

## Calidad de vida subjetiva y síntomas psicóticos básicos en pacientes con esquizofrenia en distintos recursos asistenciales: un estudio preliminar

José Ignacio Sañudo Corrales<sup>1</sup>, Salvador Herrero Remuzgo<sup>1</sup>, Francisco Javier Lamas Bosque<sup>2</sup> y M<sup>a</sup> Dolores Franco Fernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Sevilla, <sup>2</sup>Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

### RESUMEN

**Introducción.** La calidad de vida subjetiva en la esquizofrenia y su relación con la sintomatología psicótica básica de la enfermedad está adquiriendo una gran importancia en los últimos años. Esto se debe, en primer lugar, a la desinstitucionalización de estos pacientes que se integran en recursos asistenciales cada vez menos regimentados y, en segundo lugar, al desarrollo de los nuevos fármacos antipsicóticos. El objetivo de este estudio transversal y preliminar es medir la relación entre la calidad de vida subjetiva y la sintomatología psicótica básica en pacientes con esquizofrenia y atendidos en distintos recursos asistenciales pertenecientes a una red de Salud Mental.

**Metodología.** Se evaluaron un total de 50 pacientes diagnosticados de esquizofrenia pertenecientes a 5 recursos asistenciales distintos. La calidad de vida subjetiva se midió mediante el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) y la sintomatología psicótica básica se evaluó a través del Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3).

**Resultados.** Se observa que el incremento en la calidad de vida subjetiva está relacionada con una disminución en la sintomatología psicótica básica de los pacientes con esquizofrenia, sin embargo, dicha relación no se muestra al comparar los diferentes recursos asistenciales.

**Conclusiones.** La relación entre la calidad de vida subjetiva y la sintomatología psicótica básica en pacientes con esquizofrenia pone de manifiesto la necesidad de utilizar, además del tratamiento farmacológico, otras intervenciones cognitivas y psicosociales que atiendan la experiencia subjetiva de la enfermedad para mejorar la calidad de vida de estos pacientes independientemente del recurso asistencial.

*Palabras clave:* esquizofrenia, calidad de vida subjetiva, síntomas psicóticos básicos, Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV), Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3).

*Recibido:* 23 de septiembre de 2009

*Aceptado:* 17 de febrero de 2010

### INTRODUCCIÓN

El II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2008-2012) destaca, entre sus objetivos generales, la necesidad de “mejorar la Calidad de Vida (CV) de las personas con enfermedad mental y sus familias y favorecer su proceso de recuperación e inclusión social” (Consejería de Salud, 2008). Parece claro, por tanto, que la CV debe ser uno de los objetivos prioritarios a la hora de abordar enfermedades crónicas como la esquizofrenia, sobre todo si se tiene en cuenta que el avance en los

de los antipsicóticos de segunda generación y la introducción de conceptos como rehabilitación y atención comunitaria en el campo de la salud han promovido la evaluación de la CV como una importante medida de la eficacia de los tratamientos en pacientes esquizofrénicos (Bobes, García-Portilla, Bascaran, Saiz y Bousoño, 2007; Mohr, 2007).

Por otro lado, las políticas de desinstitucionalización han motivado este interés por conocer y valorar el verdadero impacto que la CV tiene en los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, para conocer esta relación es necesario abordar el estudio de la CV tanto desde una perspectiva objetiva centrada en el punto de vista del profesional, como desde la experiencia subjetiva del enfermo (Mínguez, González, Alonso, Sanguino y García, 2005). Desde esta aproximación, recientemente se ha definido la CV como la evaluación cognitiva y afectiva de la situación de sí mismo percibida por el enfermo crónico en un momento determinado de su vida, por lo que su estudio se debe realizar con la intención de desarrollar y difundir métodos terapéuticos que pretenden ir

Dirección de contacto:

Salvador Herrero Remuzgo.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Facultad de Psicología.

Universidad de Sevilla.

C/ Camilo José Cela, s/n. 41018 – SEVILLA.

Tfnos.: 954 55 69 30 – 56872 – 57813

E-mail: [herrero@us.es](mailto:herrero@us.es)

tratamientos farmacológicos, con la aparición

más allá de la mera desaparición de un trastorno, tratando de mejorar la percepción del individuo sobre su propia situación con el fin de integrarlo, en la medida de lo posible, al entorno social que mejor cubra sus necesidades (Gómez y Botella, 2007).

Las investigaciones que tratan de estudiar la relación entre la sintomatología psicótica en pacientes con esquizofrenia y la CV han mostrado un interés creciente en los últimos años (Gómez y Botella, 2007) con el fin primordial de mejorar los procesos sintomáticos pero sin olvidar aquellas otras facetas de enfermedad que pueden afectar positivamente en la CV como es el desempeño de rol y la capacidad del enfermo para desarrollarlo con autonomía (González, Villanueva, García y Arias, 2003), o las percepciones individuales, las expectativas personales y el nivel de independencia (Giner, Ibáñez, Cervera, Sanmartín y Caballero, 2001). Peralta y Cuesta (1994) en un trabajo de revisión concluyen que la CV de las personas diagnosticadas de esquizofrenia puede verse afectada tanto por los síntomas negativos como por los positivos, pero que hay que ir más allá de la sintomatología clásica y conocer la experiencia subjetiva (sintomatología básica) de estos enfermos con la intención de poder abordar la enfermedad desde intervenciones cognitivas que abarquen las deficiencias más básicas de la persona. Hirschberg (2005) en su estudio con 93 pacientes con esquizofrenia estable, encuentra una fuerte relación entre la sintomatología negativa y positiva con una menor CV, al igual que el meta-análisis llevado a cabo por Shaun y Newhill (2007) que encuentran, primero, que en la mayoría de los trabajos examinados existe una relación negativa significativa entre la sintomatología negativa de la esquizofrenia y la CV, segundo, que las relaciones entre sintomatología y CV son distintas en función del entorno del paciente (ingresados o ambulatorios) y, tercero, que el tratamiento psicosocial mejora aspectos más amplios de la CV. Por último, destacar los estudios recientes que muestran la relación que existe entre la CV, la depresión y síntomas negativos (Narváez, Twamley, McKibbin, Heaton y Patterson, 2008) así como la relación entre los síntomas depresivos y estado general de salud en su relación con la CV objetiva (Marwaha *et al.*, 2008).

Sin embargo, y a pesar de la proliferación de estudios, la mayoría de ellos investigan la sintomatología psicótica desde una aproximación clásica de la enfermedad, sin tener en cuenta la perspectiva subjetiva de la persona evaluada (Bobes *et al.*, 2007). Se hace necesario, por tanto, estudiar de manera directa las vivencias experienciales de estos enfermos en los estadios intercríticos de la enfermedad en los que mejora de manera notable el contacto y la comunicación con ellos y así conocer la sintomatología que presentan y que afecta de manera clara a su CV, con el propósito de desarrollar estrategias de intervención secundaria y terciaria que permitan abordar estos síntomas con el objetivo fundamental de disminuir la vulnerabilidad y mejorar la CV del paciente esquizofrénico (Peralta y Cuesta, 1994; Vargas, Jimeno-Bulnes y Jimeno-Valdes, 1995).

En cuanto al recurso asistencial utilizado por el paciente con esquizofrenia, la mayoría de autores señalan que las personas enfermas que viven en la comunidad muestran mayores niveles de satisfacción y CV al recuperar la autonomía, independencia y las relaciones con el entorno, sobre todo, si estos pacientes mantienen una red de apoyos y recursos con los que protegerse (Barry y Zissi, 1997). Diversos autores, entre los que destacan

Björkman y Hansson (2002) y Goodwin y Madell (2002), defienden la necesidad de intervenir no sólo en la sintomatología sino reduciendo las necesidades de asistencia y consiguiendo un buen apoyo social para mejorar la CV subjetiva. En un estudio realizado por Nelson, Brent y Walsh-Bowers (1999) se muestra que las personas que viven en lugares semejantes a viviendas tuteladas (*supportive apartments*) y casas-hogar (*group homes*) reflejaban mayores niveles de CV objetiva y subjetiva que aquellas personas que vivían en recursos de mayor tamaño (*Board-and-care-homes*), donde residían más personas, las relaciones con los trabajadores no eran cordiales y la independencia era menor. Por último, Liebe y Kallert (2001) realizan un estudio en el que compararon cinco grupos de pacientes psicóticos en distintos recursos midiendo la CV y sintomatología psicótica básica (experiencia subjetiva de enfermedad) (Peralta y Cuesta, 1994) concluyendo que ambas variables mostraban peores puntuaciones en aquellos que vivían en residencias comunitarias frente a los que vivían en sus casas, aunque matizan sus resultados al sugerir que no sólo es el tipo de recurso lo que influye sino que existen otras variables como el apoyo social o el aislamiento percibido por el paciente que juegan un importante papel en la CV subjetiva del esquizofrénico.

En este contexto, se presenta un estudio preliminar de carácter transversal con el objetivo de describir y relacionar la CV subjetiva y la sintomatología psicótica básica en una muestra de pacientes diagnosticados de esquizofrenia y comprobar las diferencias que pudieran existir entre dichas variables y el recurso asistencial utilizado por el enfermo.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra de estudio estaba formada por 50 pacientes diagnosticados de esquizofrenia según los criterios diagnósticos de la DSM-IV-TR (APA, 2002), mayores de 18 años ( $45.28 \pm 7.94$ ) y cuya evolución de la enfermedad fuera superior a 10 años ( $22.96 \pm 8.17$ ). La muestra está constituida por hombres debido a que en el Hospital Psiquiátrico no hay mujeres internas y se consideró seleccionar únicamente hombres para evitar el sesgo en los datos. Aunque en principio suponga un sesgo para el estudio, algunos autores defienden no haber hallado diferencias entre hombres y mujeres a la hora de evaluar las variables que aquí se miden (Vila, Ochoa y Haro, 2003). La mayoría de las personas tiene diagnóstico de esquizofrenia paranoide 32 personas que constituyen el 62% de la muestra, el resto se reparte entre esquizofrenia indiferenciada o no especificada 15 personas (30%) con esquizofrenia residual 3 (6%) y, una persona con diagnóstico de esquizofrenia desorganizada (2%). En cuanto al estado civil de la muestra el 74% (37 pacientes) está soltero y el 26% (13 pacientes) está casado o tienen pareja estable, el nivel educativo de la muestra está formada por 29 pacientes (58%) que son analfabetos o con estudios primarios y el resto, 21 pacientes (42%), poseen graduado escolar (15 pacientes que representan el 30%), secundaria, formación profesional o Bachillerato (5 pacientes que suponen el 10%) y estudios universitarios (1 paciente que representa el 2%).

Todos los pacientes participaron voluntariamente, siendo informados de los objetivos del estudio y pertenecían a distintos recursos asistenciales de la red de Salud Mental de Andalucía: Casa-Hogar ( $n = 10$ ) y

Viviendas Tuteladas ( $n = 10$ ) de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM); Domicilio Propio o de familiares y que acuden con regularidad a asociaciones como la Asociación de Allegados de Enfermos de Esquizofrenia de Sevilla (ASAENES) ( $n = 10$ ); Unidad de Agudos (Hospitalización Total) del Hospital Universitario Virgen Macarena ( $n = 10$ ); Pacientes del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla ( $n = 10$ ).

**Diseño del Estudio e Instrumentos de Evaluación**

Se realiza un estudio transversal de carácter descriptivo en el que se utiliza: el *Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3)* (Sullwold, 1977; Sullwold y Huber, 1986), adaptado al castellano por Jimeno-Bulnes, Jimeno-Valdes y Vargas (1996). Se trata de un cuestionario autoaplicado de 98 ítems en el que el paciente valora la presencia de quejas subjetivas en 10 escalas clínicas (pérdida de control, percepción simple, percepción compleja, lenguaje, cognición y pensamiento, memoria, motricidad, pérdida de automatismos, anhedonia y angustia e irritabilidad por sobreestimulación). Como instrumento de medida de CV se empleó el *Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)*, diseñado como medida específica de CV en esquizofrenia (Giner et al., 1999; Giner et al., 2001).

Este instrumento está constituido por 59 ítems agrupados en dos escalas, una de aspectos favorables con 13 ítems que miden tres factores (satisfacción vital, autoes-

tima y armonía) y otra escala de aspectos desfavorables compuesta por 46 ítems y que evalúa nueve 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 de control, hostilidad contenida y autoestima).

**Análisis Estadístico**

Para las variables dependientes se procedió a realizar un estudio descriptivo y correlacional para posteriormente realizar un análisis de la varianza (ANOVA) entre los distintos grupos en función del recurso asistencial utilizado. En caso de observarse diferencias significativas se procedió a realizar la comparación de medias de dos en dos mediante la t de Student. Todos estos estudios se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 14 (SPSS UK Ltd, Woking, Reino Unido).

**RESULTADOS**

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas por los distintos participantes en cada uno de los instrumentos de evaluación. La tabla 1 muestra las medias y desviaciones tipo para cada uno de los recursos asistenciales para cada instrumento de evaluación (CSCV y FBF-3) junto a los factores que las componen.

	CH	VT (Pisos)	ASAENES	HUVM	HPP
<i>Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)</i>					
F	3.48 (±0.58)	3.70 (±0.65)	3.28 (±0.69)	3.60 (±0.93)	2.88 (±1.15)
D	2.77 (±0.46)	2.55 (±0.73)	2.28 (±0.70)	2.52 (±0.82)	2.94 (±0.61)
SV	3.50 (±0.60)	3.76 (±0.78)	3.42 (±0.89)	3.58 (±1.08)	2.90 (±1.36)
AE	3.58 (±0.92)	3.73 (±0.59)	3.55 (±0.78)	3.43 (±1.00)	3.10 (±1.12)
ARM	3.40 (±0.60)	3.60 (±0.78)	3.65 (±0.61)	3.80 (±1.00)	2.75 (±1.22)
FAC	2.80 (±0.79)	2.48 (±0.84)	2.00 (±0.88)	2.48 (±0.63)	2.90 (±0.92)
PE	3.00 (±0.55)	2.58 (±0.75)	2.45 (±0.81)	2.75 (±1.03)	3.03 (±0.75)
FCI	2.96 (±0.65)	3.00 (±0.93)	2.91 (±1.05)	2.59 (±0.93)	3.25 (±0.92)
DEE	2.70 (±0.86)	3.36 (±0.75)	2.18 (±0.73)	2.44 (±0.84)	3.46 (±0.71)
DEC	2.63 (±0.56)	2.79 (±0.85)	2.43 (±0.88)	2.30 (±0.91)	3.10 (±0.57)
E	2.93 (±0.54)	2.73 (±0.81)	2.10 (±0.88)	2.80 (±1.07)	2.60 (±1.13)
MPC	2.23 (±0.54)	2.20 (±1.00)	1.83 (±0.60)	2.13 (±1.17)	2.30 (±1.22)
HC	2.20 (±0.67)	1.97 (±0.71)	1.77 (±0.74)	2.43 (±1.05)	2.67 (±1.13)
AU	3.23 (±0.72)	2.47 (±0.72)	1.93 (±1.10)	2.60 (±0.84)	2.87 (±1.18)
<i>Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3)</i>					
TOT	38.70 (±20.10)	36.10 (±22.30)	38.50 (±21.20)	33.20 (±22.20)	48.90 (±21.70)
PC	2.70 (±2.11)	3.30 (±2.26)	3.40 (±2.27)	2.30 (±2.31)	4.00 (±2.40)
PS	2.70 (±2.21)	2.30 (±2.21)	3.00 (±2.26)	2.50 (±2.01)	4.00 (±2.44)
P	3.90 (±2.46)	2.80 (±3.04)	3.50 (±2.54)	3.00 (±1.63)	4.10 (±2.55)
L	4.90 (±2.42)	5.10 (±3.41)	4.30 (±2.54)	3.20 (±3.04)	5.20 (±2.29)
CP	4.20 (±2.57)	5.20 (±3.04)	4.30 (±2.49)	4.10 (±3.17)	5.00 (±3.23)
ME	4.70 (±3.19)	5.30 (±2.90)	4.80 (±2.78)	3.60 (±2.50)	5.30 (±2.90)
MO	3.50 (±2.59)	1.90 (±2.55)	2.60 (±2.95)	2.30 (±2.35)	3.70 (±2.66)
PA	3.80 (±2.14)	3.80 (±2.39)	4.70 (±2.71)	4.40 (±3.02)	5.60 (±2.63)
D	3.10 (±1.79)	2.60 (±2.36)	3.20 (±2.34)	3.40 (±2.75)	6.00 (±2.74)
I	5.20 (±2.89)	3.80 (±2.44)	4.70 (±2.35)	4.40 (±2.50)	6.00 (±2.35)

**Tabla 1. Medias y Desviaciones Tipo de las escalas del CSCV y FBF-3 en función del recurso asistencial**  
**Recursos:** CH (Casas-Hogar); VT (Pisos) (Viviendas Tuteladas); ASAENES (Asociación de Allegados de Enfermos de Esquizofrenia de Sevilla); HUVM (Unidad de Agudos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla); HPP (Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla). *Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV):* F (Favorable); D (Desfavorable); SV (Satisfacción Vital); AE (Autoestima); ARM (Armonía); FAC (Falta de Aprehensión Cognitiva); PE (Pérdida de Energía); FCI (Falta de Control Interno); DEE (Dificultad de Expresión Emocional); DEC (Dificultad de Expresión Cognitiva); E (Extrañamiento); MPC (Miedo a la Pérdida de Control); HC (Hostilidad Contenida); AU (Automatismo). *Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3):* TOT (Puntuación Total del Inventario); PC (Pérdida de Control); PS (Percepción Simple); P (Percepción Compleja); L (Lenguaje); CP (Cognición y Pensamiento); ME (Memoria); MO (Motricidad); PA (Pérdida de Automatismos); D (Angustia y Anhedonia); I (Irritabilidad por Sobreestimulación).

Al evaluar la relación existente (tabla 2) pudo observarse una clara relación entre las distintas escalas del CSCV y el FBF-3. Así mismo, vemos como las puntuaciones totales de ambas escalas se relacionan muy significativamente de manera que aquellos sujetos que

tienen una menor sintomatología psicótica básica tienen una percepción favorable de su calidad de vida subjetiva ( $r = -.496, p < .01$ ), mientras que aquellos que padecen más síntomas psicóticos básicos tienen una evaluación negativa de su calidad de vida subjetiva ( $r = .304, p < .01$ ).

<i>Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3)</i>												
	TOT	PC	PS	P	L	CP	ME	MO	PAQ	D	I	
<i>Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)</i>	F	-.496	-.474	-.319	-.343	-.428	-.368	-.327	-.321	-.510	-.551	-.477
	D	.304	.665	.739	.657	.689	.659	.622	.568	.715	.7454	.619
	SV	-.539	-.468	-.367	-.406	-.480	-.401	-.352	-.378	-.556	-.578	-.484
	AE	-.269	-.319	-.040	-.132	-.246	-.242	-.130	-.094	-.362	-.358	-.295
	ARM	-.509	-.489	-.426	-.359	-.405	-.336	-.384	-.366	-.439	-.534	-.500
	FAC	.565	.516	.432	.418	.623	.420	.414	.392	.464	.490	.517
	PE	.732	.569	.660	.614	.616	.621	.538	.536	.665	.681	.580
	FCI	.737	.685	.635	.629	.638	.687	.624	.425	.639	.613	.509
	DEE	.681	.616	.660	.516	.479	.520	.595	.373	.671	.668	.576
	DEC	.735	.584	.656	.543	.702	.543	.646	.519	.661	.669	.570
	E	.577	.378	.534	.529	.511	.479	.442	.530	.489	.514	.372
	MPC	.503	.428	.554	.422	.386	.517	.292	.363	.414	.512	.304
	HC	.238	.206	.308	.025	.252	.143	.156	.121	.260	.337	.180
	AU	.510	.369	.536	.503	.383	.320	.354	.472	.413	.513	.396

Tabla 2. Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones del CSCV y el FBF-3.  $p < .01$ ;  $p < .05$

Una vez realizado el análisis relacional entre la Calidad de Vida Subjetiva y la sintomatología psicótica básica se procedió a realizar un análisis multivariado de la varianza para comprobar si existían diferencias significativas entre los centroides de los grupos mediante la prueba Lambda de Wilks (0.287) y arrojando la F de Rao un resultado significativo ( $F = 2.497, p = .016$ ). Posteriormente se procedió a realizar el análisis de varianza univariados entre todas las variables que resultaron significativas en el análisis multivariado para determinar si existía algún tipo de efecto en función del recurso asistencial utilizado por los participantes evaluados. Los resultados obtenidos muestran que, en general, la variable recurso

asistencial no influye de manera significativa en ninguna de las variables estudiadas, salvo en la escala ARM (Armonía) del CSCV ( $F = 2.798, p = .037$ ) y la escala D (Angustia y Anhedonia) del FBF-3 ( $F = 3.050, p = .026$ ). Posteriormente se realizó la prueba de t de Student de diferencia de medias para comprobar en qué recurso asistencial se hacía patente la influencia que se muestra en las escalas indicadas. La tabla 3 muestra que los pacientes institucionalizados en el HPP (Hospital Psiquiátrico Penitenciario) muestran una menor ARM (Armonía) y una mayor D (Angustia y Anhedonia) que el resto de pacientes evaluados en otros recursos asistenciales (Viviendas Tuteladas, Casas-Hogar, ASAENES y Unidad de Agudos).

<i>t de Student</i>									
	<i>VT (Pisos)</i>		<i>ASAENES</i>		<i>HUVM</i>		<i>HPP</i>		
	Media	t	p	t	p	t	P	t	P
<b>ARM (Armonía)</b>									
CH	3.37	-.719	.481	-1.009	.326	-1.146	.267	1.742	.099
VT (Pisos)	3.60			.159	.876	.496	.626	<b>2.126</b>	<b>.048</b>
ASAENE	3.65					-.402	.692	<b>2.372</b>	<b>.029</b>
HUVM	3.80							<b>2.350</b>	<b>.030</b>
HPP	<b>2.62</b>								
<b>D (Angustia y Anhedonia)</b>									
CH	3.10	.533	.601	.916	-.100	-.289	.776	<b>-2.795</b>	<b>.012</b>
VT (Pisos)	2.60			.596	.576	.696	.495	<b>-2.964</b>	<b>.008</b>
ASAENE	3.20					-.175	.863	<b>-2.449</b>	<b>.025</b>
HUVM	3.40							<b>-2.112</b>	<b>.049</b>
HPP	<b>6.00</b>								

Tabla 3. t de Student entre los recursos asistenciales y las variables ARM y D.  $p < .05$

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El trabajo presentado encuentra una clara relación entre la sintomatología básica (experiencia subjetiva) y la CV subjetiva. Esta relación se concreta en

una relación positiva entre la puntuación total en el FBF-3 y la puntuación en la escala desfavorable del CSCV mientras que existe una relación negativa entre la puntuación en el FBF-3 y la que se muestra en la escala favorable del CSCV. Es decir, aquellas personas que

presentan una menor sintomatología básica se muestran con una mayor satisfacción vital, una mayor autoestima y una mayor armonía, se sienten, en definitiva, más satisfechos con las actividades que realizan en su vida diaria, mejor con ellos mismos y a gusto con el resto de personas que les rodea. En cambio, aquellas personas que muestran una mayor puntuación en el FBF-3 presentan a su vez, menor satisfacción vital, autoestima y armonía, al mismo tiempo que tienen una mayor dificultad para comprender lo que sucede a su alrededor (falta de aprehensión cognitiva), mayor sensación de cansancio (falta de energía), una sensación de falta de control de lo que sienten o piensan (falta de control interno), dificultad para relacionarse con los demás a nivel afectivo o emocional (dificultad de expresión emocional), molestias a la hora de comunicarse con los demás o participar en conversaciones (dificultad de expresión cognitiva), y otras molestias como extrañamiento, miedo a la pérdida de control, hostilidad contenida y automatismo. A este respecto, Leal *et al.* (1997) encuentran una correlación inversa significativa ( $r = -0.16$ ) entre la escala favorable del CSCV y síntomas negativos medidos con la escala Positive and Negative Síndrome Scale (PANSS) (Kay, Fiszbein y Opler, 1987), de tal manera que aquellos individuos con

más síntomas negativos tienen menor puntuación en las escalas favorables. Por otra parte, existe relación directa entre las escalas desfavorables y síntomas positivos ( $r = 0.41$ ). Siguiendo esta línea, otros autores (Giner *et al.*, 2001), concluyen que la sintomatología positiva, negativa y general parece afectar a la CV en la esquizofrenia, aunque invitan a un análisis más profundo y una evaluación más pormenorizada de los síntomas, donde obviamente, se incluiría el presente estudio. En el trabajo realizado por Bow-Thomas, Velligan, Millar y Olsen (1999) se halló una relación entre la sintomatología negativa y la CV en todas las fases de la enfermedad, no así con la sintomatología positiva, difícil de medir en las fases agudas de la enfermedad. Sin embargo, estos autores consideran que los resultados deben tomarse con cautela debido a que toda la muestra fue tomada en el hospital por lo que están claramente influenciados por el tipo de recurso asistencial. Otra serie de artículos encuentran resultados semejantes a los reflejados en este estudio aunque las medidas, en la mayoría de los casos, se hacían de manera objetiva. Así, Giner *et al.* (1999), encuentran que los síntomas psicóticos afectan a la CV aunque no tienen en cuenta otro tipo de variables como el apoyo social, las necesidades educativas, o las relaciones familiares, debido a la dificultad para obtener estos datos en una muestra tan complicada. En el trabajo de Karow, Moritz, Lambert, Schoder y Krausz (2005) se obtienen resultados que van en la misma dirección, encontrando relaciones entre la sintomatología negativa y una peor CV mientras que la relación con los síntomas positivos no aparece clara, recomendando nuevos estudios que traten de aclarar la relación entre la sintomatología y la CV subjetiva. Si bien todo parece indicar que existe una clara relación entre síntomas negativos y CV subjetiva, otros autores, encuentran dicha relación con la sintomatología positiva (Kaskow *et al.*, 2001; Yu-Tao, Yong-Zhen, Chi-Ming, Wai-Kwong y Gabor, 2007, 2008). Otros estudios obtienen fundamentalmente relaciones entre síntomas negativos y la escala general de la PANSS (Kay *et al.*, 1987) que recoge síntomas no específicamente psicóticos. En relación con éstos, los síntomas depresivos tienen un efecto deletéreo en la CV

de los pacientes esquizofrénicos (Bobes *et al.*, 2007; Narváez *et al.*, 2008; Shaun y Newhill, 2007). Todo ello justifica el estudio que llevamos a cabo tratando de priorizar las medidas subjetivas, es decir, centrándonos realmente en lo que la persona con esquizofrenia siente y con el objetivo de conseguir que los tratamientos que actualmente dan prioridad a la farmacología añadan otras alternativas que puedan aliviar la sintomatología de estas personas y mejorar, en definitiva, su CV.

En cuanto a la relación entre el contexto, la sintomatología psicótica básica y la CV subjetiva, nuestros resultados no parecen confirmar que exista una influencia del recurso asistencial en ninguna de las dos variables estudiadas, a diferencia de lo observado en otros estudios (Mínguez *et al.*, 2005; Barry y Zissi, 1997; Bjorkman y Hansson, 2002; Goodwin y Madell, 2002) que encuentran una asociación entre CV y lugar de residencia, de forma que aquellas personas que viven en la comunidad tienen mayor CV que las que viven en una institución. Quizás no observamos esta relación en la presente investigación porque se trate de una asociación mediada por la presencia de sintomatología. En este sentido, Kaskow *et al.* (2001) ya señalaron, en un estudio comparativo en pacientes comunitarios o ingresados, la clara relación entre sintomatología y CV.

Por último, el estudio de Liebe y Kallert (2001), muy similar en su diseño al nuestro, encuentra diferencias en cuanto a la sintomatología en función de los recursos, la satisfacción vital general no depende sistemáticamente del entorno de atención del que hacen uso estas personas, sino que influyen otras variables como la evaluación que hacen de sus necesidades o los propósitos (logro de metas) que se ven por regla general afectados por la sintomatología. Por tanto, no sólo influye en la CV que el entorno permita autonomía e independencia sino que el aislamiento social es una variable que hay que tener muy en cuenta. Estos resultados pueden justificar, en parte, los resultados encontrados en nuestro estudio en el que existen diferencias significativas en armonía en función del recurso, ya que las personas internas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP) mantienen escasas relaciones con el mundo exterior y con el resto de los internos, lo que podría explicar los bajos niveles de CV en este recurso con respecto al resto de recursos al igual que la angustia y la anhedonia (otra variable significativa) que sienten los internos al encontrarse privados de libertad.

Por todo lo anteriormente comentado, se concluye que existe una clara relación entre la CV y la sintomatología psicótica básica (experiencia subjetiva) en la esquizofrenia, de manera que, a mayor sintomatología peor será la CV expresada por la persona que padece la enfermedad y que no existe una relación significativa entre la CV (medida con el CSCV), sintomatología psicótica básica (medida con el FBF-3) y el recurso asistencial. Esta conclusión, no carente de limitaciones metodológicas, como el tamaño muestral y la necesidad de controlar otras variables que intervienen en la CV, no anulan el acercamiento de este trabajo a una enfermedad tan compleja como la esquizofrenia desde una perspectiva eminentemente subjetiva, tanto en la clínica como en la medida de la CV. Este cambio de perspectiva creemos que permitirá un mejor abordaje y desarrollar nuevas estrategias terapéuticas ya que mostramos cómo el control de los síntomas por parte de los pacientes esquizofrénicos se muestra fundamental para mejorar su CV.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Barry, M. y Zissi, A. (1997). Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 38-47.
- Björkman, T y Hansson, L. (2002). Predictores de la mejoría en la calidad de vida de individuos enfermos mentales a largo plazo que recibieron gestión de casos. *European Psychiatry*, 9, 283-290.
- Bobes, J., García-Portilla, M.P., Bascaran, M.T., Saiz, P.A. y Bousoño, M. (2007). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 9 (2), 215-226.
- Bow-Thomas, C., Velligan, D., Millar, A. y Olsen, J. (1999). Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Research*, 86, 131-142.
- Consejería de Salud (2008). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Giner, J., Ibáñez, E., Cervera, S., Leal, C., Baca, E. y Bobes, J. (1999). El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: Perspectiva histórica de su instauración. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (1), 8-13.
- Giner, J., Ibáñez, E., Cervera, S., Sanmartín, A. y Caballero, R. (2001). Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29 (4), 233-242.
- Gómez, A. y Botella, L. (2007). Efecto de una intervención psicosocial sobre calidad de vida, estado sintomático y construcción del sí mismo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 2, 49-367.
- González, E., Villanueva, J.L., García, P. y Arias, T. (2003). Evaluación de la calidad de vida en una población de pacientes ambulatorios esquizofrénicos crónicos. *Psiquis*, 24 (6), 267-275.
- Goodwin, A. y Madell, D. (2002). Measuring the Quality of life of people with severe and enduring mental health problems in different settings. *Journal of Mental Health*, 11 (3), 305-317.
- Hirschberg, S. (2005). *Quality of Life and Symptomatology in people with schizophrenia*. California: Aliant International University.
- Jimeno-Bulnes, N., Jimeno-Valdés, A. y Vargas, M.L. (1996). *El síndrome psicótico y el Inventario de Frankfurt: conceptos y resultados*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Karow, A., Moritz, S., Lambert, M., Schoder, S. y Krausz, M. (2005). PANSS syndromes and quality of life in schizophrenia. *Psychopathology*, 38, 320-326.
- Kaskow, J., Twamley, E., Mulchahey, E., Carroll, B., Sabai, M., Strakowski, S., Patterson, T. y Dilip, V.J. (2001). Health-related quality well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients. *Psychiatry Research*, 103, 69-78.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. y Opler, L.A. (1987). The positive and Negative Síndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13 (2), 261-276.
- Leal, C., Cervera, S., Giner, J., Ibáñez, E., Baca, E. y Bobes, J. (1997). Psicopatología y calidad de vida. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25 (2), 32-36.
- Liebe, M. y Kallert, T.W. (2001). Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes. *European Psychiatry*, 8, 93-104.
- Marwaha, S., Jonson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M., Matthias, C., Brugha, T., Azorín, J.M., Kilian, R., Kornfeld, A. y Tourni, M. (2008). Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 19, 87-94.
- Mínguez, L., González, E., Alonso, F., Sanguino, R.M. y García, Y. (2005). Efectos adversos de los anti-psicóticos y calidad de vida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33 (1), 1-6.
- Mohr, P. (2007). Quality of life in the long-term treatment and the role of second-generation antipsychotics. *Neuroendocrinology Letters*, 1, 117-33.
- Narváez, J., Twamley, E., McKibbin, Ch., Heaton, R. y Patterson, T. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 98, 2001-208.
- Nelson, G., Brent, G. y Walsh-Bowers, R. (1999). Predictors of the adaptation of people with psychiatric disabilities in Group homes, supportive apartments, and Board-and-Care Homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22 (4), 381-389.
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994). Subjective experiences in schizophrenia: A critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 35 (3), 198-204.
- Shaun, M. y Newhill, E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (5), 1225-1237
- Stüllwold, L. y Huber, G. (1986). *Schizophrenie Basisstörungen*. Berlin: Springer.
- Stüllwold, L. (1977). *Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen*. Berlin: Springer.
- Vargas, M.L., Jimeno-Bulnes, N. y Jimeno-Valdes, A. (1995). Los síntomas básicos como indicadores cognitivos de vulnerabilidad a la esquizofrenia. *Biological Psychiatry*, 2 (2), 63-70.
- Vila, F., Ochoa, S. y Haro, J. M., (2003). Psicopatología y funcionamiento social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que viven en la comunidad. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30 (6), 319-323.
- Yu-Tao, X., Yong-Zhen, W., Chi-Ming, L., Wai-Kwong, T. y Gabor, S. (2007). Impact of sociodemographic and clinical factors on subjective quality of life in schizophreniapatients in Beijing, China. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (10), 853-856.
- Yu-Tao, X., Yong-Zhen, W., Chi-Ming, L., Wai-Kwong, T. y Gabor, S. (2008). Subjective of quality of life in outpatients with schizophrenia in Hong Kong and Beijing: Relationship to socio-demographic and clinical factors. *Quality of Life Research Journal*, 17, 27-36.