

**ANÁLISIS DE LA VIVENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA, AUTOESTIMA, ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA**

**Analysis of quality of life experience, self-esteem, anxiety and depression in people with
schizophrenia**

Maria del Carmen Campo

Psicóloga (España)

(campomaika@gmail.com) (<https://orcid.org/0009-0004-7862-294X>)

Información del manuscrito:

Recibido/Received: 12/04/24

Revisado/Reviewed: 02/10/24

Aceptado/Accepted: 22/10/24

RESUMEN

Palabras clave:

Esquizofrenia, calidad de vida,
autoestima, ansiedad y depresión

Esta investigación analiza la percepción de las variables, Calidad de Vida, Autoestima, Ansiedad y Depresión en personas con esquizofrenia, utilizando como herramienta de medida diferentes test para su evaluación. Se dispone de una muestra de 70 participantes, de los que 19 personas pertenecen a usuarios de un Centro de Rehabilitación Psicosocial, y los 51 restantes a población normativa. Se trata de un estudio descriptivo transversal, donde los resultados obtenidos indican una marcada diferencia significativa en las subescalas de la Calidad de Vida correspondientes a Salud Física, Salud Psicológica y Relaciones Sociales. Se aprecia, así mismo, una distinción en las puntuaciones de Autoestima y Depresión, confirmándose con ello el cumplimiento de tres de las cuatro hipótesis de la que parte la investigación. No obstante, se señala la necesidad de ampliar la investigación con una población más extensa que permita la obtención de unos resultados más precisos. Las conclusiones y la discusión reflejan la necesidad de implementar intervenciones destinadas a la mejora de las dimensiones no psicóticas de la enfermedad, de cara al incremento del bienestar en la calidad de vida de este grupo poblacional.

ABSTRACT

Keywords:

Schizophrenia, quality of life, self-
esteem, anxiety and depression

This research analyzes the perception of the variables Quality of Life, Self-Esteem, Anxiety and Depression in people with schizophrenia, using different tests for their evaluation. There is a sample of 70 participants, 19 of whom belong to users of a Psychosocial Rehabilitation Center, and the remaining 51 to the normative population. This report is a cross-sectional descriptive study which obtained results indicate a marked significant difference in the subscales of Quality of Life corresponding to Physical Health, Psychological Health and Social Relationships. A distinction was also observed in the Self-Esteem and Depression scores, thus confirming the fulfillment of three of the four hypotheses on which the research was based. Nevertheless, the need to extend the research with a larger population to obtain more precise results is pointed out. The conclusions and discussion reflect the need to implement interventions aimed at improving the non-psychotic dimensions of the disease in order to increase the well-being and quality of life of this population group.

Introducción

La esquizofrenia se define como un trastorno psicótico severo, que presenta alteraciones importantes en los individuos que lo sufren. Dentro de los indicios que le definen, se encuentran los síntomas positivos, los síntomas negativos y las alteraciones cognitivas (Faden & Citrome, 2023). Según el DSM-5 (American Psychiatric Association 2014), los síntomas deben persistir durante un tiempo prolongado, generalmente de seis meses, con un mes de síntomas intensos.

Este trastorno suele iniciarse durante la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta (Keshavan et al., 2020), afectando a más de 21 millones de personas en todo el mundo (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021); con un riesgo permanente de por vida del 1% (Lam et al., 2019). Diferentes investigaciones advierten que la esquizofrenia es el resultado de la interacción gen/ambiente durante el neurodesarrollo en la infancia o en la adolescencia (Jaaro-Peled & Sawa, 2020). Entre sus factores de riesgo ambientales se pueden destacar: las complicaciones durante el embarazo y el parto, el aislamiento social, el trauma infantil, la urbanicidad y el abuso de sustancias entre otros, repercutiendo negativamente a lo largo del tiempo e influyendo en el desarrollo del trastorno del individuo (Stilo & Murray, 2019).

Estudios recientes avalan la existencia de la función de la neurotransmisión deficiente del glutamato, en la mediación y desarrollo de los síntomas cognitivos (dificultad en la atención, en la memoria de trabajo y en la función ejecutiva) y síntomas negativos (pérdida de motivación, de interés y de disfrute de las actividades diarias (Girdler et al., 2019). Este tipo de alteraciones psicológicas son las que se interpretan como predictores fundamentales de un posible tipo de necesidad y dependencia, llevando a una marcada pérdida de capacidad de autonomía, asociada a una necesidad constante de atención y apoyo, bien por parte del entorno familiar o por una tercera persona que sea quién se encargue de prestarle ayuda o cumplir con las Actividades de la Vida Diaria, tanto básicas como Instrumentales (de León et al., 2016).

Numerosas investigaciones evidencian un pronóstico negativo de la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, no obstante últimamente se observa el surgimiento de una nueva hipótesis positiva en relación a esta variable, donde se considera que este trastorno es heterogéneo, existiendo la posibilidad de encontrar algunos pacientes que cumplen con los criterios de la enfermedad y presenten una calidad de vida adecuada, a la par que autonomía, vínculos sociales e independencia tanto económica como organizativa; encontrándose en la actualidad a través de los estudios, que el óptimo tratamiento farmacológico y psicosocial puede mejorar en 1 de cada 7 personas, no solo la sintomatología propia de la enfermedad, sino el funcionamiento social y cognitivo de la misma, dando como resultado una mejoría en su calidad de vida (Silva & Restrepo, 2019).

La finalidad de esta investigación será comprobar si la percepción en los niveles de la calidad de vida, autoestima, ansiedad y depresión en las personas con esquizofrenia son equiparables a los niveles de estas mismas variables en la población normativa.

Calidad de vida

Se trata de un concepto complejo y múltiple, que se ha utilizado para el estudio de las áreas más relevantes de la vida de las personas, incluyendo el bienestar tanto físico como psicológico, la economía, las relaciones sociales, convicciones y la propia situación de la vida (Ramón-Arбуés et al., 2022). En este concepto se engloban varias dimensiones: el estado de salud física, el estado de salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente.

La valoración de esta variable en un paciente, describirá la huella que la enfermedad y el tratamiento estará teniendo sobre la percepción que la persona posee en relación a su felicidad (Schwartzmann, 2003).

La calidad de vida en las personas con esquizofrenia es inferior a la de la población normativa o a la de personas con otro tipo de enfermedades incurables (Lin et al., 2023).

Autoestima

La autoestima se considera una actitud interna, que se encuentra en la base del desarrollo de la personalidad y de la estabilidad psíquica, además de ser responsable de los procesos adaptativos de la vida de la persona (Dore, 2017). Diferentes estudios revelaron que las personas con autoestima baja, en comparación a aquellas que presentaban una autoestima elevada, exteriorizaban percepciones y conductas interpersonales inadecuadas, dificultando el desarrollo de la intimidad y percibiendo o provocando una menor capacidad de respuesta en los demás (Forest et al., 2023).

Según Pardede et al., (2020), el 24 % de las personas que sufren de esquizofrenia, puntuaron por debajo de la puntuación media en este constructo, además afirmaron que estos pacientes presentaron una puntuación notablemente más baja en comparación a otras enfermedades psiquiátricas.

Ansiedad

Según La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), la ansiedad es “la respuesta anticipatoria a una amenaza futura”, que hace que la persona que la padece permanezca en un continuo estado de vigilancia que desencadena en miedo y en una preocupación desmedida. La presencia y la magnitud de los síntomas de ansiedad, se relacionan con los rasgos clínicos más graves y con peores resultados en la esquizofrenia (Braga et al., 2013). Las personas con esquizofrenia presentan entre un 30% y un 62% trastornos de ansiedad comórbidos asociados a una mayor carga general (Howells et al., 2017).

Depresión

Este trastorno se caracteriza por un permanente estado de ánimo melancólico y una importante pérdida de interés en las tareas de la vida diaria, que antes resultaban motivadoras y placenteras para la persona, no encontrándose después con fuerzas para su realización; todo ello unido a pensamientos intrusivos relacionados con la muerte e indicios de malestar, tanto físicos como cognitivos provocando una disminución en la calidad de vida del sujeto (Marx et al., 2023).

Algunos autores han demostrado que los síntomas depresivos se hallan cuantitativa y cualitativamente entre las propiedades más significativas de la esquizofrenia (Ander Heiden et al., 2005).

Objetivos e hipótesis

El objetivo general será verificar si la percepción en la calidad de vida, autoestima, ansiedad y depresión de las personas con diagnóstico de Esquizofrenia, es equiparable a la del resto de la población normativa.

Las hipótesis principales del estudio serán:

- Las personas con diagnóstico de esquizofrenia, presentan una media significativamente menor en la “calidad de vida” que la población normativa.

- Las personas con esquizofrenia, puntuarán estadísticamente inferior en la variable de “autoestima”, en comparación a la población sin esta enfermedad mental.
- Las personas con la mencionada enfermedad, serán notablemente más propensas a padecer “depresión” que las personas sanas.
- La población con la enfermedad mental grave, presentará mayores índices de “ansiedad” que la población normativa.

El contraste de las hipótesis tratará de decidir la probabilidad de que el objetivo de la investigación sea cierto o falso.

Método

Participantes

Para este proyecto, la muestra seleccionada tiene un tamaño de 70 sujetos, de los que 19 corresponderán a personas con Trastorno Mental Grave, en este caso, Esquizofrenia (grupo clínico), usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Padre Menni y otras 51 personas, serán las seleccionadas como población normalizada (grupo normativo) con edades comprendidas entre los 18 años y los 65 años de edad. El método de reclutamiento fue discrecional, es decir, no se utilizaron herramientas probabilísticas. El único criterio de inclusión para la selección de los participantes fue, por una parte, personas diagnosticadas de esquizofrenia y por la otra, personas sin ningún tipo de enfermedad mental.

Instrumentos

Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

El cuestionario WHOQOL-BREF fue diseñado en 1994, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La versión traducida al español (Lucas, 1998), consta de 26 ítems, 2 de ellos integran preguntas generales sobre la percepción de la calidad de vida y la satisfacción con el estado de salud y 24 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, contempladas en un periodo de referencia de dos semanas. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 alternativas de respuesta (Espinoza et al., 2011). Para su correcto puntaje será necesario tener en cuenta, que no todos los ítems de las diferentes áreas se puntúan de forma directa, ya que, en la variable “salud física”, los ítems 3 y 4 serán invertidas sus puntuaciones. En cuanto a la variable “salud psicológica” el ítem inverso, corresponderá al número 26. En su corrección, cuanto mayor sea la puntuación en cada dimensión mayor será la calidad de vida percibida de la persona evaluada (OMS, 1994). Presenta una alta consistencia interna global de 0,89, establecida mediante el coeficiente Alpha de Cronbach; obteniéndose valores “ α ” superiores a 0,70 para todas las dimensiones de la escala (Cronbach & Shavelson, 2004).

Escala de Autoestima de Rosenberg.

Esta prueba de evaluación fue creada por Morris Rosenberg (1965) con su posterior adaptación al español, por los autores (Martín-Albo et al., 2007). El cuestionario se conforma de 10 ítems de los que 5, están enunciados de forma positiva y los otros 5, de forma negativa. Los primeros 5 ítems, se puntuarán de forma directa siendo los siguientes ítems puntuados inversamente. Todas las preguntas se evaluarán mediante una escala Likert de 4 opciones de respuesta (Balaguer Pich et al., 2018; Guijarro Orozco & Larzabal Fernández, 2021). El tiempo medio de aplicación se encuentra entre los 2 y los 5 minutos, enfocándose la aplicación de este instrumento, a

personas de la población con edad igual o superior a 11 años. En relación a la consistencia interna de la escala, se obtiene valores de 0,86 en el alfa de Cronbach, lo que fue un indicador claro de la alta fiabilidad que posee el test (Morejón et al., 2013; Schoeps et al., 2019).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Este instrumento fue elaborado por Spielberger et al., (1970), posteriormente adaptado al español por los autores Buela-Casal et al., (2011). Se trata de una prueba autoadministrable, de aplicación individual o colectiva para la evaluación de la ansiedad tanto en población adolescente a partir de los 16 años, como en población adulta. Se compone de dos escalas de 20 ítems cada una, con criterios independientes de la ansiedad: “ansiedad estado” y “ansiedad rasgo”.

La escala de “ansiedad estado”, medirá la ansiedad como condición transitoria, caracterizada por sentimientos subjetivos y conscientemente percibidos de tensión y apego entre otros (ej. exámenes, entrevistas laborales). En cuanto a la escala de “ansiedad rasgo”, este concepto explicaría la propensión ansiosa relativamente estable que tiene la persona y la tendencia a percibir la mayoría de las situaciones de la vida diaria como amenazantes, elevando de manera continuada su ansiedad estado (ej. en el trabajo, relaciones sociales) (Castillo Pimienta et al., 2016; Marteau & Bekker, 1992).

En la adaptación a la versión española del STAI, en el factor de “ansiedad estado” (A/E), se estima una consistencia interna de 0,94 así como para la subescala “ansiedad rasgo” (A/R) se sitúa en 0,90 reflejando así un índice elevado de fiabilidad (Riquelme & Casal, 2011). En relación a la totalidad del instrumento, el alfa de Cronbach en población normal es de 0,94, y de 0,98 en población clínica, reflejando igualmente una muy buena consistencia interna (Ortuno- Sierra, et al., 2016).

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Este instrumento fue desarrollado en su origen por Beck y sus colaboradores en 1961. Incluye 21 preguntas que evaluarán la sintomatología e intensidad, que presenta la persona en torno a la depresión (ej. tristeza, pensamientos de suicidio y otros), ordenadas por el nivel de gravedad, el sujeto elegirá la opción que mejor se acerque a su estado intermedio en la última semana, incorporando el día en el que se realizará la prueba. Teniendo en cuenta que si por diferentes causas, el sujeto se confunde en la elección y marca más de una casilla, se considerará válida la elección que refleje la mayor gravedad (Vazquez & Sanz, 1999).

El BDI emite un coeficiente alfa de Cronbach de 0,83 lo que indica una buena consistencia interna (Beck et al., 1988).

Procedimiento

El estudio consiste en la realización de una serie de pruebas psicométricas, para posteriormente llevar a cabo una comparativa de los resultados obtenidos durante la evaluación de dos grupos diferentes.

Antes del inicio del proceso de selección de los participantes del estudio, ha sido necesaria e imprescindible, la aprobación del Comité de Ética de investigación de la Universidad Europea del Atlántico. Por otra parte, ha sido igualmente necesario contar con el consentimiento de la dirección del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Padre Menni en realización a la elaboración de cuestionarios y la corrección de los mismos, siendo además imprescindible la generosidad y colaboración del tutor de prácticas (realizadas en ese centro durante 4 meses).

El “grupo normativo” está compuesto por 51 participantes pertenecientes a la población general, mientras que el “grupo clínico” está conformado por 19 personas con enfermedad

mental grave, que tienen como diagnóstico principal esquizofrenia.

El proyecto de investigación se inicia con la entrega de la hoja de información a los participantes seleccionados sobre el estudio a realizar. Se les indica que no es necesario que contesten en el momento, rogándoles que lean el escrito con atención, pudiéndoselo llevar a casa para su consulta si fuese necesario, con sus familiares y/o amigos.

Una vez aceptada la participación, se inicia el proceso de investigación, con la explicación oportuna a cada uno de las personas (grupo clínico/normativo), sobre el proyecto, que será voluntario. Agradeciendo su participación, se les indica que se trata de la medición de una serie de variables, para lo que será imprescindible la realización de cuatro cuestionarios: Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF), Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Se realiza la recogida de los datos sociodemográficos por medio del "Consentimiento Informado", documento diseñado con la finalidad de invitar a cada una de las personas seleccionadas, a participar del trabajo de investigación, ofreciendo toda la información que se precise y aclarando todas las dudas que pudieran presentarse antes de su realización; tomando la decisión de colaborar de manera voluntaria en el estudio, que igualmente podrán revocar, si por circunstancia varias, no desearan seguir participando del mismo, firmando dicho documento al final de su lectura y quedando guardado bajo la responsabilidad del investigador. Se les explica la importancia del compromiso ético de todo psicólogo, en relación a la confidencialidad de los datos personales de cada una de las personas que participarán en el estudio. Se les indica que los cuestionarios a realizar son totalmente anónimos, puntualizando la aclaración en uno de ellos, ya que "el inventario de Beck" presenta datos en la parte superior del cuestionario que deberán ser obviados, es decir, no rellenando los mismos, respetando el anonimato y evitando las posibles dudas respecto a la confidencialidad que pudieran plantearse de no revisar este punto, comprobándose en cada entrega y borrando los mismos, si por error se hubiesen escrito, delante del participante para su completa tranquilidad; siendo ellos mismos los que los integren de manera aleatoria, en un archivador expreso para tal fin.

Posteriormente se procede a la corrección de los cuestionarios con los baremos proporcionados por los creadores de los mismos. A continuación, los datos son añadidos a una hoja de cálculo de Excel, con la finalidad de crear las variables que serán utilizadas en los análisis estadísticos. Los datos se exportan seguidamente al programa estadístico, donde se realizan los análisis pertinentes y posteriormente se procede a la redacción de la discusión y las conclusiones del presente estudio.

Análisis estadístico

Se trata de un estudio descriptivo transversal cuyos datos estadísticos se analizan con el programa SPSS. El análisis estadístico se basa en la interpretación de la diferencia de medias en las variables de estudio, por medio de la prueba T-student, mediante la cual se obtiene el valor de la significación estadística y el tamaño del efecto "D de Cohen".

Resultados

En la muestra total, los porcentajes de las variables sociodemográficas se presentan a continuación: en relación al "sexo", la muestra se divide en: grupo de "mujeres" (65,70%), siendo el grupo de "hombres" (34,30%). Con respecto a la "edad", la muestra se divide en tres franjas de edad: de "18 años a 30 años" (10,00%), de "31 años a 45 años" (24,30%) y de "46 años a 65 años (65,70%). En cuanto al "nivel de estudios" la muestra

se ha dividido en: “estudios primarios” (17,10%), “estudios de nivel medio” (60,00%) y “estudios universitarios” (22,85 %). En relación al “estado civil”, la muestra se divide en: vivir “en pareja” (17,14%), estar “casado/a” (32,85%), estar “separado/a” (14,28%), estar “soltero” (34,28%) y ser “viudo/a” (1,42%).

Se pueden observar en la tabla que se presenta a continuación, los datos sociodemográficos de la muestra (Véase Tabla 1).

Tabla 1

Datos sociodemográficos

| | | Clínico (N=19) | Normativo (N=51) |
|--------------|----------------|----------------|------------------|
| Sexo | Hombres | 8 | 16 |
| | Mujeres | 11 | 35 |
| Edad | 18-30 años | 0 | 7 |
| | 34-45 años | 4 | 13 |
| | 45-65 años | 15 | 31 |
| Estudios | Básicos | 6 | 6 |
| | Medios | 11 | 31 |
| | Universitarios | 2 | 14 |
| Estado civil | En pareja | 2 | 10 |
| | Casado/a | 0 | 23 |
| | Separado/a | 4 | 6 |
| | Soltero/a | 13 | 11 |
| | Viudo/a | 0 | 1 |

En base a lo anteriormente expuesto, los dos grupos fueron equivalentes en cuanto a la proporción de sexos, $\chi^2(1) = 0,71, p = 0,40$, en cuanto al grupo de edad, $\chi^2(2) = 3,42, p = 0,181$, y en cuanto al nivel de estudios, $\chi^2(2) = 4,92, p = 0,085$. En la variable estado civil sí hubo diferencias entre los grupos, $\chi^2(4) = 19,31, p = 0,001$, de manera que en el grupo clínico hubo significativamente más personas solteras, y en el grupo normativo, más personas casadas y en parejas. Por tanto, esta variable se introduce en el análisis como covariante.

Análisis estadísticos: MANCOVA

En este estudio se utiliza este análisis con la finalidad de conocer si existen diferencias significativas entre las medias de la variable independiente (personas con o sin esquizofrenia), y de la covariante (estado civil).

Se encontró un efecto multivariado significativo en función de la variable grupo, $F(8, 59) = 6,12, p < 0,001$. El estado civil no tuvo un efecto significativo, $F(8, 59) = 1,08, p = 0,390$. Los datos univariados se presentan en la tabla inferior (véase Tabla 1).

Tabla 2

Comparación de medias de grupos (clínico y normativo)

| Grupo | | Grupo | | F | η^2 |
|------------------|--------------------|------------------|--------------------|---|----------|
| Clínico (n = 19) | Normativo (n = 51) | Clínico (n = 19) | Normativo (n = 51) | | |
| M | SD | M | SD | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------|----------|------|
| Cal. Vida - Física | 22,06 | 4,385 | 27,80 | 3,335 | 32,16*** | 0,33 |
| Cal. Vida - Psicológica | 18,83 | 3,808 | 22,57 | 2,722 | 15,01*** | 0,19 |
| Cal. Vida - Rel. Soc. | 9,22 | 1,865 | 11,37 | 2,400 | 6,31*** | 0,09 |
| Cal. Vida - Ambiente | 28,17 | 4,817 | 29,39 | 4,792 | 0,70 | 0,01 |
| Autoestima | 30,67 | 4,790 | 34,55 | 5,522 | 6,83* | 0,09 |
| Depresión | 9,33 | 8,218 | 5,02 | 5,526 | 4,89* | 0,07 |
| Ans. Estado | 17,72 | 11,686 | 16,61 | 8,836 | 0,04 | 0,00 |
| Ans. Rasgo | 22,11 | 12,014 | 16,63 | 9,537 | 2,90 | 0,04 |

Nota.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Se ha observado que la medición de la depresión presenta una diferencia significativa al comparar ambos grupos. Sucede lo mismo con la comparación sobre la variable de “autoestima”, donde el grupo normativo presenta una mayor media estadística con relación al grupo clínico.

En relación a las variables que presentan una mayor significación, se encuentran tres subescalas dentro del constructo de “calidad de vida”. Se observa en los resultados, que en los ítems que integran la “calidad de vida física”, presentan una diferencia de medias, notablemente significativa, debido a que el grupo normativo muestra una puntuación superior en relación a esta variable. Si se contempla la “calidad de vida psicológica”, se puede apreciar otra diferencia de medias significativa, repitiéndose el patrón anterior: el grupo sin enfermedad obtiene valores superiores en relación al grupo clínico. Para concluir, la última diferencia significativa que se encuentra en la investigación se advierte, al estudiar la “calidad de vida en las relaciones sociales”, observando nuevamente una media superior en el grupo normativo.

Discusión y conclusiones

El presente estudio corrobora las investigaciones anteriores, las cuales afirman que las personas con esquizofrenia presentan una inferior puntuación en las mediciones de calidad de vida en relación a la población normativa, según los respectivos instrumentos utilizados (Lin et al., 2023), con puntuaciones inferiores en la variable “autoestima” (Pardede et al., 2020), con mayores puntajes tanto en la “ansiedad estado/rasgo” a nivel general (Kaneda et al., 2003), destacando el poder negativo de la confluencia de los síntomas de depresión/ esquizofrenia generando así una disminución de la funcionalidad global de estas personas (Conley et al., 2007). Por otra parte, se han encontrado evidencias contrarias, en relación a la calidad de vida de algunas personas con diagnóstico de esquizofrenia que afirman que, la combinación de dos tratamientos adecuados (farmacológico y psicosocial), proporciona en estos pacientes una mejora en los síntomas de la enfermedad, en el funcionamiento cognitivo y social y en definitiva en su calidad vida (Silva & Restrepo, 2019).

En los resultados obtenidos, se tienen en cuenta las desigualdades notables que aparecen entre los dos grupos de estudio (clínico y normativo). En relación a los datos sociodemográficos, se observa una diferencia significativa en el grupo clínico (esquizofrenia), en la variable “estado civil” (covariante). Se sabe que el matrimonio es

una institución comunitaria que precisa de habilidades sociales para desarrollar una buena comunicación en la pareja. La esquizofrenia puede disminuir esas competencias y dificultar en estas personas la capacidad de relacionarse convenientemente; esto está relacionado con un bajo índice de matrimonios, principalmente en los hombres (Thara & Srinivasan, 1997). Igualmente, los pacientes con enfermedades mentales graves suelen presentar de manera frecuente disfunción sexual, como consecuencia de la propia enfermedad o bien producida por los efectos adversos de la medicación de la misma, lo que limita la probabilidad de establecer relaciones interpersonales y sexuales (Fanta et al., 2018). Con respecto a las variables principales de esta investigación, “calidad de vida, autoestima, ansiedad y depresión”, los resultados se explican a continuación de forma más detallada.

Al centrarnos en la variable “calidad de vida” y dividirla en las subescalas que presenta el cuestionario WHOQOL-BREF, se observó una diferencia significativa en la “salud física” de la población clínica, pudiéndose explicarse por varios factores: el primero de ellos, puede indicar una falta de conciencia de enfermedad o reconocimiento de la misma entendiéndose que, como las funciones cognitivas en estos pacientes se encuentran alteradas, esto dificulta la adherencia a los tratamientos, llevando a una peor evolución de la enfermedad y desembocando en mayores recaídas y en un inferior pronóstico (Sotelo et al., 2021), siendo la falta de información empírica la que lleva a estas personas a tener percepciones objetivamente erróneas sobre esta variable. La siguiente cuestión que se tiene en cuenta son las constantes somatizaciones que manifiestan estos pacientes en su día a día, creyendo que las mismas, les suceden por estar físicamente enfermos. Por un lado, esta angustia psicótica que manifiestan estos pacientes, es la responsable de todos esos síntomas físicos difíciles de explicar, entre los que se encuentran, la boca seca (52%), los problemas gastrointestinales (31%) y las dolencias esqueleto-musculares (30%), llevando a una prevalencia del 24 % total, en esta población clínica (Calvo et al., 2003). Por otro lado, la necesidad de mantener unos seguimientos constantes en torno a la enfermedad (ámbito ambulatorio/hospitalario), debido a las posibles recaídas e ingresos que se presentan de manera imprevisible, incrementando un peligro añadido en la descompensación que produce esta enfermedad en estas personas (Ayala Coronado, 2022), motivo que puede influir de igual manera, en la percepción que manifiestan en sus puntuaciones sobre la salud física.

En cuanto a la variable “salud psicológica”, también se muestra una diferencia significativa y se observa una menor puntuación de la media en el grupo clínico. Se tiene en cuenta la situación actual de las personas con esquizofrenia que participan en este estudio, ya que estos asisten de manera regular a un centro de rehabilitación psicosocial, donde los profesionales colaboran en las diferentes áreas de mejora o en el manejo de sus debilidades, ayudando de igual manera en la potenciación de sus fortalezas en su propio entorno (Florit-Robles, 2006), por lo que parece lógico pensar que su bienestar psicológico se encuentra más afectado en este grupo clínico, más concretamente, con todo lo relacionado a los síntomas negativos de la enfermedad, que influyen y afectan directamente en la salud psicológica de estos pacientes (Amador et al., 2019), por lo que es posible que esto sea el reflejo de las puntuaciones obtenidas en el estudio de esta variable.

Valorando las diferencias significativas en las “relaciones sociales”, no es sorprendente que estas puntuaciones sean igualmente inferiores en los sujetos clínicos, como confirman las numerosas investigaciones revisadas para este trabajo en torno a esta variable. En líneas generales, las personas que sufren de esquizofrenia suelen tener un desarrollo infanto-juvenil marcado por dificultades importantes, que se consideran

predisponentes para la futura adquisición de la esquizofrenia, como por ejemplo, el consumo de drogas en su etapa de desarrollo, afectando a las relaciones personales y sociales (Stylo & Murray, 2019), o el abuso del alcohol, que aun no sabiendo a ciencia cierta, si los síntomas de la enfermedad han favorecido dicho consumo, o si por el contrario han sido los efectos del mismo, los que han desencadenado en la esquizofrenia; lo que es cierto, es que el abuso del alcohol se correlaciona positivamente con el mal funcionamiento en la interacción social de la vida diaria de estas personas (Villamil Salcedo et al., 2005), dando como resultado una percepción negativa en sus relaciones sociales y en su calidad de vida.

A continuación, se observa en la variable “autoestima”, que las personas con esquizofrenia presentan una media en las puntuaciones significativamente menor que en la del grupo normativo, al igual que en numerosos análisis de investigación sobre esta variable, donde no se encuentran puntuaciones altas en sus resultados, que avalen una buena autoestima en estos pacientes (Aragao & Silva, 2020). Es importante resaltar la influencia del estigma social, este incluye un conjunto de sentimientos, conductas, creencias y actitudes que determinan de alguna manera esos prejuicios y consecuencias negativas de discriminación hacia estas personas (Chang Paredes et al., 2018), de otra forma, la visión subjetiva que tienen estos pacientes sobre cómo les ven los demás en su comunidad y principalmente cómo les ve su familia y sus amigos con respecto a la enfermedad que padecen, influye considerablemente en la autoestima de forma negativa si lo perciben como desfavorable (autoestigma), dificultando en muchas ocasiones, la adecuada rehabilitación que se les proporciona en los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) a estos pacientes (Ochoa et al., 2011).

De otro modo en la variable “depresión”, se observa que los sujetos del grupo clínico, puntúan más alto en esta variable que en la población normativa, no resultando extraño, ya que las personas que sufren de este trastorno, manifiestan en su día a día una sintomatología difícil de soportar como el estado de ánimo afligido con la pérdida de interés por cualquier actividad y esa falta de energía que se acompaña de pensamientos negativos y rumiativos sobre diferentes preocupaciones (Marx et al., 2023), síntomas que se mantienen presentes en la esquizofrenia, como característica principal de esta enfermedad (Ander Heiden et al., 2005) por lo que resulta lógico entender, que se cumpla la hipótesis inicialmente planteada en este estudio.

Todo lo anteriormente mencionado, confirma algunas de las hipótesis propuestas en esta investigación. Sin embargo, se ha encontrado igualmente y con sorpresa, que algunas de las variables analizadas en este estudio, no han presentado diferencias significativas en sus resultados, por lo que pasamos a intentar buscar la relación o limitaciones en las mismas.

En relación a la “calidad de vida”, cabe destacar que la subescala “ambiente” no muestra diferencias significativas en esta variable. Las preguntas del cuestionario, parecen estar más indicadas a personas que presentan discapacidad, donde las barreras arquitectónicas de la ciudad, el acceso al transporte, las condiciones en la vivienda, actividades de disfrute..., (cuestiones de esta variable), van dirigidas a la seguridad y satisfacción de la persona dentro del contexto en el que vive, pudiendo presentar diferentes problemas de movilidad y autonomía entre otros, siendo más relevantes sus respuestas en relación a la percepción que tienen de su calidad de vida en esta variable. Por el contrario, los usuarios de la muestra de este estudio (población clínica), son personas que asisten regularmente al Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y participan en diferentes actividades tanto de disfrute como formativas. Sus relaciones sociales son adecuadas (amigos, compañeros, pareja...) y reforzadas desde el centro, con

autonomía en los desplazamientos, por lo que es menos probable que se viesen influidos negativamente en la percepción de esta variable, no mostrando diferencias significativas en la misma, en comparación a la población normativa.

En relación a la variable “ansiedad”, y la hipótesis formulada “La población con enfermedad mental, presentarán mayores índices de ansiedad que la población normativa”, esta hipótesis planteada inicialmente en este estudio, no se confirma, es decir, no se encuentran diferencias significativas en la población clínica. Las posibles causas de las diferencias presentadas entre los resultados de este estudio y los encontrados en la literatura revisada para esta investigación, pueden deberse a la limitación en la muestra clínica, pudiendo ser insuficiente (19 personas) para su evaluación, ya que, en los estudios revisados en relación a esta variable, las muestras que se presentan en los mismos son muy superiores, pudiendo ser más precisos en sus resultados.

Otra de las limitaciones encontradas, ha sido el no haber contemplado otras variables igualmente importantes, como son: el “estigma social” y el “autoestigma”, variables que se encuentran muy presentes en las personas que sufren de esquizofrenia y que afectan de forma negativa e intensa a su calidad de vida, dando mayor luz al estudio y proporcionando información relevante, para posibles tratamientos y/o intervenciones psicosociales futuras.

Al mismo tiempo, para conseguir que estas personas tengan una calidad de vida similar a las de la población general, será necesario ayudar, trabajando en la eliminación de las barreras inadecuadas que les produce la medicación y colaborando en las necesidades indispensables para sobrevivir (del Cura Bilbao & Sandín Vázquez, 2021).

Conclusiones

Si bien es cierto que incrementar las variables de estudio como las expuestas, enriquece los resultados y ayuda en la ampliación de los datos y conocimientos sobre la enfermedad y consecuencias de la misma, no es menos cierto que el intenso esfuerzo que les supone a estos usuarios, la participación activa en la investigación con la cumplimentación de los cuestionarios, añadiendo la lectura, comprensión de las instrucciones y la atención plena en los mismos, muchas veces difícil de conseguir. Por simple que parezca y no generalizando en ningún caso, hay que destacar que hay personas que les cuesta mucho esfuerzo concentrarse, que se sienten evaluados, con el añadido del cansancio que les produce y la incertidumbre que les genera en torno al estudio de investigación y resultados, incluso la continuidad en su participación, como ha sido el caso de varios usuarios que, una vez iniciada su colaboración, decidieron declinar su participación. Esto puede dar la clave del miedo que les genera la posibilidad de creer que les están evaluando, siendo percibido de forma negativa.

Las limitaciones principales de este estudio han sido el tamaño reducido de la población clínica y el número de variables analizado en la misma.

Por todo esto, es muy necesario concienciar a la sociedad en general sobre la necesidad de cambio en esa imagen negativa que se tiene sobre la enfermedad mental grave, y en particular sobre la esquizofrenia.

Referencias

Amador, A. G. L., Saavedra, D.R., Garfia, C.X.D., & Chávez, J.J. (2019). Trastorno psiquiátrico-

- esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11), 34-39.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5a ed.).
- An der Heiden W, Konnecke R, Maurer K, Ropeter D, Hafner H. (2005). Depression in the long-term course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*. 255:174-84.
- Aragao, G., & da Silva, D.A. (2020). Avaliação da autoestima em pessoas com esquizofrenia. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 9 (8), e821986449-e821986449.
- Ayala Coronado, R. (2022). Hospitalizaciones y recaídas durante cuatro años de seguimiento mediante telemedicina en pacientes con esquizofrenia de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.
- Balaguer Pich, N., Sánchez-Gómez, M., & Díaz-García, A. (2018). *Relación entre la regulación emocional y la autoestima*. [Archivo PDF]
- Beck A. T., Steer R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 771-100.
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, (4)561-571.
- Braga, R. J., Reynolds, G. P. & Siris, S.G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Research in Psychiatry*, 210 (1), 1-7.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos Cubero, N. (2011). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo: Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Calvo, J., Retuerto, M. P., Zotes, A. G., Valero, J., Puigdevall, M., Pifarre, J., & Labad, A. (2003). Somatizations and long-standing schizophrenia: Are they related? *Revista de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(5), 269-275
- Castillo Pimienta, C., Chacón de la Cruz, T., & Díaz-Véliz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en educación médica*, 5(20), 230-237.
- Chang Paredes, N., Ribot Reyes, V. de la C., & Pérez Fernández, V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17 (5), 705-719.
- Conley, R., Aschersvanum, H., Zhu, B., Faries, D., & Kinon, B. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90 (1-3), 186-197
- Cronbach, J., & Shavelson, R. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 391-418.
- de León, N., Bagnato, M.J., Luzardo, M. (2016). Proceso de cronificación en el campo de salud mental: índice de cronicidad, concepto y medición. *Revista Uruguaya de Enfermería* 11(1).
- del Cura Bilbao, A., & Sandín Vázquez, M. (2021). Activos para la salud y calidad de vida en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. *Gaceta sanitaria*, 35 (5), 473-479.

- Doré, C. (2017). L'estime de soi: analyse de concept. *Recherches en soins infirmiers*, (2), 18-26.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139 (5), 579-586.
- Faden, J., & Citrome, L. (2023). Schizophrenia: one name, many different manifestations. *The Medical Clinics of North America*, 107(1), 61-72.
- Fanta, T., Haile, K., Abebaw, D., Assefa, D. and Hibde, G. (2018). Assessment of sexual dysfunction and associated factors among patients with schizophrenia in Ethiopia, 2017. *BMC Psychiatry*, 18 (1).
- Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 223-244.
- Forest, A. L., Sigler, K. N., Bain, K. S., O'Brien, E. R., & Wood, J. V. (2023). Impacts of self-esteem on intimacy construction: pathways through self-disclosure and responsiveness. *Current opinion in psychology*, 52 (101596), 101596.
- Girdler, S. J., Confino, J. E., & Woesner, M. E. (2019). El ejercicio como tratamiento para la esquizofrenia: una revisión. *Boletín de Psicofarmacología*, 49(1), 56.
- Guijarro Orozco, C. A., & Larzabal Fernández, A. (2021). Autoestima y factores de bullying en estudiantes de bachillerato de la provincia de Chimborazo. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 49-58.
- Howells, F. M., Kingdon, D. G., & Baldwin, D. S. (2017). Current and potential pharmacological and psychosocial interventions for anxiety symptoms and disorders in patients with schizophrenia: a structured review. *Human Psychopharmacology*, 32 (5).
- Jaaro-Peled, H., & Sawa, A. (2020). Neurodevelopmental factors in schizophrenia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 43 (2), 263-274.
- Kaneda, Y., Nagamine, I., & Fujii, A. (2003). Ansiedad-Estado en la Esquizofrenia. *La Revista Europea de Psiquiatría*, 17 (2), 101-107
- Keshavan, M. S., Collin, G., Guimond, S., Kelly, S., Prasad, K.M., & Lizano, P. (2020). Neuroimaging in schizophrenia. *Neuroimaging Clinics of North America*, 30 (1), 73-83.
- Krynicky, C. R., Uptegrove, R., Deakin, J. F. W., & Barnes, T. R. E. (2018). The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137 (5), 380-390.
- Lam, M., Chen, C. Y., Li, Z., Martin, A. R., Bryois, J., Ma, X., ..., & Huang, H. (2019). Comparative genetic architectures of schizophrenia in East Asian and European populations. *Nature genetics*, 51(12), 1670-1678.
- Lin, C., Wan, X., Zhang, R., Yang, X., & Liu, Y. (2023). Quality of life and its influencing factors in patients with schizophrenia. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao. Yi Xue Ban [Journal of Central South University Medical Sciences]*, 48 (3).
- Lucas, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Madrid: Ediciones Ergon.

- Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State—Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 301-306.
- Martín-Albo, J.L.; Núñez, J.L.; Navarro, J.G.; & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.
- Marx, W., Penninx, B. W.J.H., Solmi, M., Furukawa, T. A., Firth, J., Carvalho, A. F., & Berk, M. (2023). Major depressive disorder. *Nature reviews. Disease Primers*, 9 (1), 44.
- Morejón, A. J. V., Jiménez, R. V. M., & Zanin, G. B. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de psicología*, 31(1), 37-43.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, JM (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (3), 477–489
- Ortuno-Sierra, J., Garcia-Velasco, L., Inchausti, F., Debbane, M., & Fonseca-Pedrero, E. (2016). New approaches on the study of the psychometric properties of the STAI. *Actas españolas de psiquiatría*, 44(3), 83-92.
- Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2020). The Symptoms of Low Self Esteem Decline after Being Given Acceptance and Commitment Therapy. *Adv Practice Nurs* 5 170.
- Ramón-Arbués, E., Echániz-Serrano, E., Martínez-Abadía, B., Antón-Solanas, I., Cobos-Rincón, A., Santolalla-Arnedo, I., Juárez-Vela, R., & Adam Jerue, B. (2022). Predictors of university students' quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12043.
- Riquelme, A. G., & Casal, G. B. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press: New Jersey.
- Silva, M., & Restrepo, D. (2019). Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 48 (4), 252-260.
- Schoeps, K., Chulia, A. T., Barrón, R. G., & Castilla, I. M. (2019). Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 51-56.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería (Impresa)*, 9 (2), 09–21.
- Sotelo, D., Grasso, V., & Meloni, G. (2021). Características del insight en la esquizofrenia. Una revisión bibliográfica. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 32(151, ene.-mar.), 71-78.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Stai. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting

Psychologist, 22, 1-24.

- Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2019). Non-genetic factors in schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 21(10).
- Subdirección General de Información Sanitaria (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. *BDCAP Series 2*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Thara, R. and Srinivasan, TN (1997). Marriage outcome in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32 (7), 416-420.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinical and*
- Villamil Salcedo, V., Valencia Collazos, M., Díaz Martínez, L. R., Medina-Mora Icaza, M. E., & Juárez, F. (2005). Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol. *Salud mental*, 28(4), 40-48.
- World Health Organization. (1994). Quality of life Assessment. An annotated bibliography. Geneva: WHO(MNH/PSF/94.1) [<https://iris.who.int/handle/10665/61629>]