible para sus vidas; revisar y mejorar regularmente los procedimientos de atención a las personas con esquizofrenia, contando con todos los agentes implicados, incluyendo las organizaciones que apoyan a las personas con esquizofrenia; proporcionar un apoyo, equivalente al impacto de la enfermedad, a la investigación y búsqueda de nuevos tratamientos, y establecer campañas de sensibilización adecuadamente financiadas de forma regular que formen parte permanente de los planes de acción. Permitiendo así una rehabilitación psicosocial que favorezca la recuperación de la persona, yendo más allá de las limitaciones y repercusiones que la propia enfermedad pudiera suponer (Crespo-Facorro, 2017).

### **2.3 Tipos de habilidades de intervención y recursos**

La recuperación supondrá permitir que la persona adquiera una redefinición de sí misma, de forma multidimensional, en la que sea capaz de elegir y decidir cuáles son sus metas y aspiraciones. Por lo tanto, la intervención debe pretender mejorar la calidad de vida de la persona, independientemente del tipo de tratamiento que se decida llevar a cabo, buscando la recuperación íntegra de la misma (Kern et al., 2009).

Partiendo de esta base, las intervenciones y recursos empleados deberán estar dirigidos hacia la consecución de tales objetivos, considerando que en el área de la rehabilitación psicosocial se debe prestar atención a los perfiles individuales: desde la intervención farmacológica hasta las diversas medidas de soporte psicosocial (vivienda adecuada, apoyo

económico, programas de rehabilitación); ya que las personas que reciben un tratamiento cuyo enfoque es biopsicosocial, tienen un mayor porcentaje de recuperación que aquellas que únicamente reciben uno psicofarmacológico (González y Rodríguez, 2010). Con este tipo de intervenciones, se persigue una mejoría de la calidad de vida subjetiva, lo que permitirá mayores niveles de autonomía e independencia (Montaño et al, 2013).

En resumen, un tratamiento efectivo ofrecerá resultados satisfactorios a largo plazo, buscando el espacio en el que el individuo se desenvuelva de forma independiente, mantenga la sintomatología en un nivel adecuado, logre un funcionamiento vocacional normalizado y todo ello le permita encontrar un sentido vital así como relaciones sociales significativas (Montaño et al, 2013). Para todo ello, las intervenciones empleadas son diversas, así como lo serán los ambientes en los que se desarrollen (González y Rodríguez, 2010; Montaño et al, 2013).

#### **2.4 ¿Qué entendemos por recuperación?**

En los últimos veinte años ha ido emergiendo la perspectiva de la recuperación personal de quien ha sido diagnosticado de esquizofrenia u otro tipo de psicosis grave y persistente. Ésta surge en el seno de la población afectada con la finalidad de defender valores como el empoderamiento en los procesos de tratamiento y rehabilitación, autoría y responsabilización en la construcción de su propia vida, y la esperanza en la posibilidad de recobrar un sentido positivo de la vida así como de la calidad de la misma (Uriarte Uriarte, 2007). En este contexto, el concepto de recuperación es un constructo complejo que implica un aumento de funcionamiento psicosocial y apoyo recibido, una disminución de las fuentes de estrés, una mejora del funcionamiento deficiente, así como el poner freno al deterioro de la calidad de vida incorporando completamente los recursos disponibles (Hernández-Monsalve, 2013; Rosillo et al, 2013).

Cuando hablamos de recuperación no lo hacemos como análogo de curación, en el cese de síntomas y discapacidades. Se hace referencia al proceso de cambio en el que está implicada la persona afecta por un trastorno mental más o menos grave e incapacitante, orientado hacia el desarrollo de una vida significativa, incluso a pesar de la persistencia de síntomas y discapacidades derivadas del propio trastorno mental. Es un proceso en el que se alienta a la persona a seguir creciendo e interesándose por el desarrollo máximo de sus recursos y capacidades, a pesar incluso de las limitaciones que pudieran derivarse de la

persistencia de ciertos síntomas o discapacidades (Hernández-Monsalve, 2013; Rosillo et al, 2013).

Concluiremos diciendo que la recuperación es hasta cierto punto inconmesurable, dado que es un proceso único y personal que implica cambios de actitudes valores, sensaciones, objetivos, habilidades y roles. Recuperar la salud mental es mucho más que recobrase de la enfermedad. Supondrá superar el trauma inherente a sufrir un trastorno mental grave o recibir tratamiento psiquiátrico (Anthony, 1993).

## **2.5 ¿Cómo favorece la rehabilitación a la recuperación y a la calidad de vida?**

En los últimos años, en el área de la rehabilitación psicosocial se ha establecido un nuevo enfoque, que se basa en intervenciones comunitarias cuyo objetivo es conseguir resultados personales, así como sociales, tales como la independencia, el empleo, las relaciones interpersonales satisfactorias. Por ello, el tratamiento tiene por finalidad la mejoría de la calidad de vida, el funcionamiento social y la consecución de la recuperación; y no sólo el tratamiento de los síntomas (Eack et al., 2007; Strkalj-Ivezic et al., 2013).

Habrá que considerar que en personas con Trastorno Mental Grave el concepto de calidad de vida varía significativamente a lo largo de su ciclo vital, así como del curso de la enfermedad, hecho que supondrá la necesidad de un abordaje holístico (Chou et al., 2012; Pitkänen et al., 2011).

## **CAPÍTULO 3. CONDUCTA SUICIDA EN ESQUIZOFRENIA**

### **3.1. Conducta suicida**

La conducta suicida es un fenómeno complejo, con implicaciones existenciales, psicopatológicas, sociales e incluso morales. Es difícil de definir y de delimitar. Por ello, en 1969 la OMS introdujo el concepto de “acto suicida” como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil (OMS, 1969, p. 12)”. La conducta suicida supondrá un desequilibrio entre las propias capacidades del sujeto (capacidades emocionales y relacionales) y el impacto de una determinada situación, puntual o por acumulación; encontrándose el suicidio como solución a la angustia y al problema que se plantea (Rocamora Bonilla, 2012).

De forma más práctica, podemos clasificar la conducta suicida según su naturaleza: actos suicidas (suicidio, parasuicidio), comunicación suicida (amenaza suicida, expresiones no verbales, expresiones verbales) e ideación suicida (plan suicida, ideas suicidas, deseo de muerte, ideas de muerte); así como en función de su riesgo potencial: suicidio y parasuicidio (intento suicida y gesto suicida). Considerar estos aspectos nos permitirá ser conscientes de la gravedad y el riesgo implicado en una determinada conducta suicida, posibilitando así su prevención y el planteamiento estrategias terapéuticas (Anseán, 2014).

### **3.2 Características y epidemiología de la conducta suicida en personas con esquizofrenia**

Las estadísticas evidencian que las personas con esquizofrenia, en comparación con la población general, tienen una probabilidad mayor de muerte prematura. En concreto, Hor y Taylor (2010) hablan de un 40% de las muertes tempranas que pueden ser atribuidas a causas no naturales, entre las que se encuentra el suicidio. Ésta se relaciona con diferentes factores, entre los que destacan las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y, de forma significativa, el suicidio (Kasckow et al, 2011).

Los estudios de los últimos 20 años evidencia que aproximadamente del 40-50% de las personas con esquizofrenia refieren haber presentado ideación suicida en algún momento de sus vidas, del 20-50% han realizado un intento autolítico y, del 4-13%, fallecerán por suicidio, si bien los resultados obtenidos varían en función del estudio: algunos sitúan las cifras entre 4-6% mientras que otros lo hacen en porcentajes más elevados. Según Hor y



Taylor (2010), la variación del porcentaje de fallecimiento por esta causa depende de diferentes variables a la hora de realizar el estudio: el periodo de tiempo en el que se realiza, el tipo de clasificación que recibe la muerte por suicidio...

Todo ello supondrá que el fallecimiento por suicidio será 8,5 veces mayor en las personas con esquizofrenia que en la población general (Barret et al., 2010; Haw et al., 2005; Kasckow et al., 2011 y 2012; Montross et al., 2005; Popovic et al., 2014; Shrivastava, 2010).

Con respecto a las causas, se ha observado que el riesgo suicida está poco relacionado con los síntomas psicóticos; mientras que se asocia de forma significativa a los síntomas afectivos, con los síntomas motores y con la percepción, así como las consecuencias vitales, de la propia enfermedad (Hawton et al., 2005). Por ello, encontramos que los principales factores de riesgo suicida serán: cuadros depresivos, ansiedad, agitación, dificultad en el control de impulsos, abuso de tóxicos, mala calidad de vida, eventos traumáticos, conducta suicida previa, duración y gravedad de la enfermedad (según Kasckow et al. (2011), la mayor parte de suicidios parecen producirse en etapas tempranas de la misma, aunque el riesgo se mantiene durante toda la vida), mala adherencia terapéutica, bajo o nulo soporte social, edad temprana, pérdidas recientes, nivel de funcionamiento, percepción de la enfermedad y situación vital (desesperanza, bajo autoconcepto, mala percepción de la enfermedad...) (Gale et al., 2015; Hawton et al., 2005; Kasckow et al., 2011; Shrivastava, 2010).

Por otra parte, cabrá considerar cuáles son los factores protectores. Según autores como Montross et al. (2005) o Kasckow et al. (2011) estos incluyen soporte social adecuado, alianza terapéutica positiva, espiritualidad/religiosidad, soporte familiar, sentido de rol y función social y familiar; a nivel intrapsíquico: habilidades en la resolución de problemas, satisfacción vital, sentido de vida, actividades diarias con significado y resiliencia. Cabe destacar que estos factores son más modificables y pueden ser potenciados en mayor medida que los factores de riesgo.

Como conclusión, y a pesar de que la mayor parte de estudios asociados con el suicidio se relacionan con la psicopatología, observamos que este fenómeno está más relacionado con la pérdida, la humillación percibida, el fallo y la vergüenza. Por dicho motivo, deberíamos intentar comprenderlo como un fenómeno centrado en el individuo, abordando a la persona como un ser humano único cuya personalidad y experiencia contienen los verdaderos motivos por los que desea dejar de vivir (Shrivastava, 2010).

### 3.3 Recuperación y calidad de vida, y su relación con el riesgo suicida

Se propone trabajar desde la potenciación de los factores protectores como forma de prevención del suicidio. Es decir, no será únicamente un control sintomático, sino que nos enfocaremos en la calidad de vida, teniendo en cuenta la opinión y percepción de la persona, subjetiva, sobre su nivel de salud y satisfacción vital.

Dicho enfoque radica en la idea de que la frustración asociada con la no realización de proyectos personales es uno de los principales factores de riesgo. Por dicho motivo, el concepto de resiliencia<sup>2</sup> será un factor esencial. Algunos la han relacionado con la presencia de sentido de la vida y de pensamientos que son contrasuicidas, como la esperanza o el optimismo. También está relacionada con el concepto de empoderamiento, en el que se considera que la persona con enfermedad tiene derecho a los mismos privilegios y responsabilidades que la persona sin enfermedad (Piedra Tutor, 2014).

Con todo lo anterior, observamos que la prevención de la conducta suicida en la persona con esquizofrenia está estrechamente relacionado con el modelo de recuperación, en el que el enfoque se encuentra en la persona y no en la enfermedad. En dicho modelo, la persona se encuentra activamente involucrada en su proceso de recuperación por medio de la elaboración de un plan comprensivo en el que se incorporan intervenciones bio-psico-sociales, por medio de un enfoque psicosocial, rehabilitador y en el que se incluye a la familia; con todo ello, se ha observado una disminución del riesgo suicida (Kasckow et al., 2011 y 2012).

Junto con ello, dado que será más fácil modificar los factores protectores, será positivo que la persona pueda establecer una vida significativa y plena, en la que se proporcione un sentimiento positivo de la propia identidad, con base en la esperanza y autodeterminación. Mientras este proceso sea más avanzado, la ideación suicida será menor (Gale et al., 2015).

---

<sup>2</sup> La resiliencia está relacionada con el concepto de entereza, de seguridad, a pesar de los acontecimientos adversos que invitan a pensar en todo lo contrario. Se trata de la posibilidad de poder controlar la propia vida, de una seguridad interna que va más allá de las creencias adversas que derivarían a encarar la vida con pesimismo (Piedra Tutor, 2014)

## **CAPÍTULO 4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO**

Tal y como hemos expuesto en el marco teórico, las personas con esquizofrenia, en comparación con la población general, tienen una probabilidad mayor de muerte prematura. Mencionábamos que, la conducta suicida, supone un riesgo significativo (Hawton et al., 2005; Hor y Taylor, 2010) y que, dada la relevancia de dicho problema, surge la necesidad de establecer qué elementos contrarrestan y/o disminuyen dicho riesgo. En este sentido, algunos autores han relacionado el modelo de recuperación con la reducción del riesgo suicida, al considerar que éste refuerza la resiliencia, la recuperación de la esperanza y la búsqueda de un sentido de vida, además de basarse en los tratamientos establecidos, tanto psicológicos, psicosociales como psicofarmacológicos (Foster, 2013 y 2015; Gale, 2015; Jahn et al., 2016).

Una de las herramientas imprescindibles para iniciar y mantener dicho proceso de recuperación parece ser la rehabilitación psicosocial. La razón de ello es que, los procesos que ésta promueve, permiten y potencian que las personas con diagnóstico de trastorno mental grave se integren en la comunidad de forma exitosa y estable, lo que favorece, a su vez, la calidad de vida y el funcionamiento (Bredski et al., 2011).

## **CAPÍTULO 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE ESTUDIO**

### **5.1. Objetivo general**

El objetivo general de esta investigación es estudiar la relación entre la rehabilitación psicosocial, si ésta influye sobre el nivel de recuperación así como de calidad de vida de las personas con esquizofrenia, a través de una revisión sistemática de la literatura científica publicada hasta la fecha.

### **5.2. Objetivos específicos**

Partiendo del objetivo general expuesto, los objetivos específicos del trabajo son:

1. Estudiar la relación entre el tratamiento rehabilitador y la recuperación de las personas con esquizofrenia.
2. Conocer la relación entre el tratamiento rehabilitador y la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.
3. Recabar evidencia sobre la relación entre la recuperación y la conducta suicida de las personas con esquizofrenia.
4. Estudiar la relación entre la calidad de vida y la conducta suicida de las personas con esquizofrenia.

Por todo ello, en la revisión sistemática que exponemos a continuación, valoraremos aspectos como: rehabilitación psicosocial, calidad de vida, el concepto de recuperación y la conducta suicida; considerando todo ello en las personas con esquizofrenia.

### **5.3. Hipótesis de estudio**

Se plantean las siguientes hipótesis:

1. El tratamiento rehabilitador favorece la recuperación de las personas con esquizofrenia.
2. El tratamiento rehabilitador favorece la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.
3. La recuperación se relaciona de forma negativa con la conducta suicida de las personas con esquizofrenia, implicando una disminución del riesgo suicida.
4. La calidad de vida se relaciona de forma negativa con la conducta suicida de las personas con esquizofrenia, implicando una disminución del riesgo suicida.

## **CAPÍTULO 6: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **6.1. Diseño**

Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos publicados en revistas científicas relacionadas con el área de la salud mental, de forma específica con la esquizofrenia, la conducta suicida y la rehabilitación psicosocial, entendiendo este último proceso terapéutico como aquel que supone una mejora en la integración comunitaria, en la calidad de vida y, por todo ello, favorece la recuperación íntegra.

Partiendo de dicha revisión sistemática, se añadieron una serie de artículos cuya búsqueda fue por el sistema “bola de nieve”.

### **6.2. Estrategia de búsqueda**

#### 6.2.1. Fuentes de información

En la presente revisión se ha utilizado como base de datos bibliográfica Pubmed. Pubmed es una base de datos que pertenece a la National Library of Medicine de Estados Unidos. Incluye más de 19 millones de registros de artículos biomédicos de MEDLINE, así como otras revistas sobre ciencias de la vida. MEDLINE tiene alrededor de 4800 revistas publicadas en Estados Unidos y en más de 70 países en todo el mundo (Pubmed,s.f).

#### 6.2.2. Palabras clave

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda principal han sido: “schizophrenia”, “rehabilitation”, “recovery”, “life quality” y “suicidal thoughts”. Los resultados han sido restringidos de la siguiente manera: disponibilidad de texto completo, artículos evaluados por expertos, tipo de fuente (revista científica) e idioma (inglés y español).

Así mismo, cabe destacar que la forma de búsqueda establecida con dichas palabras clave fue con la relación que sigue:

- “schizophrenia” AND “rehabilitation” AND “life quality”
- “schizophrenia” AND “rehabilitation” AND “recovery”
- “schizophrenia” AND “life quality” AND “suicide”
- “schizophrenia” AND “recovery” AND “suicide”

### 6.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de exclusión empleados para seleccionar los estudios relevantes en la presente revisión bibliográfica han sido:

- La fecha de publicación: no se han valorado aquellos artículos que hace más de 20 años que se publicaron (1997-2017)
- Artículos que en los que la patología principal no sea la esquizofrenia
- Artículos que no incluyan el concepto de rehabilitación psicosocial en alguna de sus vertientes
- Artículos cuyo idioma de publicación no sea el inglés o el español
- Artículos que únicamente consideren instrumentos de medida
- Artículos en los que únicamente se emplee el tratamiento psicofarmacológico.

### **6.3. Análisis de los datos**

La información analizada se estructuró en ocho subapartados:

5. Título: en el que se hace un primer análisis (junto con el resumen) sobre la validez de los artículos para el objetivo de la revisión.
6. Autores: se anotan los autores de los artículos para referenciarlos o citarlos y para posibles búsquedas de otros estudios de los mismos.
7. Año: se anotan los años de publicación de cada estudio para poder realizar comparaciones.
8. Objetivo: es necesario anotar brevemente el objetivo de cada estudio para poder conocer que se pretende evaluar en cada artículo y así poder establecer comparaciones.
9. Población: la población objeto de estudio son las personas con diagnóstico de esquizofrenia.
10. Lugar: con lugar nos referimos a la ciudad o país en la que se lleva a cabo el estudio. Esto puede ser un dato significativo según la demografía o el momento político, histórico o sociocultural de cada lugar.
11. Duración del proceso rehabilitador: el tiempo empleado en el proceso de rehabilitación será importante a la hora de valorar la influencia, si es que la hay, en la recuperación así como en la valoración de otros aspectos que pudieran ser relevantes.

12. Resultados: Se analizan los resultados de cada estudio. Nos permite valorar a si se ha respondido a las preguntas planteadas, si se han cumplido los objetivos, de qué manera y con qué intensidad.
13. Conclusiones: un breve resumen de las conclusiones de los diferentes autores, la concordancia (o no) de unas con otras y cómo éstas influyen en nuestra revisión.

## CAPÍTULO 7. RESULTADOS

Tal y como hemos expuesto en el apartado de metodología, la búsqueda bibliográfica se realizó estableciendo diversas asociaciones entre las palabras clave.

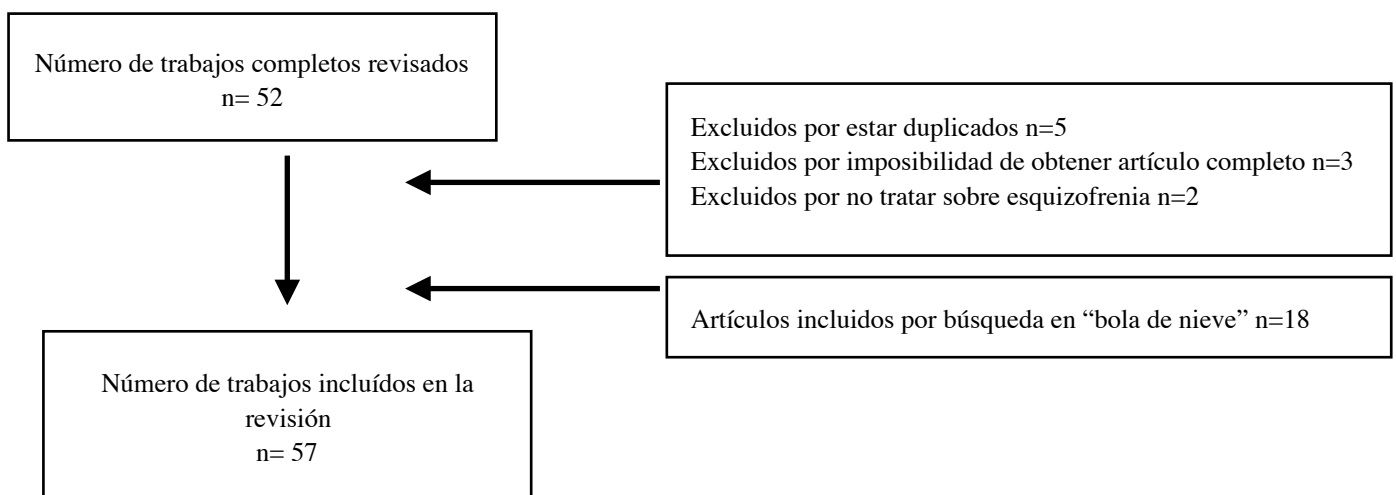
Tras ello, el total de los textos obtenidos de la misma fueron 1431. Al aplicar los criterios de exclusión referidos previamente, resultaron 52 artículos pendientes de revisión. De ellos, se descartaron 13 artículos: cinco de ellos estaban duplicados en las distintas búsquedas; tres debido a que no se pudo obtener el artículo completo; y los cinco restantes porque, a pesar de que inicialmente cumplían criterios de inclusión, al leer el artículo completo no que lo hacían (tres de ellos no abordaban el área de la rehabilitación; dos de ellos no trataban sobre esquizofrenia). Por ello, como resultado se obtuvieron 39 artículos. Para complementar a los mismos, realicé una búsqueda en “bola de nieve”, de la que obtuve 18 artículos complementarios. Por todo ello, la revisión sistemática actual consta de 57 artículos. Para mayor detalle del proceso, ver Figuras 1, 2, 3, 4 y 5.

Finalmente, con el objetivo de valorar si las hipótesis de trabajo eran plausibles, los trabajos incluidos en la revisión concretados se clasificaron en los apartados que siguen:

- Recuperación y esquizofrenia: 17 artículos
- Esquizofrenia, rehabilitación y calidad de vida: 33 artículos
- Calidad de vida, recuperación y riesgo suicida: 7 artículos

De esta manera, las características principales de los trabajos incluidos en la revisión, se encuentran, de forma sintética, en el Anexo 1.

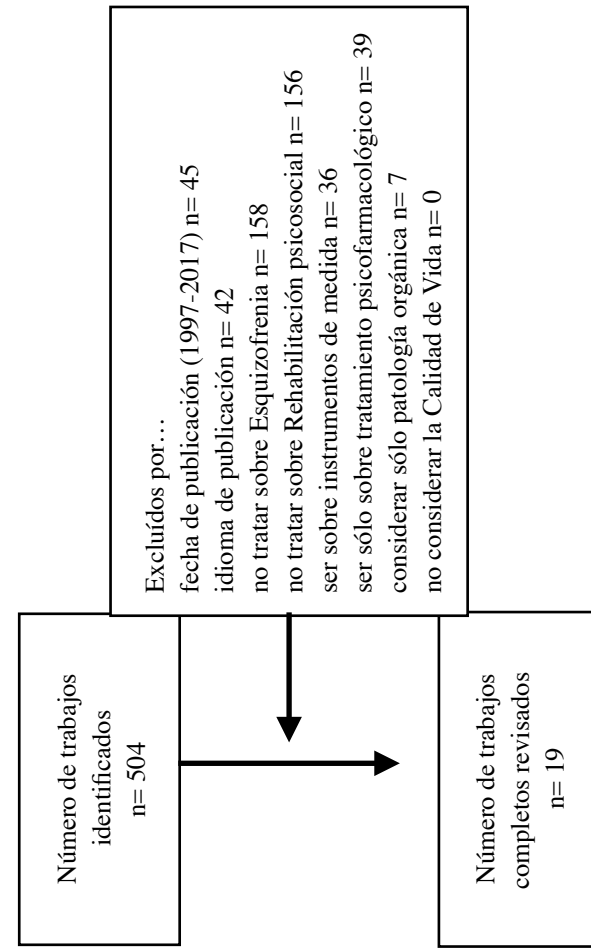
Figura 1. Diagrama de flujo general



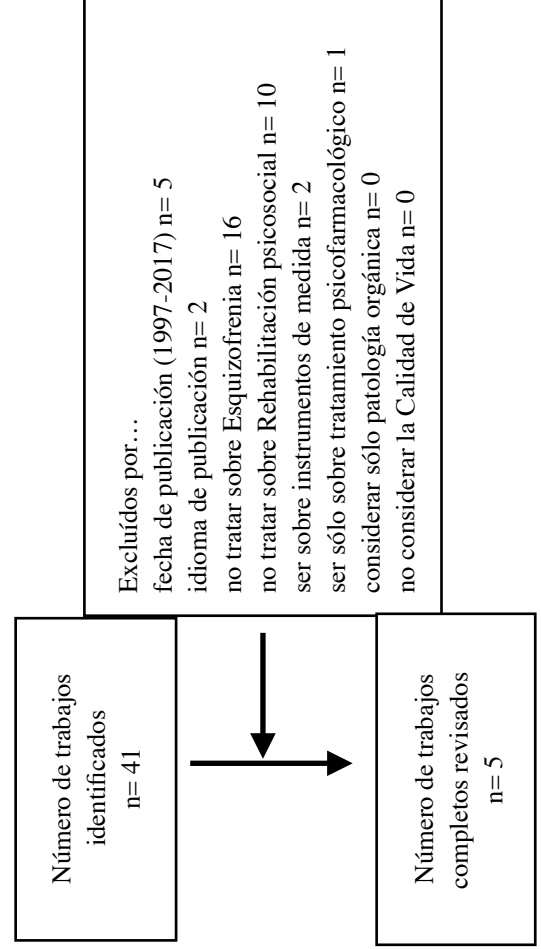


Figuras 2, 3, 4, 5. Diagramas de flujo de los diferentes apartados de búsqueda.

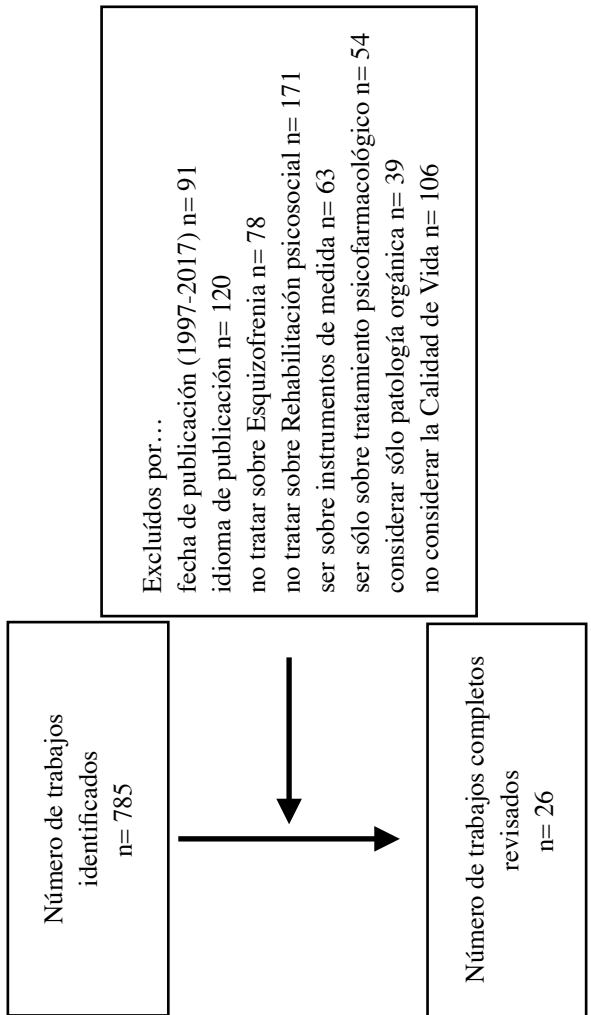
**“schizophrenia” AND “rehabilitation” AND “recovery”**



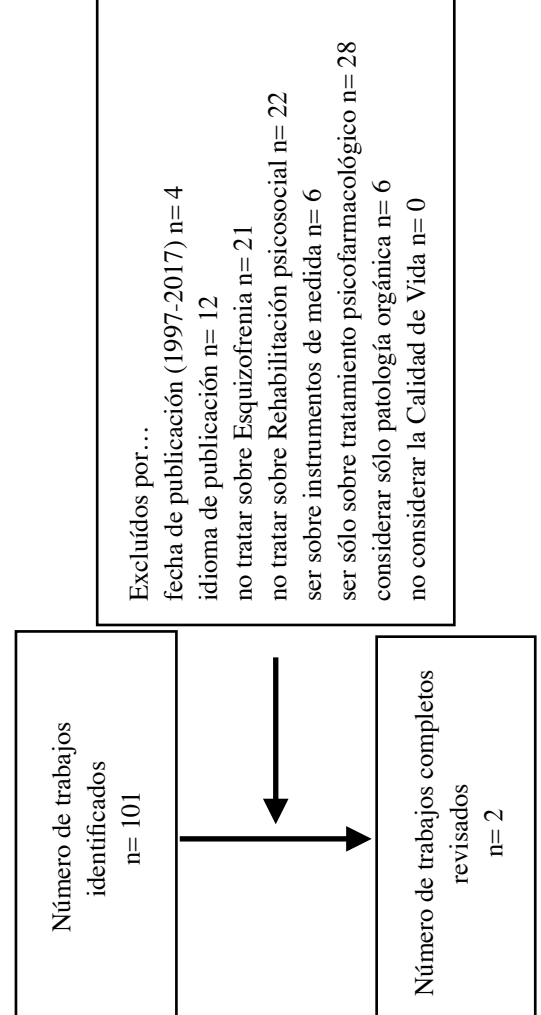
**“schizophrenia” AND “recovery” AND “suicide”**



**“schizophrenia” AND “rehabilitation” AND “life quality”**

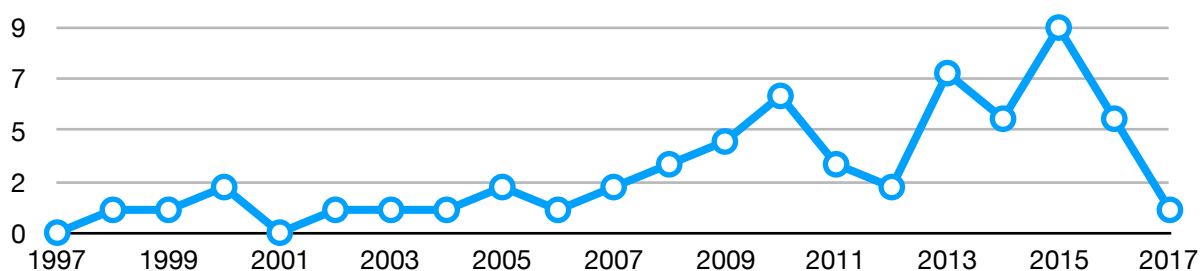


**“schizophrenia” AND “life quality” AND “suicide”**



Los estudios fueron publicados entre los años 1997 y 2017, siendo la mayoría de ellos posteriores al año 2000. Los únicos estudios anteriores a éste son dos, uno de ellos de Holzner et al. (1998) y otro de Browne et al. (1999). Se observa un incremento progresivo del número de artículos relacionados, principalmente, con el área de la Esquizofrenia, el concepto de recuperación y el de calidad de vida en relación a dicho trastorno. El año del que más artículos hemos obtenido es el 2015 (n=9). En la Figura 6 encontramos la evolución del número de artículos en función del año de publicación.

Figura 6. Evolución del número de artículos durante los últimos 20 años



Así mismo, cabría mencionar qué tipo de trabajos se han incluido y el número de cada uno de ellos. Cabe destacar que no se ha excluido ningún tipo de estudio, tal y como se puede observar en los criterios de exclusión. Por ello, de los trabajos revisados, encontramos con que cuatro de ellos son revisiones sistemáticas (Chien et al., 2013; Dauwan et al., 2016; Nowak et al., 2016; Soundy et al., 2015) mientras que 19 son revisiones no sistemáticas (Bartels y Pratt, 2009; Charzyńska et al., 2015; Corrigan, 2006; Foster, 2013; Gunatilake et al., 2004; Harvey, 2014; Hernández Monsalve, 2013; Karow et al., 2014; Kern et al., 2009; Kłapciński et al., 2015; Kopelowicz, 2005; Kunitoh, 2013; Leamy et al., 2011; Liberman y Tandon, 2005; Montaña et al., 2013; Patterson y Leeuwenkamp 2008; Shean, 2009; Slade et al., 2015; Whitley, 2014). Así mismo hay un trabajo que es un Editorial (Foster, 2015). El número restante son estudios clínicos (n=33) de diversas características, compartiendo todos ellos el ser de tipo prospectivo. De estos, cabe destacar, 12 son estudios clínicos randomizados (Bio y Gattaz, 2011; Browne, 1999; Chou et al., 2012; Glenthøj et al., 2015; Guo et al., 2010; Horan et al., 2010; Lloyd et al., 2010; Lysaker et al., 2008; Pitkänen et al., 2012; Rabin et al., 2014; Štrkalj-Ivezić et al., 2013; Velligan et al., 2015); cinco son estudios transversales (Eack et al., 2007; Hoffmann et al., 2000; Holzner et al., 2007; Jahn et al., 2016;

Jung y Kim, 2012); y 10 son estudios longitudinales prospectivos (Asher et al., 2015; Boyer et al., 2013; Bredski et al., 2011; Domínguez-Martinez et al., 2015; Gomes et al., 2016; Lanfredi et al., 2014; Leff, 2000; Pańczak y Pietkiewicz, 2016; Van Busschbach y Wiersma, 2002; Yamada et al., 2010).

En cuanto a los objetivos que persigue cada estudio, cabe diferenciar cada uno de los apartados en los que hemos clasificado los artículos. Nos encontramos con que, en el primero de ellos (esquizofrenia y recuperación), se encuentran aquellos artículos en los que el objeto de estudio/revisión es el concepto de recuperación en esquizofrenia, describiendo los diversos enfoques y posicionándose con respecto a los mismos. En el segundo apartado (esquizofrenia, rehabilitación psicosocial y calidad de vida), los artículos tienen por objetivo el valorar el impacto de los diferentes tipos de rehabilitación psicosocial sobre la calidad de vida de las personas con esquizofrenia. Por último, el tercer apartado (calidad de vida, recuperación y riesgo suicida) tiene por función el valorar si éstos conceptos se relacionan entre ellos en las personas con esquizofrenia.

Otro factor a destacar en las características de los estudios es la población a la que se destinan. El diagnóstico principal de los mismos era la esquizofrenia (sin especificar subtipo); si bien algunos de los artículos incluían, junto con el diagnóstico de esquizofrenia, otros diagnósticos. Entre ellos, dos artículos incluían el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (Lysaker et al., 2008; Pańczak et al., 2016); tres artículos englobaban el diagnóstico de esquizofrenia dentro del grupo de Trastorno Mental Grave (Bartels y Pratt, 2009; Browne, 2009; Whitley et al., 2015); dos artículos hablaban de salud mental en general, especificando el diagnóstico de esquizofrenia (Kłapciński y Rymaszewska, 2015; Leamy et al., 2011); tres artículos incluían y realizaban una comparación con personas con diagnóstico de Trastorno Bipolar (Foster, 2013; Foster, 2015; Lloyd et al., 2010); y, por último, un artículo comparaba el diagnóstico de esquizofrenia con otras enfermedades somáticas de tipo crónico (Palijan et al., 2017).

En cuanto al lugar de realización de la intervención, en aquellos trabajos que son estudios clínicos, los países son diversos. Cabe destacar que, de forma significativa, el país del que hemos obtenido más estudios son los Estados Unidos de América (Horan et al., 2010; Jahn et al., 2016; Kasckow et al., 2007; Lysaker et al., 2008; Narváez et al., 2008; Velligan et al., 2015; Yamada et al., 2010). La distribución con respecto al resto de países ha sido homogénea, habiendo uno o dos artículos por país, sin relación entre ellos. En España

únicamente se realizó un estudio, en Cataluña (Domínguez-Martínez et al., 2015). Cabe destacar que todos ellos se han realizado en medios urbanos.

Con respecto al recurso del que se han obtenido las muestras, nos encontramos con que 19 de ellos han sido de unidades de salud mental; siete de ellos se han realizado en programas establecidos de rehabilitación psicosocial; tres de ellos en centros de desarrollo vocacional; dos en unidades de larga estancia; uno en un “club house” y otro en una unidad de hospitalización de agudos.

Para valorar la duración del proceso rehabilitador, cabe diferenciar dos aspectos. En primer lugar, aquellos estudios en los que las personas ya formaban parte de un recurso rehabilitador (Bredski et al., 2011; Gomes et al., 2016; Hoffmann et al., 2000; Holzner et al., 2007; Jung y Kim, 2012; Lanfredi et al., 2014; Pańczak y Pietkiewicz, 2016; Ponizovsky et al., 2003; Van Busschbach y Wiersma, 2002; Yamada et al., 2010). De ellos, dos llevaban un año o menos en el proceso rehabilitador (Jung y Kim, 2012; Van Busschbach y Wiersma, 2002); tres llevaban hasta seis años (Bredski et al., 2011; Holzner et al., 2007; Pańczak y Pietkiewicz, 2016); mientras que de cinco de éstos no se especifica el tiempo que los participantes llevaban en el dispositivo rehabilitador (Gomes et al., 2016; Hoffmann et al., 2000; Lanfredi et al., 2014; Ponizovsky et al., 2003; Yamada et al., 2010). En segundo lugar, nos encontramos con un grupo de artículos en los que la intervención ha sido rehabilitadora en personas que no habían estado expuestas a dicho tratamiento con anterioridad (Asher et al., 2015; Bio y Gattaz 2011; Eack et al., 2007; Glenthøj et al., 2015; Guo et al., 2010; Narváez et al., 2008; Štrkalj-Ivezić et al., 2013; Velligan et al., 2015). La duración de dicha intervención no se especifica en tres trabajos (Asher et al., 2015; Eack et al., 2007; Narváez et al., 2008); en dos fue de seis meses (Bio y Gattaz 2011; Štrkalj-Ivezić et al., 2013); en uno fue de nueve meses (Velligan et al., 2015), en otro de 12 meses (Guo et al., 2010); y en un último trabajo fue de 24 meses (Glenthøj et al., 2015).

En relación a los resultados de los estudios, encontramos que los tres apartados que hemos diferenciado se encuentran relacionados, realizando una serie de aportes encadenados, complementándose entre ellos.

De esta manera, se parte del concepto de recuperación en las personas con esquizofrenia. Éste puede ser valorado desde dos perspectivas: la de resultados o clínica (valora síntomas y resultados, observable y cuantificable) y la que valora la recuperación como un proceso (visión de la persona, flexible y única) (Corrigan, 2006; Hernández

Monsalve, 2013; Liberman y Kopelowicz 2005; Slade y Longden, 2015). La mayor parte de trabajos consideran la recuperación como proceso (Corrigan, 2006; Foster, 2013; Gunatilake et al., 2004; Hernández Monsalve, 2013; Kłapciński y Rymaszewska, 2015; Whitley, 2014;); uno de ellos la considera como resultados (Charzyńska et al., 2015) y un último valora que ambas visiones se influyen mutuamente (Liberman y Kopelowicz, 2005). Así mismo, se evidencia que, en dicho proceso, variables como la esperanza (Lysaker et al., 2008), una vida percibida como productiva, funcional, independiente, vocacional, socialmente activa (Horan et al., 2010), que tiene un sentido vital (Shean, 2009; Soundy et al., 2015), y en la que la persona se percibe al control de la misma (empoderamiento y autodeterminación) (Myers, 2010), favorecen el proceso de recuperación. Así mismo, muestran que los abordajes que influyen en la consecución de todo ello se basan en el tratamiento rehabilitador (Yamada et al., 2010) así como la facilitación de experiencias laborales (Pańczak y Pietkiewicz, 2016). En relación a los abordajes que favorecen el proceso de recuperación, y están basados en la evidencia, son intervenciones de tipo rehabilitador: terapia cognitivo conductual, terapia de entrenamiento en habilidades sociales, terapia vocacional laboral, terapia familiar, terapia integrada (Corrigan, 2006; Chien et al., 2013; Foster, 2013; Kern, 2009; Montaña et al., 2013; Patterson y Leeuwenkamp, 2008;), terapia asertiva comunitaria (Chien et al., 2013; Gunatilake et al., 2004), terapia psicodinámica, arteterapia (Montaña et al., 2013). Así mismo, uno de los artículos evalúa los buenos resultados obtenidos a este nivel por medio del ejercicio físico, observándose que el yoga favorece el desarrollo cognitivo, mientras que el yoga y el ejercicio aeróbico se relacionan con mejoría en la calidad de vida subjetiva, en el funcionamiento global, disminución en la sintomatología general así como de los síntomas depresivos (Dauwan et al., 2016). Cabe destacar que uno de los artículos recalca que ninguno de dichos abordajes producirá una mejoría en todas las áreas (Kern et al., 2009).

Junto con lo anterior, en los trabajos revisados también se valoró qué relación existía entre los procesos rehabilitadores, la calidad de vida de las personas con esquizofrenia y su nivel de recuperación, con la finalidad de establecer una relación entre dichos conceptos. Se evidencia que la rehabilitación psicosocial, resulta un proceso efectivo, con un menor impacto en la experiencia psicótica, mejor función psicosocial y menores niveles de estrés familiar (Bartels y Pratt, 2009; Guo et al., 2010; Montaña et al., 2013; Van Busschbach y Wiersma, 2002), a lo que se añade una mayor inclusión social y la adquisición de un rol activo en la comunidad (Asher et al., 2015; Rabin et al., 2014), un mejor autoconcepto (Štrkalj-Ivezić et

al., 2013), mejoría en la función cognitiva (Bio y Gattaz 2011), mayor nivel de satisfacción (Chien et al., 2013) y menor número de recaídas (Chien et al., 2013; Guo et al., 2010). Así mismo, favorecen la autonomía y la independencia, permitiendo a la persona reorientar su vida, proporcionándole un sentido personal (Montaño et al., 2013), un enfoque optimista y de esperanza (Foster, 2015; Leamy et al., 2011; Nowak et al., 2016; Velligan et al., 2015), así como de autodeterminación (Jung y Kim, 2012) y empoderamiento (Chou et al., 2012; Nowak et al., 2016).

Dichos enfoques rehabilitadores, en los que se tiene en cuenta la recuperación así como la elaboración de una vida significativa, se relacionan con una mejor calidad de vida subjetiva (Kłapciński y Rymaszewska, 2015; Nowak et al., 2016). Cabe destacar que un trabajo relaciona dicha elaboración con el bienestar espiritual y religioso, que a su vez supondrán una mejor calidad de vida subjetiva (Lanfredi et al., 2014). El hecho de vivir en la comunidad (desinstitucionalización), también favorece la calidad de vida subjetiva (Asher et al., 2015; Bredski et al., 2011;). Dos de los artículos destacan que, si dichos procesos rehabilitadores se relacionan con el tratamiento psicofarmacológico, los resultados serán significativamente mejores (Guo et al., 2010; Montaño et al., 2013). Uno de los artículos, recalca que elementos subjetivos de este proceso, se relacionan de forma positiva con marcadores objetivos de recuperación, como la participación en la comunidad y la obtención/mantenimiento de empleo (Lloyd et al., 2010).

Los trabajos revisados también valoran qué elementos son los que se relacionan con una peor calidad de vida. Gran parte de los mismos coinciden con que ésta no se encuentra directamente relacionada con la presencia de sintomatología psicótica (Hoffmann et al., 2000; Jahn et al., 2016; Karow et al., 2014; Lanfredi et al., 2014; Leff, 2000; Montaño et al., 2013; Narváez et al., 2008); si bien se destaca que la presencia de sintomatología depresiva (Bartels y Pratt, 2009; Domínguez-Martínez et al., 2015; Jahn et al., 2016; Karow et al., 2014; Narváez et al., 2008; Ponizovsky et al., 2003), ansiosa (Jahn et al., 2016; Karow et al., 2014), negativa (Domínguez-Martínez et al., 2015; Narváez et al., 2008; Ponizovsky et al., 2003), deterioro cognitivo (Karow et al., 2014; Palijan et al., 2017), menor grado de metacognición (Karow et al., 2014; Rabin et al., 2014), la presencia de efectos secundarios de la medicación (Ponizovsky et al., 2003); supondrán una peor calidad de vida global. Narváez et al. (2008) recalcan que la calidad de vida objetiva y subjetiva no tienen por qué estar relacionadas.

Por último, un grupo de trabajos relacionan la calidad de vida de la persona con esquizofrenia, el punto en el que se encuentran en el proceso de recuperación y la conducta suicida. La mayor parte de ellos, coinciden en que una mejor calidad de vida así como un mayor grado de recuperación, suponen una disminución del riesgo suicida en las personas con esquizofrenia (Foster, 2013; Foster, 2015; Gale et al., 2012; Jahn et al., 2016; Kasckow et al., 2011). La única excepción es la de Ponizovsky et al (2003), quienes no encuentran relación significativa entre el nivel de recuperación y la conducta suicida. Además, cabe destacar que para Foster (2013; 2015), el riesgo suicida no sólo se relaciona con el nivel de recuperación, si no que la disminución del mismo es un prerrequisito para la misma.

Finalmente, en relación a las conclusiones, encontramos que la mayor parte de trabajos coinciden con la idea de que dar independencia, control sobre su vida, compromiso con la interacción social y formar parte de una comunidad, a la persona con diagnóstico de esquizofrenia, será el punto de partida para su recuperación (Hernández Monsalve, 2013; Horan et al., 2010; Kłapciński et al., 2015; Lysaker et al., 2008; Myers, 2010; Shean, 2009; Soundy et al., 2015; Whitley et al., 2015). Dicho concepto se define como un proceso en 11 trabajos (Asher et al., 2015; Corrigan, 2006; Foster, 2013; Foster, 2015; Gunatilake et al., 2004; Hernández Monsalve, 2013; Kłapciński y Rymaszewska, 2015; Leamy et al., 2011; Nowak et al., 2016; Whitley, 2014), en uno de los artículos lo describe como un resultado clínico y objetivo (Charzyńska et al., 2015), y en otro dice que ambos tipos de definiciones están interrelacionadas (Lieberman y Kopelowicz 2005).

Como principal abordaje favorecedor de todo ello describen a la rehabilitación psicosocial 17 de los trabajos revisados (Bartels y Pratt, 2009; Bio y Gattaz 2011; Browne, 2009; Chien et al., 2013; Eack et al., 2007; Gomes et al., 2016; Gunatilake et al., 2004; Holzner et al., 2007; Jung y Karow et al., 2014; Kim, 2012; Kern, 2009; Palijan et al., 2017; Pańczak y Pietkiewicz, 2016; Patterson y Leeuwenkamp, 2008; Štrkalj-Ivezić et al., 2013; Tandon, 2005; Yamada et al., 2010), mientras que dos de los trabajos hacen especial énfasis en la combinación de ésta con psicofármacos (Guo et al., 2010; Montaña et al., 2013).

Así mismo, varios trabajos relacionan tanto el proceso de recuperación como los procesos rehabilitadores con una mayor calidad de vida (Bartels y Pratt, 2009; Browne, 1999; Domínguez-Martínez et al., 2015; Eack et al., 2007; Gomes et al., 2016; Guo et al., 2010; Jung y Kim, 2012; Karow et al., 2014; Kunitoh, 2013; Lanfredi et al., 2014; Leff, 2000; Palijan et al., 2017; Patterson y Leeuwenkamp 2008; Štrkalj-Ivezić et al., 2013; Yamada et al.,

2010) y hacen énfasis en el hecho de que peores resultados en la misma no se relacionan tanto con la sintomatología positiva o con la propia enfermedad, sino con los síntomas depresivos, de ansiedad o de tipo negativo (Bartels y Pratt, 2009; Bio y Gattaz, 2011; Harvey, 2014; Leff, 2000; Narváez et al., 2008;).

El resultado de todo ello parece ser una disminución en la conducta suicida, tal y como describen 6 de los artículos (Gale et al., 2012; Foster, 2013; Foster, 2015; Jahn et al., 2016; Kasckow et al., 2011; Tandon, 2005), habiendo uno de ellos que no encuentra relación entre la recuperación y la disminución de la conducta suicida (Ponizovsky et al., 2003).



## CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN

El objetivo de la actual revisión era establecer, si la hubiese, una relación entre el nivel de recuperación y el de calidad de vida con los procesos de rehabilitación psicosocial en las personas con esquizofrenia. Tras ello, valorar si ambos elementos influyen en el riesgo de conducta suicida en este grupo poblacional. Debido a que únicamente obtuvimos siete trabajos en los que se establecía una relación entre todo lo anteriormente descrito, decidimos realizar una búsqueda en la que combinamos las diferentes palabras clave. Ello dio como resultado un número mayor de trabajos que, entre ellos, se complementaban y permitían responder a los objetivos e hipótesis planteados al inicio de la revisión. Se encontraron 57 trabajos, la mayor parte de ellos a partir de una búsqueda sistemática y un número menor a partir de una búsqueda en “bola de nieve”.

Junto a lo anterior, cabe destacar que no hemos excluido ningún tipo de estudio. De esta manera, entre los trabajos revisados encontramos cuatro revisiones sistemáticas, 19 revisiones no sistemáticas, una editorial y 33 estudios clínicos de diversas características. De estos últimos, 12 son estudios clínicos randomizados, cinco son estudios transversales y 10 de ellos son estudios longitudinales prospectivos.

Debido a que la búsqueda tuvo las características mencionadas, clasificamos los artículos en tres apartados: “recuperación y esquizofrenia”, “esquizofrenia, rehabilitación y calidad de vida” y “calidad de vida, recuperación y riesgo suicida”. Todos los trabajos revisados estaban basados en personas con diagnóstico de esquizofrenia, si bien en algunos de ellos éste trastorno se combinaba con otros como trastorno esquizoafectivo (Lysaker et al., 2008; Pańczak et al., 2016) o trastorno Bipolar (Foster, 2013; Foster, 2015; Lloyd et al., 2010). El motivo mantener de dicha combinación fue que el contenido del trabajo era de interés y el hecho de encontrarse asociado a otra patología no suponía que los resultados y/o conclusiones no fuesen extrapolables.

Los recursos en los que se han realizado los estudios eran en su mayoría Unidades de Salud Mental, en segundo lugar unidades de rehabilitación de diferentes características y, un único estudio, en una unidad de hospitalización de agudos. Respecto a la duración de la estancia en los mismos, varían en función de los trabajos: en algunos no se especifica; en otros va de meses a años. Así mismo, cabe mencionar que en 10 de los trabajos ya había un trabajo rehabilitador (Bredski et al., 2011; Gomes et al., 2016; Hoffmann et al., 2000; Holzner

et al., 2007; Jung y Kim, 2012; Lanfredi et al., 2014; Pańczak y Pietkiewicz, 2016; Ponizovsky et al., 2003; Van Busschbach y Wiersma, 2002; Yamada et al., 2010), mientras que en ocho la intervención era iniciar el proceso rehabilitador (Asher et al., 2015; Bio y Gattaz 2011; Eack et al., 2007; Glenthøj et al., 2015; Guo et al., 2010; Narváez et al., 2008; Štrkalj-Ivezić et al., 2013; Velligan et al., 2015). Cabría destacar, que el hecho de que las características de los estudios sean tan dispares, dificulta el comparar la eficacia de las diferentes intervenciones así como sus resultados.

Respecto al tiempo que dura o ha durado la intervención rehabilitadora, realizamos la diferencia entre el hecho de que el proceso rehabilitador ya estuviese en funcionamiento o fuese la intervención per se. En el primer caso, dos de los estudios llevaban un año o menos en el proceso rehabilitador (Jung y Kim, 2012; Van Busschbach y Wiersma, 2002); tres llevaban hasta seis años (Bredski et al., 2011; Holzner et al., 2007; Pańczak y Pietkiewicz, 2016); mientras que de cinco de éstos no se especifica el tiempo que los participantes llevaban en el dispositivo rehabilitador (Gomes et al., 2016; Hoffmann et al., 2000; Lanfredi et al., 2014; Ponizovsky et al., 2003; Yamada et al., 2010). En los que el proceso rehabilitador era la intervención per se, la duración de dicha intervención no se especifica en tres trabajos (Asher et al., 2015; Eack et al., 2007; Narváez et al., 2008); mientras que en el resto, la duración de la misma fue diversa, tal y cómo se puede observar en el apartado de resultados.

En cuanto a la localización geográfica, en España sólo se realizó un estudio clínico (Cataluña). El país del que hemos obtenido más estudios son los Estados Unidos de América (n=7). Con respecto a los realizados en Europa, encontramos 12 estudios. La distribución entre los países de dicho continente es homogénea. Lo más destacable es que la mayor parte de los estudios fueron realizados en medios urbanos, habiendo uno en el que la intervención es tanto en el medio urbano como en el rural (Asher et al., 2015).

En relación a los resultados de los estudios, encontramos que hay una relación estrecha entre los aspectos revisados. Partimos del concepto de recuperación en las personas con esquizofrenia, el cual puede ser valorado desde la perspectiva de resultados o clínica (valora síntomas y resultados, observable y cuantificable) y la que valora la recuperación como un proceso (visión de la persona, flexible y única). La mayor parte de trabajos consideró la recuperación como proceso; salvo uno de ellos que la consideró como resultados (Charzyńska et al., 2015) y un último valora que ambas visiones se influyen mutuamente (Lieberman y Kopelowicz, 2005). En este contexto, se evidencia que, en dicho proceso,

variables como la esperanza, una vida percibida como productiva, funcional, independiente, vocacional y socialmente activa; que tiene un sentido vital, en la que la persona se percibe al control de la misma (empoderamiento y autodeterminación). Todo ello favorecerá el proceso de recuperación.

Además, los estudios mencionan que los abordajes que influyen en la consecución de todo ello se basan en el tratamiento rehabilitador así como la facilitación de experiencias laborales. Dentro de éstos, aquellos que favorecen el proceso de recuperación y, al mismo tiempo, están basados en la evidencia. Cabe destacar que uno de los artículos revisados hace énfasis en el hecho de que no hay ningún abordaje que suponga una mejoría en todas las áreas, por lo que deberá haber una complementación entre ellos (Kern et al., 2009).

Tras ello, se revisó la relación entre los procesos rehabilitadores con la calidad de vida de las personas con esquizofrenia y su nivel de recuperación. Se evidenció que la rehabilitación psicosocial resulta un proceso efectivo, con un menor impacto en la experiencia psicótica, mejor función psicosocial y menores niveles de estrés familiar; a ello que se le añade una mayor inclusión social y la adquisición de un rol activo en la comunidad, mejoría en la función cognitiva, mayor nivel de satisfacción y menor número de recaídas. Así mismo, favorecen la autonomía y la independencia, permitiendo a la persona reorientar su vida, proporcionándole un sentido personal, un enfoque optimista y de esperanza, así como de autodeterminación y empoderamiento. De esta manera, aquellos enfoques en los que se tiene en cuenta la recuperación así como la elaboración de una vida significativa se relacionan con una mejor calidad de vida subjetiva. También será significativo el bienestar espiritual y religioso así como el hecho de vivir en la comunidad (desinstitucionalización) y/o el mantenimiento/obtención de empleo, favoreciendo dichos aspectos una mejor calidad de vida subjetiva.

Cabe mencionar que únicamente dos de los artículos revisados hacen énfasis en la relación entre los procesos rehabilitadores con el tratamiento psicofarmacológico, encontrando una acción sinérgica entre ambas intervenciones terapéuticas (Guo et al., 2010; Montaña et al., 2013).

Con respecto a los aspectos relacionados con la calidad de vida, se parte de la idea de que esta no se encuentra directamente relacionada con la presencia de sintomatología psicótica. Los aspectos relacionados con una peor calidad de vida global serán la presencia de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, deterioro cognitivo, un menor grado de

metacognición y la presencia de efectos secundarios del tratamiento. Cabe destacar que uno de los trabajos revisados (Narváez et al., 2008) recalca que la calidad de vida objetiva y subjetiva no tienen por qué estar relacionadas. Los aspectos relacionados con una mejor calidad de vida son los previamente mencionados, que a su vez suponen una promoción del proceso de recuperación.

Por último, se establece una relación inversa entre el proceso de recuperación y la calidad de vida con la conducta suicida. Es decir, a mayor nivel de calidad de vida y mientras más avanzado se encuentra el proceso de recuperación, el riesgo suicida en las personas con esquizofrenia disminuye. Recalcar que dos de los trabajos revisados puntualizan que el riesgo suicida no sólo se relaciona con el nivel de recuperación, si no que la disminución del mismo es un prerrequisito para la misma (Foster, 2013; Foster, 2015); mientras que un único trabajo dice no encontrar una relación significativa entre el nivel de recuperación y la conducta suicida (Ponizovsky et al., 2003).

En resumen, encontramos que la mayor parte de estudios concluyen que el promover la independencia, el control sobre la propia vida, el compromiso con la interacción social y formar parte de una comunidad, a la persona con diagnóstico de esquizofrenia, será el punto de partida para su recuperación, concibiendo a ésta como un proceso en el que la percepción de la persona es el principal aspecto a valorar. Para favorecerlo, la rehabilitación psicosocial, en sus diferentes vertientes, será un elemento clave. Además, asociarlo con el tratamiento psicofarmacológico y la inclusión de la familia en el proceso terapéutico ejercerá una acción positiva. Todo ello supondrá una mejoría de la calidad de vida de la persona, la cual no dependerá de la sintomatología de la propia enfermedad, que a su vez dará lugar a una disminución en la conducta suicida.

Encontramos limitaciones de diversa índole en los trabajos revisados y que, por tanto, suponen una limitación del propio trabajo. En primer lugar, el hecho de que una parte significativa de los mismos sean revisiones no sistemáticas supone un menor grado de evidencia científica de los datos obtenidos, si bien cabe destacar que los resultados son similares a los de los estudios clínicos randomizados. Junto a ello, nos encontramos con el hecho de que las intervenciones rehabilitadoras no se cumplen las mismas características, ya que son de diferentes tipos, de duración diversa y en contextos no homogeneizados. Esto dificulta la comparación directa entre los resultados específicos de las mismas. En este sentido, cabe destacar que únicamente dos artículos tienen en cuenta el uso de psicofármacos

y su relación con la rehabilitación psicosocial, aspecto que debería ser considerado por todos los estudios clínicos, dado que se supone que es parte de tratamiento basado en la evidencia para las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Junto con lo anterior, encontramos con que las intervenciones se han realizado en contextos urbanos, lo cual no permite valorar diferencias de intervención en en contexto urbano y rural.

Con respecto a los conceptos valorados, encontramos que éstos (recuperación, calidad de vida) son datos subjetivos e influidos por variables diversas, consideradas en cada uno de ellos. Tal hecho es una limitación, ya que no nos permite comparar con datos estandarizados.

Por último, encontramos que la proporción de artículos que establecen una relación entre calidad de vida, recuperación y conducta suicida son escasos (n=7).

## **CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVAS**

### **9.1 Conclusiones**

Del presente trabajo se extraen los siguientes hallazgos:

1. Los trabajos revisados son de reciente publicación, lo cual supone que los datos obtenidos son actuales y, por lo tanto, extrapolables al presente. Así mismo, la amplitud de trabajos valorados nos permite considerar diferentes aspectos, habiendo un grupo de los mismos de características más objetivas y, otros, de tipo más subjetivo.
2. La escasez de revisiones sistemáticas supone niveles inferiores de evidencia científica. Ello implica, como hemos mencionado, una limitación en la actual revisión. A pesar de tal situación, encontramos que los resultados obtenidos se asemejan a los que observamos en los estudios clínicos aleatorizados, dato que resulta positivo.
3. El que los trabajos revisados no posean características homogéneas, dado que no se ha excluído ningún tipo de trabajo, supone una dificultad a la hora de realizar comparaciones directas entre los resultados de los diferentes trabajos.
4. Se establece la esquizofrenia como patología principal, con las características propias de dicho trastorno. Por ello, se considera tanto el tratamiento psicofarmacológico como el rehabilitador, con la finalidad de que el abordaje sea holístico y completo.
5. Se observa que la calidad de vida es el eje central del proceso de recuperación, el cual se percibe como proceso, en el que conceptos como autonomía, independencia, rol activo, satisfacción, empoderamiento, esperanza y sentido existencial, serán esenciales para la persona con esquizofrenia. Ello supondrá que la calidad de vida no estará directamente relacionada con la presencia de sintomatología, si no con la vivencia y gestión de la misma.
6. Los procesos rehabilitadores deberán favorecer todo lo anteriormente descrito, siendo importante su complementación con el tratamiento psicofarmacológico. Dichos procesos deberán basarse en la evidencia, constar de abordajes y enfoques diferentes así como complementarios, con una duración suficiente y efectiva.
7. El conseguir una mejoría en la calidad de vida así como en el proceso de recuperación, se podrá traducir en una disminución del riesgo suicida en las personas con esquizofrenia. Ello nos permitirá ver más allá de la enfermedad, para encontrar a la persona en búsqueda de sentido.

## 9.2 Prospectiva

Futuras investigaciones deberían intentar establecer una relación entre el concepto de recuperación, de calidad de vida y la conducta suicida con el objetivo de establecer una relación de causalidad entre ellas, lo cual permitiría valorar si son el nivel de calidad de vida y la recuperación las que disminuyen el riesgo suicida o viceversa. Al establecer tal relación causal, se podría prevenir dicha conducta además de favorecer una vida significativa para las personas con esquizofrenia, la cual resulte satisfactoria y significativa.

Partiendo de dicho objetivo, la búsqueda de medios que favorezcan todo ello será esencial. Una de las herramientas empleadas para tal fin que, como hemos visto, ha mostrado ser efectiva es la rehabilitación psicosocial. Por ello, será interesante y necesario que los procesos de rehabilitación valorados sean diferentes y complementarios, ya que no hay ninguna intervención sobre la que se posea evidencia científica suficiente para determinar que por sí misma suponga una mejoría global. Así mismo, el homogeneizar las intervenciones surge como necesidad, lo cual permitirá realizar comparaciones objetivas, además de plantearlas de forma prospectiva, con la finalidad de poder valorar qué intervenciones son más eficaces a largo plazo. Cabe destacar la necesidad de que dichos procesos no se lleven a cabo únicamente en el ámbito urbano, sino que también lo hagan en el rural. Ello permitirá elaborar estrategias de adaptación a ambos contextos, así como resultados diversos en función de las características propias de los mismos. Por último, no podemos olvidar que, al establecer una relación directa entre calidad de vida y recuperación (es decir, que una mejor calidad de vida supone un mayor grado de recuperación), deberíamos plantear la calidad de vida como eje principal de los programas de rehabilitación psicosocial.

Para concluir, merece la pena hacer hincapié en que el punto de partida de todos estos procesos siempre debiera ser el deseo de la persona de participar en ellos, dado que si perseguimos es un proceso en el que el empoderamiento y control de la propia vida, así como la búsqueda de sentido propio, son los ejes; el que la persona pueda decidir si formar parte o no de un proceso rehabilitador (y de qué tipo de proceso lo hace), será imprescindible al tiempo que esencial.

**CAPÍTULO 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Anseán, A. (2014). Suicidio: las muertes invisibles. En A. Anseán (Ed.), *Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 27-34). Madrid: Fundación Salud Mental España.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision if the mental health system in the 1990s. *Innovation and Research*, 2, 17-24.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- \*Asher, L., Fekadu, A., Hanlon, C., Mideksa, G., Eaton, J., Patel, V., y De Silva, M.J. (2015). Development of a Community-Based Rehabilitation Intervention for People with Schizophrenia in Ethiopia. *PLoS One*, 10(11), 1-19.
- \*Barrett, E., Sundet, K., Faerden, A., Agartz, I., Bratlien, U., Romm, K.L., Mork, E., Rossberg, J.I., Steen, N.E., Andreassen, O.A., y Melle, I. (2010). Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophrenia Research*, 123(2-3), 257-262.
- \*Bartels, S.J. y Pratt, S.I. (2009). Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 381-385.
- Bernardo, M. y Bioque, M. (2011). Esquizofrenia. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (7ª Ed.) (pp. 208-215). Barcelona: Elsevier Masson.
- Berrios, G.E., Luque, R. y Villagrán, J.M. (2003). Schizophrenia: a conceptual history. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 3(2), 111-140.
- \*Bio, D.S. y Gattaz, W.F. (2011). Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 265-269.
- \*Boyer, L., Millier, A., Perthame, E., Aballea, S., Auquier, P. y Toumi, M. (2013). Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13,15.
- \*Bredski, J., Watson, A., Mountain, D.A., Clunie, F. y Lawrie, S.M. (2011). The prediction of discharge from in-patient psychiatric rehabilitation: a case-control study. *BMC Psychiatry*, 11(1), 149.
- \*Browne, S. (1999). Rehabilitation programmes and quality of life in severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(4), 302-309.



- Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la normalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientiae studia*, 7(3), 425-445.
- \*Charzyńska, K., Kucharska, K. y Mortimer, A. (2015). Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(3), 407-18.
- \*Chien, W., Leung, S., Yeung, F. y Wong, W. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1463-1481.
- \*Chou, K.R., Shih, Y.W., Chang, C., Chou, Y.Y., Hu, W.H., Cheng, J.S., Yang, C.Y, y Hsieh, C.J. (2012). Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(4), 285-94.
- \*Corrigan, P.W. (2006). Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6(7), 993-1004.
- Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J.M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M.F., Cabrera-Cifuentes, A., Carretero-Román, J., Franco-Martín, M.A., García-Portilla, P., Haro, J.M., Olivares, J.M., Penadés, R., Del Pino-Montes, J., Sanjuán, J. y Arango, C.(2017). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 10(1), 4-20.
- Cuesta, M.J., Martínez, A. y Peralta, V. (2007). Subtipos clínicos de esquizofrenia. En C. Gastó (Ed.), *Esquizofrenia y trastornos afectivos: avances en el diagnóstico y la terapéutica* (pp. 37-46). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Dako-Gyeke, M. y Sowah Asumang, E. (2013). Stigmatization and discrimination experiences of persons with mental illness: insights from a qualitative study in southern Ghana. *Social work & society*, 11(1), 1-14.
- \*Dauwan, M., Begemann, M.J., Heringa, S.M. y Sommer, I.E. (2016). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 588-599.
- \*Domínguez-Martínez, T., Kwapil, T.R. y Barrantes-Vidal, N. (2015). Subjective quality of life in At-Risk Mental State for psychosis patients: relationship with symptom severity and functional impairment. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(4), 292-299.

- \*Eack, S.M., Newhill, C.E., Anderson, C.M. y Rotondi, A.J. (2007). Quality of life for persons living with schizophrenia: more than just symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 219-222.
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 223-244.
- \*Foster, T.J. (2013). Suicide prevention as a prerequisite for recovery from severe mental illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 46(1), 15-25.
- \*Foster, T.J. (2015). Schizophrenia and bipolar disorder: no recovery without suicide prevention. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 371-372.
- \*Gale, C., Skegg, K., Mullen, R., Patterson, T. y Gray, A. (2012). Thoughts of suicide and stage of recovery in patients with schizophrenia in community mental health care. *Australasian Psychiatry*, 20(4), 313-317.
- García Nieto, A. (2007). La rehabilitación como principio ético. *Rehabilitación psicosocial*, 4(1-2), 37-40.
- \*Glenthøj, L.B., Fagerlund, B., Randers, L., Hjorthøj, C.R., Wenneberg, C., Krakauer, K., Vosgerau, A., Glud, C., Medalia, A., Roberts, D.L. y Nordentoft, M.(2015). The FOCUS trial: cognitive remediation plus standard treatment versus standard treatment for patients at ultra-high risk for psychosis: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16, 25.
- \*Gomes, E., Bastos, T., Probst, M., Ribeiro, J.C., Silva, G. y Corredeira, R. (2016). Quality of life and physical activity levels in outpatients with schizophrenia. *Revista brasileira de psiquiatria*, 38,157-160.
- Gonzales Cases, J. y Rodríguez González, A. (2010). Programas de Rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
- Guinea, R. (2007). Breve recorrido por la historia de la Rehabilitación Psicosocial en España. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 7(2), 135-145.
- \*Harvey, P.D. (2014). Disability in schizophrenia: contributing factors and validated assessments. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(1)15-20.
- \*Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C., Hu, B., Sun, X., Lv, L., Lu, Z., Ma, C., He, X., Guo, T., Xie, S., Wu, R., Xue, Z., Chen, J., Twamley, E.W., Jin, H. y Zhao, J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial

- intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Archives of General Psychiatry*, 67(9),895-904.
- \*Gunatilake, S., Ananth, J., Parameswaran, S., Brown, S. y Silva, W. (2004). Rehabilitation of schizophrenic patients. *Current Pharmaceutical Design*, 10(18), 2277-88.
- \*Haw, C., Hawton, K., Sutton, L., Sinclair, J. y Deeks, J. (2005). Schizophrenia and Deliberate Self-Harm: A Systematic Review of Risk Factors. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 35(1), 50-62.
- \*Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. y Deeks, J.J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal Of Psychiatry*, 187(1), 9-20.
- \*Hernández Monsalve, M. (2013). Psicopatología y recuperación. *Informaciones psiquiátricas*, 213(3), 285-319.
- \*Holzner, B., Kemmler, G., y Meise, U. (1998). The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33(12), 624-631.
- \*Hoffmann, H., Kupper, Z. y Kunz, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia - an exploratory study. *Schizophrenia research*, 43(2-3), 147-158.
- \*Hor, K. y Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24, 81-90.
- \*Jahn, D.R., DeVlyder, J.E., Drapalski, A.L., Medoff, D. y Dixon, L.B. (2016). Personal Recovery as a Protective Factor Against Suicide Ideation in Individuals With Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(11), 827-831.
- \*Horan, W., Rassovsky, Y., Kern, R., Lee, J., Wynn, J. y Green, M. (2010). Further support for the role of dysfunctional attitudes in models of real-world functioning in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 44(8), 499-505.
- Janoutová, J., Janáckova, P., Sery, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalová, M., Varechová, K., Hosák, L., Jirik, V. y Janout, V. (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*, 37(1), 1-8.
- \*Jung, S.H. y Kim, H.J. (2012). Perceived stigma and quality of life of individuals diagnosed with schizophrenia and receiving psychiatric rehabilitation services: a comparison between the clubhouse model and a rehabilitation skills training model in South Korea. *Psychiatry Rehabilitation Journal*, 35(6), 460-465.

- \*Karow, A., Wittmann, L., Schöttle, D., Schäfer, I. y Lambert, M. (2014). The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18, 185-195.
- Kasckow, J., Appelt, C., Haas, G.L., Huegel, S., Fox, L., Gurklis, J., Zickmund, S. y Daley, D. (2012). Development of a recovery manual for suicidal patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 130(1-3), 287-288.
- Kasckow, J., Liu, N. y Phillips, M. (2012). Case–Control Study of the Relationship of Functioning to Suicide in a Community-Based Sample of Individuals with Schizophrenia in China. *Community Mental Health Journal*, 48(3), 317-320.
- \*Kasckow, J., Montross, L., Golshan, S., Mohamed, S., Patterson, T., Sollanzano, E. y Zisook, S. (2007). Suicidality in middle aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms: relationship to functioning and Quality of Life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12):1223-1228.
- Kasckow, J., Montross, L., Prunty, L., Fox, L. y Zisook, S.(2011). Suicidal behaviour in the older patient with schizophrenia. *Aging health*, 7(3), 379-393.
- \*Kern, R.S., Glynn, S.M., Horan, W.P. y Marder, S.R. (2009). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 347-361.
- \*Kłapciński, M.M. y Rymaszewska, J. (2015). Open Dialogue Approach - about the phenomenon of Scandinavian Psychiatry. *Psychiatria Polska*, 49(6), 1179-1190.
- \*Kunitoh, N. (2013). From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(6), 384-396.
- \*Lanfredi, M., Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Boero, M.E., Giobbio, G.M., Goldschmidt, N., Greppo, S., Iozzino, L., Maggi, P., Melegari, A., Pasqualetti, P., Rossi, G, y de Girolamo, G. (2014). The effect of service satisfaction and spiritual well-being on the quality of life of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 216(2),185-191.
- Lawrence, D. y Kisely, S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of psychopharmacology*, 24(11), 61-68.
- \*Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. y Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

- \*Lieberman, R.P. y Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56(6):735-742.
- \*Leff, J. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *The British Journal Of Psychiatry*, 176(3), 217-223.
- \*Lloyd, C., King, R. y Moore, L. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross sectional study. *International Journal of Psychiatry*, 56(3), 220-229.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia basada compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.
- \*Lysaker, P.H., Salyers, M.P., Tsai, J., Spurrier, L.Y. y Davis L.W. (2008). Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Journal of rehabilitation research and development*, 45 (6), 911-919.
- Martín García-Sancho, J. (2009). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. Servicio murciano de salud. Recuperado el día 14, enero, 2017. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_443\\_Esquizofrenia\\_Murcia.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf)
- \*Montaño, L., Nieto, T. y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, 4(1), 88-107.
- Montross, L., Zisook, S. y Kasckow, J. (2005). Suicide Among Patients with Schizophrenia: A Consideration of Risk and Protective Factors. *Annals Of Clinical Psychiatry*, 17(3), 173-182.
- \*Narvaez, J.M., Twamley, E.W., McKibbin, C.L., Heaton, R.K. y Patterson, T.L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 201-208.
- \*Myers, N.L. (2010). Culture, stress and recovery from schizophrenia: lessons from the field for global mental health. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34(3), 500-528.
- \*Nowak, I., Sabariego, C., Switaj, P. y Anczewska, M. (2016). Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioural therapy interventions. *BMC psychiatry*, 16, 228.

- Oliver, E.A. y Fearon, P. (2008). Schizophrenia: epidemiology and risk factors. *Psychiatry*, 7(10), 410-414.
- OMS. (2000). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2010*. Ginebra: OMS
- OMS. (2016). *Esquizofrenia*. Notas descriptivas. OMS. Recuperado el día 25, mayo, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- OMS. (2000). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Organización Mundial de la Salud. (1969). Prevención del suicidio. *Cuadernos de salud pública*, 35, 12.
- \*Palijan, T.Z., Kovacevic, D., Vlastelica, M., Dacic-Hero, E. y Sarilar, M. (2017). Quality of life of persons suffering from schizophrenia, psoriasis and physical disabilities. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 60-65.
- \*Pańczak, A. y Pietkiewicz, I. (2016). Work activity in the process of recovery - an interpretive phenomenological analysis of the experiences of people with a schizophrenia spectrum diagnosis. *Psychiatria Polska*, 50(4), 805-826.
- \*Patterson, T.L. y Leeuwenkamp, O.R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 108-119.
- Piedra Tutor, F.J. (2014). Prevención e intervención en la conducta suicida en personas con trastorno mental. En A. Anseán (Ed.), *Manual de prevención, intervención y postintervención de la conducta suicida* (pp. 571-596). Madrid: Fundación Salud Mental España.
- \*Pitkänen, A., Välimäki, M., Kousmanen, L., Katajisto, J., Koivunen, M., Hätönen, H., Patel, A. y Knapp, M. (2012). Patient education methods to support quality of life and functional ability among patients with schizophrenia: a randomised clinical trial. *Quality of Life Research*, 21(2), 247-56.
- \*Ponizovsky, A.M., Grinshpoon, A., Levav, I. y Ritsner, M.S. (2003). Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(6), 442-447.
- Popovic, D., Benabarre, A., Crespo, J.M., Goikolea, J.M., González-Pinto, A., Gutiérrez-Rojas, L., Montes, J.M. y Vieta, E. (2014). Risk factors for suicide in schizophrenia:

- systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(6), 418-426.
- Pubmed.(s.f.). En *Wikipedia*. Recuperado el 1 de septiembre de 2017 de <https://es.wikipedia.org/wiki/PubMed>
- \*Rabin, S.J., Hasson-Ohayon, I., Avidan, M., Rozencwaig, S., Shalev, H. y Kravetz, S. (2014). Metacognition in Schizophrenia and Schizotypy: relation to symptoms of schizophrenia, traits of schizotypy and social quality of life. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(1), 44-53
- Ramos Pozón, S. (2014). La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus familias. Análisis bioético, conceptual y psicopatológico. *EIDON*, 42, 46-56.
- Ramos Pozón, S. (2016). Hacia una comprensión y “erradicación” del estigma y la discriminación en salud mental. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 23(2), 82-86.
- Ritsner, M.S. y Grinshpoon, A. (2015). Ten-Year Quality-of-Life Outcomes of Patients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders: The relationship with unmet needs for care. *Clinical schizophrenia related Psychoses*, 9(3), 125-134.
- Rocamora Bonilla, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M. y Smith S.P.K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.
- Salomon, J.A., Wang, H., Freeman, M.K., Vos, T., Flaxman, A.D., López, A.D. et al. (2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet*, 280(9859), 2144-2162.
- \*Shean, G.D. (2009). Evidence-based psychosocial practices and recovery from schizophrenia. *Psychiatry*, 72(4), 307-20.
- Shrivastava, A., Johnston, M., Shah, N., Innamorati, M., Stitt, L., Thakar, M., Lester, D. y Pompili, M. (2010). Persistent suicide risk in clinically improved schizophrenia patients: challenge of the suicidal dimension. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 633-638.
- \*Slade, M. y Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15, 285.

- \*Soundy, A., Stubbs, B., Roskell, C., Williams, S.E., Fox, A. y Vancampfort, D. (2015). Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of Mental Health*, 24(2), 103-110.
- Stevens, L. y Rodin, I. (2011). Epidemiology and aetiology of schizophrenia. *Psychiatry (second edition)*, 40-41.
- \*Štrkalj-Ivezić, S., Vrdoljak, M., Muzinic, L. y Agius, M. (2013). The impact of a rehabilitation day centre program for persons suffering from schizophrenia on quality of life, social functioning and self-esteem. *Psychiatria Danubia, Suppl 2*, 194-9.
- \*Tandon, R. (2005). Suicidal behavior in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 5(1), 95-99.
- Uriarte Uriarte, J.J. (2007). Psiquiatría y rehabilitación: la rehabilitación en el contexto de la atención a la enfermedad mental grave. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 7(2), 87-101.
- \*Van Busschbach, J. y Wiersma, D. (2002). Does rehabilitation meet the needs of care and improve the quality of life of patients with schizophrenia or other chronic mental disorders?. *Community Mental Health Journal*, 38(1), 61-70.
- Van Nieuwenhuizen, A., Henderson, C., Kassam, A., Graham, T., Murray, J., Howard, L.M. y Thornicroft, G.(2012). Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22, 255-262.
- Vargas, M.L.(2006). Síndrome disejecutivo y sintomatología esquizofrénica: implicaciones en rehabilitación psicosocial. *Rehabilitación psicosocial*, 3(2), 59-64.
- Vázquez, M. y Catalán, R.(2007). Epidemiología y factores de riesgo en esquizofrenia. En C. Gastó (Ed.). *Esquizofrenia y trastornos afectivos: avances en el diagnóstico y la terapéutica* (pp. 27-36). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- \*Velligan, D.I., Roberts, D., Mintz, J., Maples, N., Li, X., Medellin, E. y Brown, M. (2015). A randomized pilot study of MOTiVation and Enhancement (MOVE) Training for negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 165(2-3), 175-180.
- Verdugo Alonso, M.A. (2009). El cambio educativo desde una perspectiva de calidad de vida. *Revista de educación*, 349, 23-43.



- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M. y Munk Laursen, T. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 453-458.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J. y Vos, T. (2010). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 1575-1586.
- Whitley R. (2014). Introducing recovery. *Canada Journal of Psychiatry*, 59(5), 233-235.
- \*Whitley, R., Palmer, V. y Gunn, J. (2015). Recovery from severe mental illness. *Canadian Medical Association Journal*, 187(13),951-952.
- WHOQOL Group.(1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.
- \*Yamada, A., Lee, K., Dinh, T., Barrio, C. y Brekke, J. (2010). Intrinsic Motivation as a Mediator of Relationships Between Symptoms and Functioning Among Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders in a Diverse Urban Community. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(1), 28-34.

**ANEXO 1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS TRABAJOS REVISADOS**

Autores y año	Objetivo	Resultados principales
<b>Recuperación y esquizofrenia</b>		
Lieberman y Kopelowicz (2005)	Distinguir el proceso de recuperación de la recuperación como resultado, con la finalidad de dar una definición operativa de recuperación que permita la investigación en este área, identificar factores que predecirán la recuperación así como generar hipótesis sobre este proceso.	No podemos diferenciar las dos definiciones existentes de recuperación, dado que son dos perspectivas que reverberan entre ellas. Investigar y comprender ambas nos permitirá saber más de este proceso en las personas con esquizofrenia.
Corrigan (2006)	Teniendo en cuenta las definiciones actuales de recuperación (como proceso y como resultado), cabe considerar que la combinación de ambos enfoques permitirá tener una imagen más completa de lo que este proceso supone. Conocer qué intervenciones lo favorece es el objetivo del artículo.	Las intervenciones psicosociales, integradas con los tratamientos psicofarmacológicos, han mostrado ser eficaces para conseguir la recuperación de las personas con esquizofrenia. Consideramos intervenciones efectivas a aquellas que están basadas en la evidencia, entre las que se encuentran: manejo de la enfermedad, empleo protegido, tratamiento asertivo comunitario, servicios para las familias y servicios para patología dual.
Lysaker, Salyers, Tsai, Spurrier y Davis (2008)	Explorar cómo afectan los factores clínicos, sociales y psicopatológicos en el desarrollo de la esperanza en las personas con esquizofrenia. Todo ello se relacionó con las expectativas de futuro, estigma, síntomas clínicos, ansiedad y capacidad de reproducción.	Los resultados mostraron que la esperanza con respecto al futuro se asocia con menor grado de alienación, menor preferencia de ignorar estresores, menor discomfort emocional y menor grado de síntomas negativos. Así mismo, se relaciona con menor grado de estigma y menor fobia social.

Kern, Glynn, Horan y Marder (2009)	Revisar los tratamientos psicosociales disponibles para las personas con esquizofrenia, con la finalidad de valorar cómo se relacionan con elementos sugerentes de recuperación, tales como: estabilidad sintomática, independencia, funcionamiento laboral y funcionamiento social.	Se evidencia que no hay ningún tratamiento psicológico que mejore todos los aspectos relacionados con la recuperación. Por ello, deberán combinarse entre ellos, con la finalidad de obtener los mejores resultados.
Shean (2009)	Revisar y describir las prácticas rehabilitadoras propuestas por el consenso PORT, aportando aquellos datos que debieran ser considerados en el futuro	Las 6 intervenciones psicosociales propuestas por el consenso PORT, junto con el uso de los psicofármacos, son componentes importantes de los programas de tratamiento comprehensivo para las personas con trastorno mental grave.
Horan, Rassovsky, Kern, Lee, Wynn y Green (2010)	Evaluar la contribución de las actitudes disfuncionales a los resultados obtenidos en su funcionamiento social en las personas con esquizofrenia	Se observó que las actitudes disfuncionales se relacionan con la sintomatología negativa, que a su vez se relaciona con un peor funcionamiento en el “mundo real”. Por ello, se sugiere que intervenciones terapéuticas dirigidas a esta sintomatología podrían favorecer la recuperación funcional.
Lloyd, King y Moore (2010)	Valorar la relación entre la desesperanza y el estado cognitivo-afectivo en relación a la percepción de la enfermedad por la persona, así como la relación de todo ello con los procesos rehabilitadores y características personales.	Los resultados obtenidos en las personas con esquizofrenia en relación a los niveles de desesperanza se relacionan, de forma principal, con los síntomas negativos.

Myers (2010)	Evaluar una de las organizaciones de rehabilitación psicosocial estadounidenses, con la finalidad de obtener aprendizajes de la misma.	Un modelo de rehabilitación psicosocial consistente debe saber que todas las condiciones socioculturales afectan a los resultados en las personas con esquizofrenia; que los resultados obtenidos son, en muchos casos, mejores en los países en vías de desarrollo, lo cual se desarrolla con mayor trabajo comunitario y técnicas locales que disminuyen el estrés.
Yamada, Lee, Dinh, Barrio y Brekke (2010).	Investigar la motivación intrínseca como mediador de la relación entre los síntomas clínicos y el funcionamiento global.	Se objetivó que la motivación es un mediador significativo en la relación entre el funcionamiento y los síntomas, especialmente con aquellos de tipo negativo, desorganizado y global; y de forma parcial con los síntomas positivos.
Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams y Slade (2011)	Sintetizar las descripciones publicadas sobre los modelos de recuperación personal, con la finalidad de dar un marco conceptual empíricamente demostrado.	Se evidencia que las características del proceso de recuperación son la capacidad de conectar con otros, la esperanza, el optimismo, la identidad, el encontrar un sentido en la vida, el empoderamiento. Así mismo, habrá aspectos culturales y colectivos relacionados con este proceso.
Hernández Monsalve (2013)	Revisar las implicaciones de la perspectiva de la recuperación en la psicología de las psicosis, y sobre la atención a proporcionar por los profesionales y por los servicios de salud mental y de rehabilitación psicosocial.	La recuperación personal significa el recobrar el protagonismo sobre la propia vida, de acuerdo con los valores y significaciones que le otorga, junto con el acceso al desempeño de roles sociales significativos. En esta dimensión, el papel del profesional no es tanto tratar la enfermedad, sino apoyar los esfuerzos del individuo por rescatar y resignificar su vida.
Charzyńska, Kucharska y Mortimer (2015)	Estimar la asociación entre el empleo y componentes específicos, no vocacionales, que sean indicadores de recuperación en esquizofrenia.	Se evidencia que el empleo está relacionado con cambios positivos en áreas que no están directamente relacionadas con éste. Así mismo, se observa una mejoría en la calidad de vida, el funcionamiento social y otros indicadores de recuperación

Kłapciński y Rymaszewska (2015)	Evaluar los resultados obtenidos con el “Open Dialogue Approach”, así como su funcionamiento, fundamentos.	El “Open Dialogue Approach” es un abordaje en el que las decisiones sobre la persona, incluidas la hospitalización y el tratamiento, son discutidas también con la persona y la familia. Se ha evidenciado que este supone una disminución en los gastos derivados de salud mental y supone una efectividad terapéutica.
Slade y Longden (2015)	Revisar la política de discapacidad en salud mental, abordando los aspectos relacionados con la recuperación y cómo ésta puede desarrollarse/conseguirse.	Se concluye el artículo definiendo lo que supone la recuperación, concibiendo ésta como proceso y siendo personal. Recordando que el diagnóstico no es algo inamovible.
Soundy, Stubbs, Roskell, Williams, Fox y Vancampfort (2015).	Identificar qué factores influyen en la recuperación en personas con esquizofrenia	Los factores que promueven la recuperación son: 1) reproducir, copiar y reforzar; 2) responder a la enfermedad con un adecuado soporte, relaciones sociales estrechas y pertenencia. Los factores que dificultan la recuperación son: 1) interacciones negativas y aislamiento; 2) barreras internas; 3) ausencia de seguridad y desesperanza. El conocer todos estos factores es necesario por parte de los profesionales
Whitley, Palmer y Gunn (2015).	Revisar el concepto de “recuperación” desde las diferentes perspectivas	El concepto de recuperación se refiere a un proceso en el que la persona con enfermedad mental grave puede vivir de forma autónoma y comunitaria, aún a pesar de la persistencia de los síntomas. Adoptar un enfoque clínico centrado en la recuperación supone un abordaje holístico, que considera un modelo biopsicosocial, cuyos resultados serán más satisfactorios para la persona.

Pańczak y Pietkiewicz (2016)	Explorar las experiencias personales de las personas, diagnosticadas de esquizofrenia, trabajando en centros de desarrollo vocacional	Tener la oportunidad de trabajar fue significativo para los participantes porque los movilizó y les permitió favorecer el autocuidado. Ir a trabajar ayudó a superar el aislamiento psicosocial. Así mismo, la gratificación económica otorga una sensación de independencia y la habilidad de desarrollar habilidades para gestionar su economía.
<b>Esquizofrenia, rehabilitación y calidad de vida</b>		
Holzner, Kemmler y Meise (1998)	Valorar si el participar en un programa de rehabilitación tiene una influencia positiva en la calidad de vida de las personas, y si ello puede objetivarse de forma más significativa en unas áreas que en otras	Las personas que participaron del programa de rehabilitación mostraron niveles de calidad de vida más elevados que aquellos que no lo hicieron. Lo hicieron de forma más acentuada en las áreas laborales, de ocupación y de estructuración del día a día. Además, los participantes expresaron satisfacción no únicamente con su empleo, si no con las habilidades sociales, en relación al nivel de independencia, su reconocimiento y soporte por parte de otros, sus relaciones sociales fuera del ambiente familiar y la posibilidad de disfrutar del tiempo libre
Browne (1999)	Mostrar los resultados de dos estudios llevados a cabo con la finalidad de evaluar los beneficios relacionados con programas de empleo protegido e intervención psicosocial/psicoeducación.	Se muestra que los programas ambulatorios proveen oportunidades para la rehabilitación vocacional o prevocacional, lo cual tendrá beneficios significativos sobre la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave.
Hoffmann, Kupper y Kunz (2000)	Examinar la relación la relación entre un bajo autoconcepto, bajas expectativas, locus externo de control con la desesperanza y la cronicidad. Valorar si todo ello se ve influido por programas de rehabilitación vocacional.	Se observa que los resultados de los programas rehabilitadores en personas con esquizofrenia puede ser predictores de forma parcial, ya que el hecho de que la persona se haya rendido es un factor predictor significativo

Leff (2000)	Comparar la calidad de vida de las personas con diagnóstico de trastorno mental grave, del periodo en el que estaban en régimen de hospitalización de larga duración a su estancia en la comunidad	No hubo diferencias en relación a la situación clínica de las personas, así como tampoco en sus dificultades sociales. Sin embargo, el vivir en la comunidad les permitió adquirir habilidades domésticas y de vida en la comunidad. Esto mostró que la vida en comunidad mejoró la calidad de vida en dicho grupo de pacientes.
Van Busschbach y Wiersma (2002)	Explorar la efectividad del programa de rehabilitación propuesto por Anthony-Farcas, con la finalidad de valorar si las personas con trastorno mental grave que se exponen al mismo se sienten satisfechas, permiten que los niveles de dependencia sean menores y permiten que haya una mejoría en la calidad de vida y el funcionamiento global	Se observa que el programa no sólo funcionó como facilitador de cambio, si no como movilizador de potencial. Permite un mejor funcionamiento en la comunidad que, a su vez, permite un menor nivel de dependencia. Así mismo, se objetivó una mejoría en la calidad de vida.
Gunatilake, Ananth, Parameswaran, Brown y Silva (2004)	Las intervenciones psicosociales y los modelos de calidad de vida en esquizofrenia se basan en la noción de que éstas suponen una mejora en el funcionamiento psicosocial, el cual se relacionará a su vez con una mejoría en las experiencias subjetivas. Comparar dichos tratamientos con los habituales es algo a realizar y que se pretende con esta revisión	Las disfunciones asociadas a la esquizofrenia deben ser abordadas desde un enfoque holístico, el cual se base en estrategias psicosociales, en las que la rehabilitación psicosocial juega un rol esencial. El relacionar éstas con el tratamiento psicofarmacológico supone un efecto sinérgico
Eack, S.M., Newhill, C.E., Anderson, C.M. y Rotondi, A.J. (2007).	Determinar la influencia la influencia de las necesidades no valoradas y el soporte social en la calidad de vida para las personas con esquizofrenia	El soporte social y las necesidades no valoradas contribuyen de forma significativa en la calidad de vida en las personas con esquizofrenia, incluso después de haber controlado la sintomatología psicótica

Narvaez, Twamley, McKibbin, Heaton y Patterson (2008)	Comprobar si un mejor nivel de calidad de vida subjetivo se relaciona con menor grado de sintomatología negativa, menor sintomatología depresiva, mejor calidad de vida objetiva, mejor funcionamiento diario; así mismo, ver si una mejor calidad de vida objetiva se relaciona con menor sintomatología negativa así como depresiva, mejor funcionamiento cognitivo y mejor funcionamiento diario	Teniendo en cuenta las múltiples variables predictoras, síntomas depresivos de mayor gravedad y mejor funcionamiento cognitivo fueron predictores independientes de peor calidad de vida subjetiva. Sintomatología negativa de mayor intensidad supone peor calidad de vida objetiva. Las variables relacionadas con la capacidad funcional no se relacionan con calidad de vida subjetiva ni objetiva.
Patterson y Leeuwenkamp (2008)	Por medio de una revisión, describir las intervenciones terapéuticas psicosociales que han sido empleadas de forma efectiva en personas con diagnóstico de esquizofrenia, con énfasis en aquellas que suponen una mejoría en la adherencia terapéutica	Se concluye que las terapias psicosociales son un complemento afectivo a la farmacoterapia en la esquizofrenia. Destaca que es importante identificar qué tipo de intervención psicosocial beneficiará más a la persona, en función de sus características, la gravedad de los síntomas o el nivel de deterioro cognitivo
Bartels y Pratt (2009)	Realizar una revisión no sistemática sobre qué abordajes rehabilitadores deberían llevarse a cabo en personas de edad avanzada con diagnóstico de trastorno mental grave, debido a que el envejecimiento poblacional establece esta nueva necesidad.	Se establecen múltiples líneas de abordaje, entre las que se incluyen: rehabilitación orientada al individuo, intervenciones que optimicen la integración social y disminuyan la sintomatología depresiva, técnicas que enlacen la rehabilitación vocacional con la cognitiva, así como la integración de la promoción de la salud en los programas de rehabilitación psicosocial
Guo, Zhai, Liu, Fang, Wang, Wang, Hu, Sun, Lv, Lu, Ma, He, Guo, Xie, Wu, Xue, Chen, Twamley, Jin y Zhao (2010)	Evaluar los resultados obtenidos en las personas con diagnóstico de esquizofrenia, comparando aquellos que únicamente se encuentran con tratamiento antipsicótico en comparación con aquellos que reciben un tratamiento en el que se asocia el tratamiento antipsicótico junto con tratamiento rehabilitador	Al comparar ambos grupos, se muestra que el grupo de personas que recibían tratamiento psicofarmacológico junto a tratamiento rehabilitador, mostraron menor tasa de abandono o modificación, menor riesgo de recaída, mejoría en los niveles de insight, así como mejor calidad de vida y funcionamiento social



Bio y Gattaz (2011)	Diversos estudios describen una asociación positiva entre el funcionamiento cognitivo y el estado laboral, destacando que todo ello se ve favorecido por los procesos rehabilitadores con intervenciones vocacionales. Partiendo de dicha base, se elabora un estudio en el que se relacionan las intervenciones vocacionales con una mejoría en el funcionamiento cognitivo.	Se evidenció que la rehabilitación vocacional mejoró, significativamente, el funcionamiento cognitivo así como las funciones ejecutivas. Así mismo, de forma secundaria, tras 6 meses de tratamiento se observó que también había una mejoría en la sintomatología negativa así como en la calidad de vida, en comparación con los controles
Bredski, Watson, Mountain, Clunie y Lawrie (2011)	Identificar qué factores están asociados con lograr dar de alta a pacientes que se encuentran ingresados en procesos rehabilitadores en régimen de ingreso	Se encontró que, en personas que llevaban ingresadas durante mucho tiempo, presentaban mayor riesgo de conducta suicida así como tener tratamientos psicofarmacológicos de mayor intensidad. Uno de los factores de buen pronóstico eran aquellas personas que, tras un primer episodio psicótico, habían ingresado, lo que suponía mayor probabilidad de alta.
Chou, Shih, Chang, Chou, Hu, Cheng, Yang y Hsieh (2012)	Probar la hipótesis de que el empoderamiento es un mediador de cómo los síntomas psiquiátricos y las actividades incluidas en los procesos de rehabilitación psicosocial están relacionados con la calidad de vida, especialmente en aquellas personas con diagnóstico de esquizofrenia y que viven en la comunidad	Los resultados mostraron que el empoderamiento está relacionado con la calidad de vida. A su vez, los programas de rehabilitación psicosocial favorecen el empoderamiento, por lo que a su vez favorecen la calidad de vida. No parece que haya una relación directa entre los síntomas psiquiátricos y la calidad de vida.  Por lo tanto, se destaca el valor del empoderamiento así como de las actividades rehabilitadoras que lo favorecen, con la finalidad de incrementar los niveles de calidad de vida en las personas con esquizofrenia que viven en la comunidad.

Jung y Kim (2012)	Identificar el estigma percibido así como la calidad de vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia; viendo cómo ambos aspectos se relacionan con el modelo de rehabilitación presente en los “club house”, comparándolo con aquellas personas que únicamente recibían un entrenamiento en habilidades sociales como intervención rehabilitadora	Los individuos que participaron en este modelo mostraron niveles más bajos de estigma percibido así como niveles más elevados de calidad de vida percibida que aquellos que participaron del proceso de entrenamiento en habilidades sociales. Estos hallazgos muestran que la participación activa, la autodeterminación y el adquirir un rol activo en el proceso rehabilitador, son aspectos efectivos para prevenir y reforzar todo lo anteriormente descrito.
Pitkänen, Välimäki, Kousmanen, Katajisto, Koivunen, Hätönen, Patel y Knapp (2012)	Estimar la repercusión de los métodos de psicoeducación sobre la calidad de vida y el deterioro funcional en las personas con diagnóstico de esquizofrenia	La psicoeducación supone un incremento en la calidad de vida así como un descenso en el deterioro funcional en todos los grupos. No hay diferencias significativas entre los diferentes tipos de programas de psicoeducación.
Boyer, Millier, Perthame, Aballea, Auquier y Toumi (2013)	Evaluar si el nivel de calidad de vida es predictor de recaída en personas con diagnóstico de esquizofrenia	La calidad de vida es un predictor independiente de recaída en personas con diagnóstico de esquizofrenia.
Chien, Leung, Yeung y Wong (2013)	Identificar los abordajes más frecuentes en las intervenciones psicosociales para personas con esquizofrenia, con la finalidad de valorar su influencia en la calidad de vida percibida, la satisfacción, aceptación y adherencia a las medidas terapéuticas	Los abordajes actuales para la esquizofrenia tienen sus debilidades, especialmente en lo que respecta a los efectos de larga duración. Para mejorar los resultados en las personas con esquizofrenia, deben identificarse estrategias que identifiquen riesgo temprano, intervención precoz, integración social y intervenciones basadas en la evidencia
Kunitoh (2013)	Clarificar la influencia de la desinstitutionalización en relación a personas con trastorno mental grave	La desinstitutionalización supuso una mejoría en el funcionamiento psicosocial, en la mejoría sintomática y en la calidad de vida, así como la actitud hacia el entorno.

Montaño, Nieto y Mayorga (2013).	Realizar una revisión teórica acerca de los tratamientos más utilizados en la esquizofrenia	Se concluye que la intervención que se realice debe pretender la mejoría de la calidad de la persona con esquizofrenia, independiente del tipo de tratamiento que el clínico decida llevar a cabo, intentando lograr la recuperación de la persona y la disminución de la carga familiar
Štrkalj-Ivezić, Vrdoljak, Muzinic y Agius (2013)	Realizar un estudio controlado y protocolizado de las personas con diagnóstico de esquizofrenia que participaban en un programa rehabilitador en un centro de día psiquiátrico. En el mismo se valoró calidad de vida, funcionamiento diario y autoconcepto.	Se mostró una mejoría significativa en el funcionamiento social, en la calidad de vida y en el autoconcepto en las personas que formaban parte del programa del centro de día psiquiátrico, en comparación con el grupo control. Ello supone que los procesos rehabilitadores de estas características mejoran los resultados sociales así como la recuperación en personas con esquizofrenia.
Harvey (2014)	La discapacidad en las personas con esquizofrenia es significativa, afectando al área social, vocacional o residencial, entre otras. Los objetivos del tratamiento de dicho trastorno deberían abarcar dimensiones como el deterioro funcional, lo cual promovería que las personas con esquizofrenia puedan vivir una vida plena. Por medio de una revisión no sistemática, se valora cuál debe ser dicho abordaje y qué factores son importantes en el mismo.	La discapacidad relacionada con la esquizofrenia, debiera ser tratada a diferentes niveles, con estrategias diversas. Así mismo, la recuperación funcional no está garantizada por el hecho de que la persona no presente síntomas o deterioro cognitivo, si no que se encuentra relacionada con aspectos que van más allá de éstos. Por ello, será necesario realizar un abordaje holístico, en el que se consideren todos los aspectos que se relacionan e influyen a la enfermedad, con la finalidad de predecir y superar la discapacidad derivada.
Karow, Wittmann, Schöttle, Schäfer y Lambert (2014)	Revisión sistemática en la que se valoran los niveles de calidad de vida, con la finalidad de valorar la relación de ésta en relación a la remisión y la recuperación, con respecto a los diferentes abordajes de tratamiento	Se concluye que comprender la relación entre los síntomas y el nivel de funcionamiento, con el nivel de calidad de vida es importante, ya que las intervenciones enfocadas únicamente en el tratamiento de los síntomas o el funcionamiento no son efectivas sobre la calidad de vida subjetiva. Se precisan más estudios a este nivel.

Lanfredi, Candini, Buizza, Ferrari, Boero, Giobbio, Goldschmidt, Greppo, Iozzino, Maggi, Melegari, Pasqualetti, Rossi y de Girolamo (2014)	Determinar predictores de calidad de vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentran en unidades rehabilitadoras de larga estancia, estableciendo una relación entre ésta y la satisfacción con el servicio y el bienestar religioso así como espiritual. Junto con ello, objetivar correlaciones longitudinales entre los predictores basales y la calidad de vida, con los cambios realizados, en un año	Se concluye que la satisfacción con el servicio supone una mejoría en la calidad de vida, con respecto a los predictores basales. Por otra parte, se observó que, a pesar de encontrarse una relación débil entre el “bienestar espiritual y religioso” con la calidad de vida, sí que se observa que éste influye indirectamente en los niveles de calidad de vida. Parece ser que lo hacer por medio de suponer una mayor satisfacción con los servicios ofrecidos. Así mismo, convicciones religiosas se relacionan con otorgar un sentido a la existencia, lo que a su vez supone un incremento en la calidad de vida.
Rabin, Hasson-Ohayon, Avidan, Rozencwaig, Shalev y Kravetz (2014)	Estudiar un modelo de mediación, en personas con diagnóstico de esquizofrenia y esquizotipia, en el que se relacionó la metacognición con el nivel de calidad de vida social	Las personas con esquizofrenia muestran niveles de calidad de vida social menores, así como capacidad metacognitiva menor que las personas sin trastorno mental. Para las personas con esquizofrenia, los síntomas negativos median la relación positiva entre la propia metacognición y la calidad de vida social, cosa que también se relaciona con la anhedonia y el aislamiento social.
Asher, Fekadu, Hanlon, Mideksa, Eaton, Patel y De Silva (2015)	Por medio de una intervención rehabilitadora (RISE: Rehabilitation Intervention for people with Schizophrenia in Ethiopia) se intenta evaluar la efectividad de la rehabilitación basada en la comunidad para personas con esquizofrenia en Etiopía.	Se mostró que la participación comunitaria es esencial para mejorar la inclusión social, así como tener un rol en la mejoría de la adherencia psicofarmacológica, reducir las experiencias de estigma y mejorar el estatus económico; todo ello se vio favorecido por el modelo RISE. Se observó también que no había colaboración con los especialistas de salud mental y en tercer lugar que se necesitarían más intervenciones de estas características.

Domínguez-Martínez, Kwapil y Barrantes-Vidal (2015)	Examinar cómo la calidad de vida subjetiva se asocia con la edad y el inicio de los síntomas prodrómicos, la duración de la enfermedad sin tratar, la severidad de los síntomas, el funcionamiento premórbido y el deterioro funcional actual en las personas con psicosis	Los resultados muestran que diversas áreas de la calidad de vida subjetiva se relacionan de forma diferenciada y significativa con la severidad de los síntomas y un peor funcionamiento previo, implicando ambos peor calidad de vida subjetiva. Así mismo, se observa que síntomas afectivos y amotivacionales previos también suponen peor calidad de vida subjetiva. Por último, recalca la importancia de asociar tratamientos en los que se aborde el área social y ocupacional.
Glenthøj, Fagerlund, Randers, Hjorthøj, Wenneberg, Krakauer, Vosgerau, Glud, Medalia, Roberts y Nordentoft (2015)	Protocolo de proceso de intervención en el que se persigue investigar si el abordaje cognitivo, en personas con diagnóstico de esquizofrenia, puede mejorar las funciones cognitivas y psicosociales	Los resultados de este estudio proveerán evidencia del efecto de la rehabilitación cognitiva comprensiva y dirigida en la cognición, el funcionamiento diario, así como la sintomatología, como forma de prevención de la recaída.
Velligan, Roberts, Mintz, Maples, Li, Medellín y Brown (2015)	En personas con diagnóstico de esquizofrenia y presencia de síntomas negativos persistentes, que suponen funcionamiento diario empobrecido así como peor calidad de vida, valorar el impacto sobre todo ello del programa rehabilitador MOVE (Motivation and Engagement), el cual supone incrementar el soporte comunitario, entrenamiento en habilidades, técnicas cognitivo conductuales, entrenamiento en la gestión de emociones y técnicas para identificar los déficits en el disfrute de las actividades placenteras.	Los resultados muestran que el programa MOVE tiene, potencialmente, un impacto positivo en los síntomas negativos. Se hipotetiza que este programa podría tener mejores resultados si se combinase con un tratamiento psicofarmacológico adecuado. Por último, se observó que el impacto principal de este programa fue sobre la motivación y el compromiso social

Dauwan, Begemann, Heringa y Sommer (2016)	El ejercicio físico puede ser importante para las personas con trastornos de espectro de la esquizofrenia, pudiendo tener efectos beneficiosos en síntomas clínicos, calidad de vida o cognición	Se mostró que, en el grupo que realizó ejercicio, había una mejoría en la sintomatología, la calidad de vida, el funcionamiento global y los síntomas depresivos. Así mismo, el yoga de forma específica, mostró mejorar el dominio cognitivo.
Gomes, Bastos, Probst, Ribeiro,, Silva y Corredeira (2016)	Valorar si la calidad de vida se relaciona con los niveles de actividad física en las personas con diagnóstico de esquizofrenia	El estudio muestra que aquellas personas con esquizofrenia que realizaban actividad física mostraban niveles de calidad de vida más elevados que aquellos que no lo hacían
Nowak, Sabariego, Switaj y Anczewska (2016)	Revisión sistemática de la influencia de las terapias cognitivo-conductuales sobre la discapacidad experimentada por las personas con esquizofrenia, en comparación con las terapias de “tercera ola”	Se evidencia que las intervenciones cognitivo-conductuales que los abordajes de la “tercera ola” mejoran más los niveles de discapacidad, si bien se observa que ambos abordajes tienen efectos similares sobre en las funciones mentales. Los enfoques centrados en la recuperación de tipo cognitivo conductual suponen un abordaje que incluye la participación y la actividad. A pesar de todo, los niveles de efectividad no son concluyentes, reflejando que la visión de los usuarios de la recuperación y tiende a la mejoría en el humor, los síntomas negativos y el funcionamiento

Palijan, Kovacevic, Vlastelica, Dadic-Hero y Sarilar (2017)	Comparar la calidad de vida en las personas con esquizofrenia con aquellas que tienen psoriasis o discapacidades físicas	Las personas con diagnóstico de esquizofrenia están menos satisfechas con su nivel de educación y de relaciones sociales, además de estar menos satisfechas con su vida, que aquellas que tienen psoriasis y discapacidad física. Sin embargo, poseen mayores expectativas para el futuro. Ello supone una peor calidad de vida global, lo que supone la necesidad de que el abordaje vaya más allá de tratamiento sintomático, si bien por ello es necesario mejorar el proceso de rehabilitación e integración social, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.
<b>Calidad de vida, recuperación y riesgo suicida</b>		
Ponizovsky, Grinshpoon, Levav y Ritsner (2003).	Mediante un estudio de la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, pretenden mostrar que una peor calidad de vida está relacionada con un mayor riesgo suicida en personas con diagnóstico de esquizofrenia.	Se evidenció que las personas que habían realizado múltiples intentos autolíticos estaban menos satisfechas con un mayor número de aspectos de su vida que aquellas que no habían realizado ninguno o que sólo habían llevado uno a cabo. Una percepción negativa de la calidad de vida se relacionó con intentos autolíticos repetidos.
Tandon (2005)	Revisión no sistemática de la conducta suicida en las personas con esquizofrenia, valorando aquellos factores de riesgo así como protectores. Así mismo, se valora qué medidas terapéuticas influyen: tanto de tipo psicofarmacológico como terapéutico	Además de los abordajes clásicos, cabe hacer incapié en en énfasis actual que se realiza sobre la resiliencia y la recuperación, como resultados deseados en la esquizofrenia. Ellos suponen un sentido de esperanza, optimismo, siendo efectivos en la reducción de la conducta suicida.

Kasckow, Montross, Golshan, Mohamed, Patterson, Sollanzano y Zisook (2007).	Probar las siguientes hipótesis: 1) Las personas con esquizofrenia de edad media y edad avanzada, síntomas depresivos y riesgo suicida, mostrarán peor calidad de vida y funcionamiento diario en comparación con aquellos que no presentan riesgo autolítico; 2) niveles más elevados de riesgo suicida estarán asociados con peor funcionamiento, peor calidad de vida y edades más avanzadas	Se evidenció que las personas con mayor riesgo autolítico presentaban mayores niveles de mala calidad de vida, en comparación con aquellos sin riesgo autolítico. No se observaron diferencias significativas con respecto a la edad, más allá de las objetivadas en la población general.
Gale, Skegg, Mullen, Patterson y Gray (2012).	Objetivar si hay alguna relación entre los estados de recuperación y la conducta suicida en las personas con diagnóstico de esquizofrenia, que se encuentren en recursos comunitarios.	Los resultados muestran que los estadios más avanzados de recuperación se asocian con menor grado de conducta suicida. En contraste con ello, la conducta suicida no se relacionó significativamente con los síntomas depresivos o con el nivel de insight.
Foster (2013)	Esta revisión resume e interpreta los factores de riesgo y los factores protectores de suicidio en el contexto de la esquizofrenia y del trastorno bipolar, generando herramientas para la valoración del riesgo y el manejo.	La búsqueda sugiere que el riesgo suicida asociado al trastorno mental grave debería ser reducido por medio de intervenciones tempranas, la restricción al acceso a métodos letales, la mejora de la adherencia terapéutica, el abordaje asertivo, tratar la comorbilidad psiquiátrica, la hospitalización si es necesaria, el seguimiento ambulatorio estrecho y las intervenciones psicosociales.
Foster (2015)	El manejo del riesgo suicida debe ser abordado desde un enfoque biopsicosocial. Encontrar qué aspectos son los que se relacionan con esta conducta y cómo puede reducirse este riesgo.	La prevención del suicidio para las personas con esquizofrenia o trastorno bipolar garantiza un abordaje basado en la evidencia así como una práctica clínica. El aspecto de la responsabilidad personal contribuye a reducir el riesgo suicida



Jahn, DeVlyder, Drapalski, Medoff y Dixon (2016)	Probar la hipótesis de que la recuperación personal moderará la relación entre los síntomas de esquizofrenia y la conducta suicida.	Los resultados evidencian que la recuperación se relaciona con un menor riesgo suicida, por lo que será un factor protector. Por lo tanto, la recuperación debe ser favorecida, con la finalidad de reducir la conducta suicida en este grupo de personas.
--	---	--