

ARTÍCULO ORIGINAL

Relación entre funcionamiento cognitivo y el perfil sintomático con la calidad de vida de pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia

Relationship between cognitive performance and symptomatic profile in the quality of life of patients with schizophrenia spectrum disorders / Relação entre funcionamento cognitivo e o perfil sintomático com a qualidade de vida de pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia

Ana Milena Gaviria Gómez^{1,2}, Gloria Queralt³, Maite Martínez³, Lidia Novillo³, Noelia Salcedo³, Elisabet Vilella¹

Fecha de recibido:
17 de julio de 2019

Fecha de aprobación:
14 de noviembre de 2019

RESUMEN

Objetivo: evaluar la asociación de los síntomas psicopatológicos y el funcionamiento cognitivo con las medidas de calidad de vida subjetiva en pacientes con diagnósticos del espectro de la esquizofrenia.

Metodología: se incluyeron 102 pacientes ambulatorios que cumplían criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de alguno de los trastornos del espectro de la esquizofrenia. Los datos se obtuvieron utilizando el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, la Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS), el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad estado/rasgo.

Resultados: el análisis de regresión múltiple mostró que los aspectos favorables de la calidad de vida están afectados por la desorganización cognitiva, los síntomas positivos, depresivos y ansiosos. Por otra parte, la presencia de síntomas de carácter emocional está fuertemente asociada a los aspectos desfavorables, lo que hace pensar que esta dimensión sintomática deteriora la percepción subjetiva de bienestar de los pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia.

Conclusiones: los síntomas psicopatológicos y la función cognitiva afectan la calidad de vida subjetiva en pacientes con esquizofrenia. Si el objetivo con el tratamiento es lograr que mejore la calidad de vida percibida, las estrategias deben considerar la búsqueda de la mejoría de los síntomas de carácter emocional, como la depresión, la ansiedad y el malestar emocional.

Palabras clave: cognición; calidad de vida; análisis de regresión; esquizofrenia

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association of psychopathological symptoms and cognitive functioning with the measures of subjective quality of life of a group of patients diagnosed with the schizophrenia spectrum.

Methodology: The study included 102 outpatients who met the DSM-IV-TR criteria for the diagnosis of schizophrenia spectrum disorders. The data were obtained by means of the Seville Questionnaire of Quality of Life (CSCV), the scale for the positive and negative schizophrenia syndrome (PANSS), the Beck Depression Inventory (BDI) as well as the state-trait Anxiety Inventory (STAI).

Forma de citar este artículo: Gaviria AM, Queralt G, Martínez M, Novillo L, Salcedo N, Vilella E. Relación entre funcionamiento cognitivo y el perfil sintomático con la calidad de vida de pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia. Med UPB. 2020;39(1):31-41. DOI:10.18566/medupb.v39n1.a06

- 1 Hospital Universitari Institut Pere Mata, Universitat Rovira i Virgili, CIBERSAM, IISPV. Reus, España
- 2 Programa de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria María Cano. Medellín, Colombia
- 3 Fundación Pere Mata. Reus, España

Dirección de correspondencia: Ana Milena Gaviria Gómez.
Correo electrónico: amigago@gmail.com

Results: The multiple regression analysis showed, on one hand, that favorable aspects of quality of life are affected by cognitive disorganization, positive, depressive and anxiety symptoms. On the other hand, the presence of emotional symptoms is strongly associated with unfavorable aspects, which suggests that this symptomatic dimension impairs the subjective perception of well-being of patients with schizophrenia spectrum disorders.

Conclusions: Psychopathological symptoms and cognitive function affect the subjective quality of life in patients with schizophrenia. If the aim of the treatment is to improve the perceived quality of life, the strategies should consider seeking the improvement symptoms of an emotional nature, such as depression / anxiety and emotional distress.

Keywords: cognition; quality of life; regression analysis; schizophrenia

RESUMO

Objetivo: avaliar a associação dos sintomas psicopatológicos e o funcionamento cognitivo com as medidas de qualidade de vida subjetiva em pacientes com diagnósticos do espectro da esquizofrenia.

Metodologia: se incluíram 102 pacientes ambulatorios que cumpriam critérios DSM-IV-TR para o diagnóstico de algum dos transtornos do espectro da esquizofrenia. Os dados se obtiveram utilizando o Questionário Sevilla de Qualidade de Vida, a Escala para a síndrome positiva e negativa da esquizofrenia (PANSS), o Inventário de depressão de Beck e o Inventário de Ansiedade estado/característica.

Resultados: a análise de regressão múltipla mostrou que os aspectos favoráveis da qualidade de vida estão afetados pela desorganização cognitiva, os sintomas positivos, depressivos e ansiosos. Por outra parte, a presença de sintomas de carácter emocional está fortemente associada aos aspectos desfavoráveis, o que se faz pensar que esta dimensão sintomática deteriora a percepção subjetiva de bem-estar dos pacientes com transtornos do espectro da esquizofrenia.

Conclusões: os sintomas psicopatológicos e a função cognitiva afetam a qualidade de vida subjetiva em pacientes com esquizofrenia. Se o objetivo com o tratamento é conseguir que melhore a qualidade de vida percebida, as estratégias devem considerar a busca da melhoria dos sintomas de carácter emocional, como a depressão, a ansiedade e o mal-estar emocional.

Palavras chave: cognição; qualidade de vida; análise de regressão; esquizofrenia

INTRODUCCIÓN

En el pasado, la principal meta en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia fue la reducción de sus síntomas (especialmente, los positivos), dejando de lado la recuperación de su actividad social. De forma más reciente, y como resultado del énfasis sobre las necesidades del paciente, el concepto “calidad de vida” se ha convertido en un objetivo más en el tratamiento de enfermedades crónicas como la que nos ocupa. Debido a esta tendencia, surge la necesidad de evaluar los efectos del tratamiento tomando la calidad de vida como indicador¹.

Básicamente, el concepto de calidad de vida da importancia a la subjetividad en la medida en que el propio paciente hace una evaluación de su satisfacción. En

personas con esquizofrenia, esta autoevaluación parecería poco fiable debido a los síntomas del trastorno². Por ello, muchos ensayos han utilizado las evaluaciones de la calidad de vida objetiva, mediante la escala de calidad de vida en la esquizofrenia (QLS) que Heinrichs, Hanlon y Carpenter publicaron en 1984 y que está basada en entrevistas con los psiquiatras referentes de cada paciente³.

Por otra parte, no puede dejar de reconocerse la importancia de la evaluación de la satisfacción de los propios enfermos. Skantze et al. opinan que la calidad de vida solo puede determinarse con una valoración subjetiva, y que los pacientes con esquizofrenia no solo tienen conocimiento, sino que, además pueden expresar sus disfunciones sociales⁴. Lehman demostró

que los datos de calidad de vida aportados por personas con enfermedades mentales crónicas son fiables, y concluyó que la evaluación subjetiva de la calidad de vida es aplicable a tales sujetos^{5,6}.

La investigación sobre los factores relacionados con la calidad de vida en pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia es abundante y se viene realizando mediante diversas formas de evaluación, que la definen como el grado de satisfacción y bienestar que cada paciente tiene con su propia vida, lo que permite obtener algunas conclusiones indicadas a continuación.

En los estudios que examinan la relación entre los síntomas y la calidad de vida, se ha señalado repetidamente que síntomas como la depresión y la ansiedad tienen un fuerte efecto sobre la calidad de vida subjetiva⁷⁻⁹, pero no se ha observado una relación coherente entre la calidad de vida y los síntomas positivos de la esquizofrenia¹⁰⁻¹³.

Con relación a los déficits en tareas de rendimiento ejecutivo y la calidad de vida, sabemos que la adecuada función ejecutiva es necesaria para la vida cotidiana. Por ejemplo, Green afirma que el déficit en atención sostenida está asociado con un mal uso de las habilidades sociales, y que la función ejecutiva se ha relacionado con la capacidad de funcionamiento en comunidad¹⁴. Sin embargo, la relación entre desempeño cognitivo, específicamente, las funciones ejecutivas, y calidad de vida, no ha sido confirmada¹⁵⁻¹⁷. Solo Wegener et al. informaron de una asociación significativa entre la atención sostenida y la calidad de vida¹⁸.

Por otra parte, pocos estudios evalúan la relación entre las características psicopatológicas, las funciones cognitivas y la calidad de vida. No obstante, se ha descrito que los síntomas negativos^{19,20} tienen un efecto deletéreo mayor sobre la calidad de vida, que el desempeño neurocognitivo²¹. En contraste, la calidad de vida se ve afectada, en primer lugar, por el desempeño cognitivo, y en segundo, por aspectos psicopatológicos¹⁸.

La investigación de los factores relacionados con la variabilidad de los resultados funcionales y de calidad de vida se ha centrado en pocas variables, tanto predictivas como de desenlace²², mientras que las revisiones sobre los factores que influyen en el funcionamiento y bienestar de los pacientes con esquizofrenia señalan aspectos neuropsicológicos y psicopatológicos (perfil sintomático y evolución de las características clínicas) que pueden ser importantes^{23,24}.

Innovar con planes de intervención, rehabilitación y reinserción en este conjunto de personas pasa por el análisis simultáneo de la influencia de los recursos cognitivos (particularmente, de las funciones ejecutivas) combinados con el perfil de síntomas y aspectos de la evolución clínica del trastorno como determinantes de su percepción de bienestar y la satisfacción vital. Por ello, esta investigación busca construir sobre el conocimiento previo y evaluar un

amplio conjunto de variables en un grupo de personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia. Se consideran aspectos objetivos y subjetivos de la calidad de vida para, de esta forma, hacer una valoración multidimensional de los resultados. Por tanto, el propósito de este estudio fue evaluar la asociación de las características psicopatológicas y el rendimiento cognitivo con las medidas de calidad de vida subjetiva en pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia.

METODOLOGÍA

Participantes

Se incluyeron pacientes ambulatorios que cumplían criterios DSM-IV-TR para alguno de los trastornos del espectro de la esquizofrenia. Todos dieron su consentimiento escrito para participar. El diagnóstico se realizó mediante una entrevista clínica realizada por un psiquiatra experto. Los datos demográficos, que incluyen edad, sexo, años de educación, subtipo de enfermedad, edad de inicio del trastorno, duración, número de ingresos hospitalarios por agudización del diagnóstico principal, dosis de antipsicóticos y benzodiazepinas, se obtuvieron de las historias clínicas.

Fueron incluidos un total de 102 pacientes. El 39.2% pertenecen a centros de atención en salud mental comunitaria (Centro de Día) del Hospital Universitario Psiquiátrico Institut Pere Mata (HUP-IPM), y el 60.8% a alguno de los servicios laborales para personas con Trastorno Mental Grave (TMG) de la Fundación Pere Mata (FPM), ambos ubicados en Reus, provincia de Tarragona, España. Todas las personas incluidas estaban en tratamiento ambulatorio por su diagnóstico psiquiátrico, en la red de servicios especializados del HUP-IPM.

Se decidió obtener una muestra de pacientes con diagnósticos del espectro de la esquizofrenia para evitar restringir la investigación a una sola categoría diagnóstica. Se prefirió esta forma de muestreo por considerarse una estrategia de investigación eficiente, que permite generalizar resultados a un mayor número de pacientes²⁵.

Este trabajo fue aprobado por la Comisión Clínica de Investigación del Hospital Universitario Institut Pere Mata (HU-IPM), la Comisión Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario San Joan de Reus y las directivas de Fundación Pere Mata (FPM). En la Tabla 1 se enumeran las características clínicas y demográficas de los participantes.

Evaluación de síntomas psicopatológicos

Se utilizó la escala de síntomas positivos y negativos, PANSS²⁶ que fue administrada por psiquiatras o

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes.

| Característica | N (%) |
|---|---------------------------------------|
| Sexo | |
| Femenino | 30 (29.4) |
| Masculino | 72 (70.6) |
| Diagnóstico | |
| Trastorno esquizofrénico | 82 (80.4) |
| Trastorno esquizoafectivo | 18 (17.6) |
| Trastorno de personalidad esquizotípico | 2 (2) |
| | Promedio ± desviación estándar |
| Edad (años) | 38.11 ± 8.9 |
| Años de educación | 8.77 ± 2.3 |
| Edad de inicio de la enfermedad | 22.12 ± 6.86 |
| Años de evolución | 15.98 ± 9.09 |
| Número de ingresos | 5.32 ± 5.80 |
| Dosis equivalente a 100 mg de clorpromazina | 752.90 ± 710.48 |
| Dosis equivalente a 100 mg de clonazepam | 1.34 ± 2.10 |

psicólogos entrenados. La escala se evalúa mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Para esta investigación, se obtuvieron las puntuaciones en las escalas Positiva, Negativa, Desorganización Cognitiva, Malestar Emocional y Hostilidad/Síntomas de Excitación de acuerdo con el modelo de cinco factores publicado por Bell et al²⁷. Este modelo de cinco factores de la PANSS fue seleccionado por su uso común en investigación y en su desarrollo con una población similar a la del estudio en términos demográficos. Las puntuaciones en cada escala se obtuvieron sumando las calificaciones de los ítems que componen cada factor²⁸.

Evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión

Para la evaluación de los síntomas depresivos y de ansiedad se utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI) y el Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) respectivamente.

El BDI contiene 21 ítems que evalúan los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos en la depresión. Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos incluye, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de Beck sobre la depresión. Otro elemento distintivo en cuanto es la ausencia de valoración de síntomas motores y de ansiedad²⁹.

El uso de escalas genéricas, como el BDI, para evaluar

síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos ha sido criticado dado que estos instrumentos fueron diseñados y validados solo en poblaciones con diagnóstico de trastornos depresivos sin características psicóticas. Sin embargo, el uso del BDI en pacientes ambulatorios con trastornos del espectro de la esquizofrenia ha mostrado correlaciones significativas con la Calgary Depression Scale (CDS)³⁰. Además, en contraste con la HDRS y la CDS, el BDI es una medida de la percepción que el propio paciente tiene de su estado de ánimo, enfatizando las actitudes hacia sí mismo³¹.

El STAI fue diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Tiene 40 ítems (20 de cada uno de los anteriores conceptos). El marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es “ahora mismo, en este momento” y, en el de la ansiedad como rasgo, “en general, en la mayoría de las ocasiones”³².

Para los sujetos incluidos en esta investigación, se estandarizaron las puntuaciones por el valor centil según el sexo, publicado en la tabla de baremos del manual de la escala.

Evaluación subjetiva de la calidad de vida

Se utilizó el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV), diseñado para evaluar la calidad de vida, tal y como la percibe el paciente³³. Su objetivo es la evaluación de las funciones alteradas, del impacto de la psicopatolo-

gía y de los efectos secundarios del tratamiento. Se trata de obtener el modelo explicativo del paciente. Consta de 59 ítems que se agrupan en 2 escalas:

- **Aspectos favorables (CSCV-F):** formada por 13 ítems que, a su vez, se concentran en tres factores: satisfacción vital, autoestima y armonía.
- **Aspectos desfavorables (CSCV-D):** formada por 46 ítems en 9 factores: falta de aprehensión cognitiva, pérdida de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, dificultad de expresión cognitiva, extrañamiento, miedo a la pérdida del control, hostilidad contenida y automatismo.

Los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 valores, entre 1 (completo desacuerdo) y 5 (completo acuerdo).

Este cuestionario también ha sido utilizado para valorar el impacto del tratamiento con antipsicóticos de segunda generación, con una buena sensibilidad al cambio y validez de sus dos subescalas³⁴.

Evaluación del funcionamiento cognitivo

Las medidas de funcionamiento ejecutivo se obtuvieron, en primer lugar, a través de un análisis factorial que se describe detalladamente en otra publicación³⁵. De este análisis, se obtuvieron las puntuaciones factoriales de tres componentes independientes del funcionamiento cognitivo: (I) Flexibilidad cognitiva, (II) Control de la interferencia y memoria de trabajo, (III) Velocidad de procesamiento y atención dividida. Estas puntuaciones factoriales describen las medidas del desempeño de cada paciente, dado que reflejan la estructura del factor de una forma más precisa.

Una cuarta variable de funcionamiento ejecutivo es el (IV) Índice de atención sostenida, elaborado a partir de las puntuaciones típicas de las variables del Continuous Performance Test (CPT-II): Omisiones, Comisiones, Error estándar del tiempo de reacción, Variabilidad del error estándar, Capacidad de atención/detectabilidad (*d'*), Tiempo de reacción por intervalo entre estímulos y Error estándar del tiempo de reacción por intervalo entre estímulos. Este índice se obtiene mediante el cálculo de la media aritmética de las puntuaciones *T*, y es una medida de inatención en la que una mayor puntuación indica peor rendimiento en atención sostenida³⁶.

Todas las pruebas neuropsicológicas fueron administradas por expertos durante las dos semanas posteriores a la evaluación de los síntomas psicopatológicos.

Análisis de datos

Para estudiar la relación entre los aspectos favorables y desfavorables de la calidad de vida subjetiva y las variables

clínicas (edad, años de educación, años de evolución, número de ingresos hospitalarios, dosis de antipsicóticos y dosis de benzodiazepinas), así como los puntajes en cada una de los cuatro componentes del funcionamiento cognitivo, las cinco dimensiones sintomáticas medidas en la escala PANSS, los síntomas de depresión y los síntomas de ansiedad, se calcularon los coeficientes de correlación por rangos de Spearman.

Para examinar el alcance del efecto de las variables clínicas en la calidad de vida subjetiva, se realizó un análisis de regresión múltiple con el método de pasos sucesivos con los siguientes criterios: probabilidad de *F* para entrar ≤ 0.050 , probabilidad de *F* para salir ≥ 0.100 . Las variables clínicas estadísticamente significativas se consideraron como independientes, y las puntuaciones globales de los “Aspectos favorables” y los “Aspectos desfavorables” del CSCV se consideraron como variables dependientes. No se evaluó la posible interacción entre las variables independientes porque el número de casos en varias casillas es insuficiente para el análisis. En cada modelo se examinó el cumplimiento de los supuestos de linealidad, independencia, homocedasticidad, normalidad y no-colinealidad, considerando en cada uno de ellos el resultado de esta evaluación y el impacto sobre la interpretación del modelo final.

Todos los modelos se ajustaron mediante las variables edad, sexo y nivel educativo, porque modifican la relación entre las variables de interés. El nivel de significación se estableció en 5%. El procesamiento de los datos se realizó en SPSS® versión 23.0 (SPSS Inc; Chicago, Illinois, USA).

RESULTADOS

Los resultados de la evaluación subjetiva de la calidad de vida, los síntomas psicopatológicos y el desempeño cognitivo se muestran en la Tabla 2. La satisfacción vital es la dimensión positiva de la calidad de vida en la que mejor puntúan los pacientes, mientras que las dificultades en la expresión cognitiva son el aspecto que más afecta su percepción de bienestar.

La matriz de correlación entre las puntuaciones globales de los “Aspectos favorables” y los “Aspectos desfavorables” y las variables clínicas se muestran en la Tabla 3. Se determinó una relación significativa entre las puntuaciones de la escala favorable y la flexibilidad cognitiva. También que los síntomas desorganizados, el malestar emocional, los síntomas depresivos y los síntomas ansiosos afectan a los aspectos favorables de la calidad de vida. Por otra parte, están asociados de manera significativa con los aspectos desfavorables los síntomas negativos, el malestar emocional, los síntomas depresivos y los síntomas de ansiedad.

Tabla 2. Resultados de la evaluación de las dimensiones de la calidad de vida subjetiva, los síntomas psicopatológicos y el funcionamiento cognitivo.

| | | Promedio | Desviación típica |
|-------|--|----------|-------------------|
| CSCV | Satisfacción vital | 3.90 | 0.81 |
| | Autoestima (favorable) | 3.59 | 0.87 |
| | Armonía | 3.62 | 0.94 |
| | ASPECTOS FAVORABLES | 3.70 | 0.78 |
| | Falta de aprehensión cognitiva | 1.99 | 0.79 |
| | Pérdida de energía | 2.17 | 0.79 |
| | Falta de control interno | 2.35 | 0.90 |
| | Dificultad de expresión emocional | 2.14 | 0.83 |
| | Dificultad de expresión cognitiva | 2.59 | 0.86 |
| | Extrañamiento | 2.31 | 1.07 |
| | Miedo a la pérdida de control | 2.05 | 0.96 |
| | Hostilidad contenida | 2.44 | 1 |
| | Automatismo | 2.44 | 1 |
| | ASPECTOS DESFAVORABLES | 2.28 | 0.74 |
| PANSS | Escala positiva | 12.66 | 3.93 |
| | Escala negativa | 15.09 | 4.67 |
| | Desorganización cognitiva | 12.50 | 3.55 |
| | Malestar emocional | 8.76 | 2.67 |
| | Hostilidad/excitación | 5.87 | 2.15 |
| BDI | Síntomas depresivos | 7.85 | 6.97 |
| STAI | Síntomas de ansiedad | 41.80 | 28.39 |
| | Funcionamiento cognitivoa | | |
| | Flexibilidad cognitiva | 45.88 | 11.98 |
| | Control de la interferencia y memoria de trabajo | 25.08 | 4.95 |
| | Velocidad de procesamiento y atención dividida | 38.28 | 6.87 |
| | Índice de atención sostenida | 58.51 | 11.50 |

CSCV Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida; PANSS Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia; BDI Inventario de depresión de Beck; STAI Inventario de Ansiedad estado-rasgo. ^a Se obtienen del cálculo de la media total de las puntuaciones típicas de las variables que conforman cada factor.

Para estimar qué variables del funcionamiento cognitivo, junto con las características clínicas y el perfil sintomático, afectaban a la calidad de vida subjetiva de los pacientes con trastornos de la esquizofrenia, se realizaron dos modelos de regresión múltiple: uno para los “Aspectos favorables” y otro para los “Aspectos desfavorables con la calidad de vida como resultado”. Los modelos se ajustaban bien a los datos.

En la Tabla 4 se describen los resultados del análisis de regresión para los “Aspectos favorables”. Los síntomas positivos de la esquizofrenia, la depresivos y los síntomas ansiosos afectan a esta dimensión. Del mismo modo, por cada punto que aumenten los síntomas de ansiedad,

los aspectos favorables de la calidad de vida subjetiva disminuirán 0.24 puntos.

Con los síntomas de desorganización cognitiva ocurre algo particular: su incremento parece afectar en la misma dirección a los aspectos favorables. Por cada cambio en esta variable, la escala favorable aumenta 0.36 puntos. Por último, los síntomas positivos afectan de forma negativa a los aspectos favorables de la calidad de vida en 0.26 puntos.

En cuanto a los “Aspectos desfavorables” de la calidad de vida subjetiva, en la Tabla 5 puede verse cómo la presencia de síntomas de carácter emocional deteriora la percepción de bienestar. Del mismo modo, por cada

Tabla 3. Evaluación de la linealidad de la relación entre los aspectos favorables y desfavorables de la calidad de vida subjetiva, el desempeño ejecutivo, el perfil sintomático y la evolución clínica en 102 pacientes del espectro de la esquizofrenia.

| | CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA DEL CSCV | |
|--|------------------------------------|---------------------|
| | Escala favorable | Escala desfavorable |
| Funcionamiento cognitivo | | |
| Flexibilidad cognitiva | -0.197* | -0.002 |
| Control de la interferencia y memoria de trabajo | 0.089 | -0.153 |
| Velocidad de procesamiento y atención dividida | -0.007 | -0.032 |
| Índice de atención sostenida | 0.026 | 0.097 |
| PANSS | | |
| Escala positiva | -0.148 | 0.194 |
| Escala negativa | -0.166 | 0.223* |
| Desorganización cognitiva | 0.198* | -0.108 |
| Malestar emocional | -0.294** | 0.458*** |
| Hostilidad/excitación | -0.089 | 0.097 |
| BDI | | |
| Síntomas depresivos | -0.452*** | 0.640*** |
| STAI | | |
| Síntomas de ansiedad | -0.497*** | 0.511*** |
| Evolución clínica | | |
| Años de evolución | -0.015 | 0.007 |
| Número de ingresos | -0.066 | 0.060 |
| Dosis equivalente de clorpormazina | -0.117 | 0.086 |
| Dosis equivalente de clonazepam | 0.055 | 0.037 |
| Covariables | | |
| Edad | -0.053 | 0.060 |
| Años de educación | 0.016 | -0.076 |

CSCV Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida; PANSS Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia; BDI Inventario de depresión de Beck; STAI Inventario de Ansiedad estado-rasgo. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$, Coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

Tabla 4. Regresión lineal múltiple que muestra la relación del rendimiento ejecutivo, el perfil sintomático y la evolución clínica con la escala favorable del CSCV.

| | B | ET B | b |
|---------------------------|--------|-------|----------|
| Constante | 3.994 | 0.251 | |
| Síntomas depresivos | -0.042 | 0.011 | -0.39*** |
| Síntomas de ansiedad | -0.006 | 0.003 | -0.24* |
| Desorganización cognitiva | 0.076 | 0.022 | 0.36** |
| Escala positiva | -0.050 | 0.021 | -0.26* |

$R^2_{\text{corregida}} = 0.331$ para el paso 1, $\Delta R^2 = 0.047$ para el paso 2 ($p < 0.05$), $\Delta R^2 = 0.038$ para el paso 3 ($p < 0.05$), $\Delta R^2 = 0.037$ para el paso 4 ($p < 0.05$).

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Tabla 5. Regresión lineal múltiple que muestra la relación del desempeño ejecutivo, los síntomas psicopatológicos y la evolución clínica con la escala desfavorable del CSCV.

| | B | ET B | b |
|----------------------|----------|-------------|----------|
| Constante | 1.088 | 0.189 | |
| Síntomas depresivos | 0.055 | 0.009 | 0.52*** |
| Malestar emocional | 0.061 | 0.021 | 0.22** |
| Síntomas de ansiedad | 0.005 | 0.002 | 0.20* |

$R^2_{\text{corregida}} = 0.472$ para el paso 1, $\Delta R^2 = 0.056$ para el paso 2 ($p < 0.01$), $\Delta R^2 = 0.027$ para el paso 3 ($p < 0.05$). * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

punto que se incrementen los síntomas de malestar emocional medidos por la PANSS, los aspectos desfavorables aumentan. Algo similar ocurre con los síntomas ansiosos.

DISCUSIÓN

Usando dos análisis de regresión por pasos, se analizaron los efectos del rendimiento en cuatro medidas cognitivas asociadas a las funciones ejecutivas, el perfil sintomático y la evolución clínica en los aspectos favorables y desfavorables de la calidad de vida subjetiva de un grupo de pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia. La evaluación subjetiva negativa de la calidad de vida se relacionó con los síntomas positivos, los síntomas de ansiedad y de depresión, y el componente de malestar emocional de la PANSS. El componente de desorganización cognitiva de la misma PANSS se relacionó favorablemente con los aspectos favorables de la percepción subjetiva de calidad de vida.

Otros estudios también han encontrado que el malestar emocional, así como los síntomas de ansiedad y depresión medidos de forma independiente, afectan a la percepción subjetiva de bienestar de los pacientes^{7,37-39}.

Estos hallazgos apoyan la idea de que la calidad subjetiva de vida no está tan influenciada por los síntomas negativos como por los síntomas de ansiedad y por la depresión. Los pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia parecen ser capaces de expresar correctamente sus emociones y la forma en que estas pueden afectar a la cantidad de motivación y energía invertidas en las tareas cotidianas.

Tradicionalmente, los síntomas de depresión y ansiedad no han sido valorados como objetivos terapéuticos en los pacientes con esquizofrenia a pesar de haberse informado de que alrededor del 50% de los mismos padece depresión y de que esta condición se constituye como un factor de riesgo para el suicidio⁴⁰. Teniendo en cuenta que la percepción subjetiva de la calidad de vida

se asoció con malestar emocional (además concretamente, con ansiedad y depresión) y no con otros componentes de la escala PANSS valorables de forma más objetiva por las observaciones clínicas, puede que la mejoría en los índices de calidad de vida dependa más de la atención a estas dimensiones de sufrimiento subjetivo.

Los planes terapéuticos que atiendan dichas necesidades ayudarán a los pacientes a valorar los efectos del tratamiento desde una nueva perspectiva, incrementando su adherencia. Antes de implementar un protocolo de atención farmacológica o de tratamientos psicosociales, deberían examinarse estas dimensiones psicopatológicas, así como la calidad de vida subjetiva, lo que ayudaría a identificar las acciones terapéuticas compatibles con las necesidades reales.

Muchos estudios que miden la calidad de vida de las personas con esquizofrenia utilizan mediciones objetivas de las variables asociadas a este constructo, dejando al margen la opinión de los pacientes. Varios de ellos señalan que esta medición objetiva de la calidad de vida se ve afectada por la sintomatología negativa de la esquizofrenia^{19,41}, porque estas medidas objetivas de calidad de vida en esquizofrenia fueron diseñadas, precisamente, para medir el impacto de los síntomas negativos. La percepción subjetiva de la calidad de vida, sin embargo, no está determinada por la evaluación de observadores externos, sino por la forma en la que el propio paciente se siente; de ahí, lo relevante de los hallazgos de esta investigación. Si se mejora el conjunto de síntomas asociados al malestar emocional (especialmente, la ansiedad y la depresión), la percepción de bienestar y confort de los pacientes del espectro de la esquizofrenia aumentará.

Sea como sea, hay que interpretar con cuidado estos resultados, ya que es conocida la tendencia de las personas con un estado de ánimo depresivo a valorar mal su calidad de vida (respecto de la que hacen las personas que viven con ellos), por lo que podría haber un sesgo determinado por el estado afectivo⁴². No es claro si estos síntomas simplemente contaminan algunas formas de medición

de la calidad de vida o si, de hecho, son blancos legítimos para los tratamientos de esta. Esta investigación apoya tal idea, ya que los indicadores subjetivos de la calidad de vida estuvieron relacionados con la dimensión de la PANSS, psicopatología general.

Los resultados de este estudio señalan también que la presencia e intensidad de los síntomas positivos influyen de forma negativa sobre los aspectos favorables de la calidad de vida. Esto coincide con los resultados de Giner et al., que revelan que los pacientes con peor calidad de vida tienen mayor puntuación en las escalas de síntomas positivos, negativos y de psicopatología general de la PANSS⁴³. Estas conclusiones, que concuerdan con las extraídas en esta investigación, son de especial interés, puesto que en ambos trabajos se utilizan los mismos instrumentos.

Un metanálisis sobre la relación de los síntomas psiquiátricos con la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia concluye que los síntomas positivos y negativos no están relacionados con esta en todos los grupos de personas con esquizofrenia por igual, pero pueden ser particularmente perjudiciales para la calidad de vida en los estudios de personas que reciben tratamiento en la comunidad, como es el caso de la muestra empleada en la presente investigación, y que los síntomas positivos solo se relacionan débilmente con la calidad de vida en los estudios de individuos en el curso temprano de la enfermedad⁴⁴.

El hecho de que los síntomas positivos dañen la percepción de calidad de vida de los pacientes de esta muestra tiene marcada relevancia, pues se ha sugerido que este grupo de síntomas puede ser cualitativamente más incapacitante para las personas que viven en la comunidad⁴⁵. Esto no es sorprendente, dado que la mayoría de las unidades de hospitalización se han diseñado para dar cabida a estos síntomas, mientras que representan una amenaza sustancial para la adaptación social y el funcionamiento en comunidad^{46,47}. Esta amenaza sobre los pacientes que intentan construir una vida en la comunidad podría frenar el progreso a nivel social, laboral y objetivos de vida, lo que se traduciría en peor calidad de vida.

Nuestra investigación detectó también una relación importante entre el componente de desorganización cognitiva valorado por la escala PANSS y un incremento en los aspectos favorables de la calidad de vida subjetiva. Un resultado llamativo, dado que un importante número de artículos señalan esta relación en sentido inverso⁴⁴. Esto puede explicarse por una tendencia de los pacientes con menor introspección a reconocer una mejor calidad de vida, pero, dado que no hay relación directa entre las variables neuropsicológicas y los aspectos favorables de la calidad de vida, esta hipótesis debe ser contrastada.

Con respecto a la relación del funcionamiento ejecutivo

y la calidad de vida, no se observó una relación significativa en los modelos multivariados. Estos resultados contradicen evidencias científicas que han demostrado una relación triangular entre el perfil sintomático, el desempeño ejecutivo y la calidad de vida subjetiva¹.

Por otra parte, otros estudios tampoco encontraron relación entre la función ejecutiva y la calidad de vida subjetiva^{16,48}, aunque han usado otro tipo de valoraciones de la calidad de vida que no son específicas para la esquizofrenia. Wegener et al. encontraron resultados similares, sugiriendo que la relación entre el funcionamiento neuropsicológico y algunos aspectos de la calidad de vida está, en gran medida, condicionada por el grado de sufrimiento experimentado por los pacientes¹⁸.

El presente estudio ha buscado determinar, en una población con unas características concretas, el grado en que los síntomas y el deterioro de las funciones ejecutivas pueden mediar o estar relacionados con la variación en la calidad de vida subjetiva indicada por estos pacientes. Aunque los síntomas están altamente correlacionados con la percepción de calidad de vida, el funcionamiento ejecutivo no guardó relación con la variación en la calidad de vida subjetiva.

Este patrón de resultados sugiere que hay poco apoyo empírico para la hipótesis de que la calidad de vida está mediada por los déficits en la función ejecutiva. En otras palabras, los déficits neurocognitivos en las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia (que son graves) no parecen mediar en una reducción en la calidad de vida, aunque no es posible afirmar si ocurre lo mismo en una población diferente, más gravemente enferma, en la que las deficiencias en el procesamiento de información son evidentes.

Si se tiene como objetivo la mejora de la calidad de vida subjetiva, así como la reducción de los síntomas psicopatológicos, en los pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia, los presentes resultados indican la necesidad de desarrollar tratamientos que se centren en los síntomas de depresión y ansiedad. Este logro permitiría que los pacientes pudieran percibir con mayor eficacia los efectos del tratamiento y mejorar la adherencia al mismo. Del mismo modo, es necesario el diseño de investigaciones con carácter longitudinal que pretendan observar cómo la interacción de los síntomas psicopatológicos y el deterioro del funcionamiento ejecutivo pueden influir en la percepción subjetiva de la calidad de vida.

En conclusión, la presencia e intensidad de síntomas depresivos (especialmente, pensamientos y actitudes negativas) tienen un papel destacado dentro de la estimación del déficit y en la percepción subjetiva del bienestar y calidad de vida de los pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Fundación Pere Mata, Reus (Tarragona, España).

REFERENCIAS

1. Tomida K, Takahashi N, Saito S, Maeno N, Iwamoto K, Yoshida K, et al. Relationship of psychopathological symptoms and cognitive function to subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010; 64(1):62–9.
2. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, et al. Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 94(2):118–24.
3. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull*. 1984; 10(3):388–98.
4. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PRA, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry*. 1992; 161(DEC.):797–801.
5. Lehman AF. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Eval Program Plann*. 1983; 6(2):143–51.
6. Lehman AF. The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Arch Gen Psychiatry*. 1983; 40(4):369–73.
7. Hofer A, Kemmler G, Eder U, Edlinger M, Hummer M, Fleischhacker WW. Quality of life in schizophrenia: The impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7):932–9.
8. Karow A, Moritz S, Lambert M, Schoder S, Krausz M. PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology*. 2005; 38(6):320–6.
9. Kugo A, Terada S, Ishizu H, Takeda T, Sato S, Habara T, et al. Quality of life for patients with schizophrenia in a Japanese psychiatric hospital. *Psychiatry Res*. 2006; 144(1):49–56.
10. Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105(4):283–92.
11. Ho BC, Nopoulos P, Flaum M, Arndt S, Andreasen NC. Two-year outcome in first-episode schizophrenia: Predictive value of symptoms for quality of life. *Am J Psychiatry*. 1998; 155(9):1196–201.
12. Norman RMG, Malla AK, McLean T, Voruganti LPN, Cortese L, McIntosh E, et al. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 102(4):303–9.
13. Packer S, Husted J, Cohen S, Tomlinson G. Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*. 1997; 22(4):231–4.
14. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association; 1996; 153:321–30.
15. Buchanan RW, Holstein C, Breier A. The comparative efficacy and long-term effect of clozapine treatment on neuropsychological test performance. *Biol Psychiatry*. 1994; 36(11):717–25.
16. Matsui M, Sumiyoshi T, Arai H, Higuchi Y, Kurachi M. Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2008; 32(1):280–7.
17. Meitzer HY, Thompson PA, Lee MA, Ranjan R. Neuropsychologie deficits in schizophrenia: Relation to social function and effect of antipsychotic drug treatment. *Neuropsychopharmacology*. 1996; 14:27s-33s.
18. Wegener S, Redoblado-Hodge MA, Wegener S, Redoblado-Hodge MA, Lucas S, Fitzgerald D, et al. Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. *Aust New Zeal J Psychiatry*. 2005; 39(6):487–92.
19. Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1999; 25(1):173–82.
20. Aksaray G, Oflu S, Kaptanoğlu C, Bal C. Neurocognitive deficits and quality of life in outpatients with schizophrenia. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2002; 26(6):1217–9.
21. Heslegrave RJ, Awad AG, Voruganti LN. The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*. 1997; 22(4):235–43.
22. Yanos PT, Moos RH. Determinants of functioning and well-being among individuals with schizophrenia: An integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27(1):58–77.
23. Avison WR, Speechley KN. The discharged psychiatric patient: A review of social, social-psychological, and psychiatric correlates of outcome. *American Journal of Psychiatry*. 1987; 144:10–8.

24. Ciompi L. Learning from outcome studies. Toward a comprehensive biological-psychosocial understanding of schizophrenia. *Schizophr Res.* 1988; 1(6):373–84.
25. Van Os J. The transdiagnostic dimension of psychosis: Implications for psychiatric nosology and research. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2015; 27(2):82–6.
26. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13(2):261–76.
27. Bell MD, Lysaker PH, Beam-Goulet JL, Milstein RM, Lindenmayer JP. Five-component model of schizophrenia: Assessing the factorial invariance of the positive and negative syndrome scale. *Psychiatry Res.* 1994; 52(3):295–303.
28. Clark LK, Warman D, Lysaker PH. The relationships between schizophrenia symptom dimensions and executive functioning components. *Schizophr Res.* 2010; 124(1–3):169–75.
29. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4(6):561–71.
30. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Rating depression in schizophrenia. A comparison of a self-report and an observer report scale. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181(9):561–5.
31. Chemerinski E, Bowie C, Anderson H, Harvey PD. Depression in schizophrenia: Methodological artifact or distinct feature of the illness? *J Neuropsychiatr.* 2008; 20(4):431–40.
32. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo adaptación española. 9th ed. TEA Ediciones, editor. Madrid; 2015. 39 p.
33. Giner J, Ibáñez E, Baca E, Bobes J, Leal C, Cervera S. Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1997; 25(Supl 2):11–23.
34. Giner J, Bobes J, Cervera S, Leal C, Baca E, Ibáñez E. Impact of olanzapine on quality of life of patients with schizophrenia: One-year follow-up with the Seville Quality of Life Questionnaire. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004; 32(1):1–7.
35. Gaviria AM, Queralt G, Martínez M, Novillo L, Salcedo N. Alteraciones neurocognitivas en la esquizofrenia. Análisis factorial. *Med UPB.* 2017; 36(2):123–32.
36. Mulet B, Valero J, Gutiérrez-Zotes A, Montserrat C, Cortés MJ, Jarrod M, et al. Sustained and selective attention deficits as vulnerability markers to psychosis. *Eur Psychiatry.* 2007; 22(3):171–6.
37. Fleischhacker WW, Rabinowitz J, Kemmler G, Eerdeken M, Mehnert A. Perceived functioning, well-being and psychiatric symptoms in patients with stable schizophrenia treated with long-acting risperidone for 1 year. *Br J Psychiatry.* 2005; 187(AUG.):131–6.
38. Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: Overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs.* 2004; 35:5–17.
39. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, et al. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res.* 2004; 69(2–3):125–32.
40. Ginsberg DL, Schooler NR, Buckley PF, Harvey PD, Weiden PJ. Optimizing treatment of schizophrenia enhancing affective/cognitive and depressive functioning. *CNS Spectr.* 2005; 10(2):1.
41. Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramirez LF. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry.* 1990; 41(8):892–7.
42. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *Am J Psychiatry.* 1997; 154(1):99–105.
43. Giner J, Ibáñez E, Cervera S, Sanmartín A, Caballero R. Subjective experience and quality of life in schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001; 29(4):233–42.
44. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2007; 33(5):1225–37.
45. Kasckow JW, Twamley E, Mulchahey JJ, Carroll B, Sabai M, Strakowski SM, et al. Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: Comparison with matched outpatients. *Psychiatry Res.* 2001; 103(1):69–78.
46. Lysaker P, Bell M. Negative symptoms and vocational impairment in schizophrenia: repeated measurements of work performance over six months. *Acta Psychiatr Scand.* 1995; 91(3):205–8.
47. Racenstein JM, Harrow M, Reed R, Martin E, Herbener E, Penn DL. The relationship between positive symptoms and instrumental work functioning in schizophrenia: A 10 year follow-up study. *Schizophr Res.* 2002; 56(1–2):95–103.
48. Hofer A, Baumgartner S, Bodner T, Edlinger M, Hummer M, Kemmler G, et al. Patient outcomes in schizophrenia II: The impact of cognition. *Eur Psychiatry.* 2005; 20(5–6):395–402.