

# Relación entre Síntomas Psicóticos, Estados Emocionales Negativos y Años de Evolución en Personas con Esquizofrenia

## The Relationship Between Psychotic Symptoms, Negative Emotions and Course of the Illness in Schizophrenia

Daniel Navarro Bayón y Olga Carrasco Ramírez  
Fundación FISLEM

**Resumen.** Existe evidencia que demuestra que la depresión, la ansiedad y la autoestima influyen en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicóticos positivos. Sin embargo, no está claro cómo se produce esta relación, en especial en pacientes con psicosis crónicas. *Metodología:* Veinte pacientes diagnosticados de esquizofrenia de curso crónico, con alucinaciones y delirios persistentes fueron evaluados en síntomas psicóticos (SAPS), ansiedad (STAI), depresión (BDI) y autoestima (EAR). El estudio examina la relación entre las emociones negativas con los síntomas psicóticos positivos, así como la relación entre los síntomas con los años de evolución del trastorno. *Resultados:* Los análisis revelan asociaciones entre la ansiedad, la depresión y los síntomas psicóticos. Éstas reflejan una disminución de la intensidad de los síntomas psicóticos con el curso del trastorno. *Conclusiones:* Las relaciones entre las emociones negativas y los síntomas psicóticos se establecen mediante una pauta compleja de asociaciones, que pueden estar influidas por la variable temporal.

*Palabras clave:* síntomas psicóticos, depresión, ansiedad, años de evolución.

**Abstract.** There is evidence that depression, anxiety and self-esteem are related to the development and maintenance of positive symptoms of psychosis. However, the role of emotion in psychosis is unclear, especially in chronic patients. *Method:* Twenty patients with a diagnosis of schizophrenia, large illness duration, and persistent delusions and auditory hallucinations were assessed for psychosis (SAPS), depression (BDI), anxiety (STAI) and self-esteem (RSQ). This study examines the relationship between levels of depression, anxiety and self-esteem and psychotic symptoms, and the role of the course of the illness in relation to symptoms. *Results:* The correlation analysis replicates previous observations that there are associations between anxiety, depression and delusions. The relationship between psychotic symptoms and illness duration tends to decrease over the course of the illness. *Conclusions:* The relationship between negative emotions and psychotic symptoms acts through a complex pattern of associations which appears to be influenced by the course of the illness.

*Key words:* psychotic symptoms, depression, anxiety, course of the illness.

---

La correspondencia sobre este artículo dirigirla al primer autor a FISLEM. Área de Programas de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de FISLEM. Plaza de Zocodover, 7, 1.º, 45001 Toledo. E-mail: [dnavarro@jccm.es](mailto:dnavarro@jccm.es)

## Introducción

La investigación reciente ha demostrado que los síntomas positivos de la psicosis interactúan con las alteraciones psicológicas emocionales (Kuipers et al., 2006). Existen numerosas evidencias de que aspectos como la ansiedad, la depresión y la autoestima juegan un papel central en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicóticos (Smith et al., 2006). Los principales hallazgos en esta área corresponden a los modelos cognitivos de la psicosis que han encontrado interacciones con las distorsiones cognitivas, los estilos atribucionales sobre uno mismo y los demás, los esquemas disfuncionales y fallos en la percepción y procesamiento de las propias emociones (Garety et al., 2001). Las consecuencias de esta interacción pueden ser una retroalimentación entre la severidad del malestar emocional y el mantenimiento y gravedad de los síntomas psicóticos, una baja tolerancia al estrés y un pobre ajuste social.

Sin embargo todavía no está claro cómo se produce la relación entre las emociones disfuncionales y la psicosis y en especial en pacientes con psicosis crónicas, como la esquizofrenia, que pueden permanecer largas temporadas (años) con síntomas positivos (alucinaciones y delirios) persistentes.

Algunos hallazgos han encontrado relaciones particulares entre las emociones de disforia y dimensiones específicas de los síntomas psicóticos. Así, se han encontrado relaciones entre la ansiedad y los síntomas positivos (Guillen et al., 2005), la depresión y los síntomas negativos (Norman et al., 1997), la autoestima y el tipo de creencias delirantes experimentadas (Smith et al., 2006).

Haciendo asociaciones más específicas entre las dimensiones de la psicosis y de las emociones se podrían encontrar relaciones más explicativas o significativas. Por ejemplo introduciendo distinciones entre el tipo y cualidad de la emoción y analizando su asociación con el tipo de síntomas psicóticos y sus dimensiones (gravedad, convicción, estrés o interferencia).

Otro procedimiento que podría arrojar explicaciones más detalladas a este tipo de relaciones es el control de las variables epidemiológicas. Variables como la edad y el tiempo del trastorno podrían afectar a la relación entre los síntomas de la psicosis y los síntomas emocionales. Algunos resultados han encontra-

do evidencia en esta línea (Form, 2000). En concreto, en personas que experimentan psicosis crónicas, como esquizofrenia, se ha encontrado que con el curso del tiempo los síntomas psicóticos y la ansiedad tienden a disminuir y a cambiar la asociación que se establece entre ellos (Guillem et al., 2005).

En el presente estudio investigamos las correlaciones entre la depresión, la ansiedad estado y rasgo y la autoestima, con los síntomas psicóticos persistentes de pacientes diagnosticados de esquizofrenia de curso crónico. Las dimensiones de los síntomas psicóticos positivos se ajustan al modelo bidimensional de Andreasen (1984) y a la definición multidimensional de las alucinaciones y los delirios de Haddock (1999). También se analiza el efecto de la cronicidad en las asociaciones, analizando el tipo de correlaciones entre los síntomas y los años de evolución del trastorno.

## Metodología

### Sujetos

Veinte pacientes de entre 18 y 65 años, diagnosticados de esquizofrenia participaron en el estudio. Los pacientes estaban recibiendo tratamiento ambulatorio farmacológico y programas de rehabilitación psicosocial. Los criterios generales para participar en el estudio fueron los siguientes: haber pasado un mínimo de 6 meses del último ingreso psiquiátrico, diagnóstico de psicosis (esquizofrenia), no tener diagnóstico de T. Bipolar y afectivo ni de ansiedad, no presentar patologías neurológicas cerebrales, como daño cerebral, evolución crónica (> de 10 años de evolución del trastorno), puntuar como mínimo 3 ó más en al menos un síntoma psicótico positivo de la SAPS en las escalas de delirios o alucinaciones.

En la tabla 1 se describen las características de la muestra.

### Medidas

- Registro de datos clínicos y sociodemográficos. Recoge las características descriptivas de cada paciente.
- Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Cuestionario de 21 ítems que evalúa la depresión.

- Inventario de evaluación de la ansiedad estado – rasgo (STAI E/R; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Distingue entre la ansiedad estado y rasgo. La ansiedad estado se refiere a una emoción transitoria caracterizada por sentimientos de tensión, nerviosismo y preocupación. La ansiedad rasgo se refiere a una tendencia estable a responder con una elevación en el nivel general de ansiedad.
- Escala de autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965). Escala de 10 ítems que evalúa la autoestima como una percepción de autovalía personal.
- Escala de valoración de los síntomas positivos (SAPS; Andreasen, 1984). Instrumento de 35 ítems que valoran en una escala (0 a 5) la gravedad de los síntomas psicóticos positivos. Evalúa las alucinaciones, delirios, comportamiento extravagante y alteraciones formales del pensamiento.
- Escalas de valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS; Haddock et al., 1999). Es una escala de 15 ítems de 5 puntos (0 a 5). Se trata de una medida multidimensional de las alucinaciones (9 ítems) y los delirios (6 ítems). Evalúa las experiencias psicóticas durante la última semana.

### **Análisis de datos**

Los análisis se hicieron usando el paquete SPSS 12.0. Se hicieron correlaciones de Pearson Bivariadas entre los síntomas psicóticos y la autoestima, depresión y ansiedad; así como entre síntomas psicóticos y emocionales y la edad y los años de evolución. Se hicieron correlaciones de Spearman Bivariadas entre las dimensiones de las alucinaciones y los delirios con las emociones negativas y con la edad y los años de evolución.

### **Resultados**

#### **a) Descripción de la muestra**

Como se ve en la tabla 1, el 75% de la muestra

eran hombres y el 25% mujeres, con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, una media de edad de 39,2 años, con evolución crónica del trastorno (media de años de evolución=19). El 95% había tenido algún ingreso en el hospital como consecuencia de los síntomas psicóticos. El 35% había tenido al menos 1 ingreso por ese motivo durante los dos años anteriores. El 75% tiene alucinaciones y el 70% delirios. El 55% presentaba alucinaciones auditivas, el 35% delirios referenciales, el 25% delirios persecutorios, el 20% delirios de lectura del pensamiento, el 25% delirios de control y difusión del pensamiento y el 10% delirios de grandeza. La ansiedad estado se situaba en un nivel medio (centil 51), la ansiedad rasgo estaba por encima de la media (centil 70), la depresión en la muestra se situaba en moderada (media BDI=16) y la autoestima se situaba por debajo de los valores medios (media=24,3; centil=40).

Tabla 1. Datos demográficos y clínicos de la muestra

Sexo	
– Hombre	15 (75%)
– Mujer	5 (25%)
Edad	
– Media	39,2
– Rango	25–55
Diagnósticos	
– Esquizofrenia Paranoide	19 (95%)
– Trastorno Psicótico no especificado	1 (5%)
Años de evolución	
– Media	19,1
– Rango	10-38
Años en tratamiento	
– Media	18
Nº de ingresos anteriores	
– Media	4,8
Tipo de seguimiento clínico	
– Farmacológico únicamente	16 (80%)
– Farmacológico y psicológico	4 (20%)
Síntomas positivos (SAPS)	
– Media	6,4 (DT: 3,5)
Ansiedad estado (STAI-E)	
– Media	51 (DT: 32,3)
Ansiedad Rasgo (STAI-R)	
– Media	70 (DT: 30,8)
Depresión (BDI)	
– Media	16 (DT:10,9)
Autoestima (EAR)	
– Media	24,3 (DT:4,8)

### ***b) Correlaciones entre los síntomas psicóticos y las emociones***

Se han encontrado correlaciones entre los síntomas psicóticos positivos con la ansiedad y la depresión. La ansiedad rasgo y la ansiedad estado muestran pautas diferentes de asociación. No se encuentra correlación con la ansiedad estado y sí con la ansiedad rasgo (tabla 2). Aunque no es significativa la correlación entre la SAPS y la autoestima, es negativa indicando que a más síntomas positivos de psicosis, peor autoestima. Resultan interesantes las asociaciones que se establecen con la ansiedad rasgo pues es la única medida que tiene correlaciones significativas con todas las demás. Se han encontrado relaciones de la ansiedad rasgo con la ansiedad estado ( $r=0,54$ ;  $p \leq 0,05$ ), con los síntomas psicóticos ( $r=0,41$ ;  $p \leq 0,07$ ), con la depresión ( $r=0,72$ ;  $p \leq 0,001$ ) y con la autoestima ( $r=0,50$ ;  $p \leq 0,05$ ). Esto podría indicar que un estado permanente o estable de ansiedad contribuye al mantenimiento de la depresión, a una baja autoestima, a desarrollar estados reactivos o agudos de estrés y al mantenimiento de los síntomas psicóticos positivos.

ciones se analizaron las posibles correlaciones entre la ansiedad y la depresión con el tipo de síntomas psicóticos (ver tabla 2). En este análisis más detallado se muestran nuevos hallazgos. Primero, las correlaciones con la depresión se mantienen sólo para los delirios ( $r=0.51$ ). Segundo, la correlación encontrada con la ansiedad rasgo desaparece lo que de nuevo puede indicar que esta relación depende de otras variables. Tercero, el que no se encuentren relaciones con las alucinaciones podría indicar una tendencia de las alucinaciones a decrecer con los años de evolución. Cuarto, se mantiene el valor negativo de la correlación entre los síntomas y la autoestima.

Para comprobar si la relación encontrada entre la psicosis y la ansiedad rasgo está influenciada por otras variables se hicieron correlaciones parciales utilizando la ansiedad estado y la depresión como covariables. La correlación entre la SAPS total y la ansiedad rasgo desaparece si se utiliza como covariable la depresión ( $r=0.05$ ,  $p=0.83$ ) y la ansiedad estado ( $r=0.34$ ,  $p=0.14$ ). Estos resultados unidos a la intercorrelación encontrada entre la ansiedad rasgo, la ansiedad estado y la depresión, confirman el dato de que existe una influencia de la ansiedad estado y

Tabla 2. Correlaciones de Pearson entre síntomas positivos (SAPS), ansiedad, depresión y autoestima

	<i>Ansiedad Estado</i>	<i>Ansiedad Rasgo</i>	<i>Depresión</i>	<i>Autoestima</i>
SAPS Total	0.23	0.41(*)	0.53*	-0.13
SAPS Alucinaciones	0.36	0.06	0.04	-0.00
SAPS Delirios	0.04	0.31	0.51*	-0.03
SAPS C. Extravagante	-0.09	0.31	0.55*	-0.07
SAPS T.Formales del pensamiento	0.25	0.38	0.26	-0.35

(\*) Tendencia significativa  $p \leq 0.07$

\*  $p \leq 0.05$

El análisis de intercorrelación entre la ansiedad y la depresión muestra asociaciones que indicarían que la relación entre la ansiedad rasgo y los síntomas psicóticos positivos podría estar mediatizada por la depresión. Esto presupone que un estado de ansiedad permanente o estable sumado a un estado depresivo facilitaría el mantenimiento de las alucinaciones y los delirios en el tiempo. Para profundizar algo más en a forma en que se dan estas asocia-

la depresión en la relación encontrada entre la SAPS total y la ansiedad rasgo.

### ***c) Correlación entre síntomas psicóticos, emociones, edad y años de evolución***

También se analizaron las relaciones entre las variables asociadas a la cronicidad (edad y años de

evolución) con las emociones negativas y los síntomas psicóticos (tabla 3). Los resultados de la tabla 3 indican una relación significativa entre la evolución del trastorno y los síntomas psicóticos. Esta relación se encuentra especialmente con los delirios y el comportamiento extravagante. Es interesante que la mayoría de correlaciones sean negativas, reflejando una posible tendencia a la disminución de la intensidad de los síntomas psicóticos y los síntomas de disforia emocional con el curso de la enfermedad. La ansiedad estado es la única que mantiene una correlación positiva con los años de evolución y la edad, indicado que las respuestas de ansiedad agudas o situacionales se mantienen intactas con el curso del tiempo. Este patrón sostenido de episodios de ansie-

interesantes. Primero, las correlaciones entre la ansiedad rasgo y la depresión con los síntomas psicóticos encontradas inicialmente se mantienen (solo para los delirios y no para las alucinaciones). Las dimensiones más relacionadas con la ansiedad y la depresión son el grado de convicción en el delirio ( $r=0,62$ ;  $p \leq 0,01$ ) y la intensidad de la angustia asociada a él ( $r=0,54$  y  $r=0,53$ ). Segundo, destaca que la casi totalidad de las correlaciones de los síntomas psicóticos con la edad y los años de evolución son negativas, lo que refuerza el razonamiento ya mencionado de la tendencia de las alucinaciones y los delirios a disminuir con el curso del trastorno. Las mayores relaciones con la edad y los años de evolución se producen en los delirios, en la intensidad y

Tabla 3. Correlación de Pearson entre síntomas positivos (SAPS), síntomas emocionales y variables epidemiológicas.

Síntomas clínicos	Edad	Duración del trastorno (años de evolución)
SAPS Total	-0.40(*)	-0.24
SAPS Alucinaciones	-0.18	-0.04
SAPS Delirios	-0.49*	-0.45*
SAPS C. Extravagante	-0.50*	-0.38*
SAPS T. Formales del pensamiento	0.20	0.31
Ansiedad Estado	0.38	0.42(**)
Ansiedad Rasgo	-0.14	-0.10
Depresión	-0.28	-0.30
Autoestima	-0.58	-0.13

\*  $p \leq 0.05$

(\*) Tendencia significativa  $p \leq 0.08$

(\*\*) Tendencia significativa  $p \leq 0.07$

dad agudos podría indicar como se ha comentado antes que la asociación encontrada previamente entre los síntomas psicóticos y la ansiedad rasgo podría depender de la ansiedad estado.

#### ***d) Correlaciones entre las dimensiones de las alucinaciones y los delirios con los estados emocionales***

El análisis de correlación entre las dimensiones de las alucinaciones y los delirios con las emociones negativas está en la tabla 4, encontrándose con este análisis dimensional más detallado nuevos hallazgos

presencia de angustia ( $r = -0,71$  y  $r = -0,66$ ) y la duración de la preocupación ( $r = -0,62$ ).

#### **Conclusiones**

Los resultados presentados son consistentes con los modelos psicológicos de la psicosis que encuentran asociaciones entre las emociones negativas y los síntomas psicóticos. Utilizando dimensiones específicas del estado emocional del sujeto (ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión y autoestima) y de los síntomas psicóticos se pueden identificar

Tabla 4. Correlaciones entre las dimensiones de las alucinaciones y los delirios con la ansiedad, depresión, autoestima y variables epidemiológicas

Dimensión	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Depresión	Autoestima	Edad	Años de Evolución
<b>Alucinaciones</b>						
Frecuencia	0.33	0.19	0.16	-0.25	0.07	0.30
Duración	0.08	0.08	-0.03	-0.14	-0.05	0.01
Intensidad	0.17	-0.07	-0.23	-0.33	0.17	0.22
Contenido negativo	-0.01	-0.22	-0.29	-0.20	0.11	0.15
Grado de contenido negativo	0.03	-0.05	-0.12	-0.04	-0.11	-0.10
Presencia angustia	-0.04	-0.01	-0.05	0.36	-0.26	-0.27
Intensidad angustia	0.13	0.23	0.24	0.03	-0.42(*)	-0.38
Interferencia en la vida	0.15	0.16	0.10	0.11	-0.29	-0.29
Controlabilidad	0.24	0.17	0.35	0.20	-0.03	-0.13
<b>Delirios</b>						
Cantidad preocupación	-0.04	0.45*	0.42(*)	0.02	-0.38	-0.28
Duración preocupación	0.26	0.51*	0.47*	0.18	-0.62**	-0.41(*)
Convicción	0.19	0.62**	0.61**	0.61	-0.33	-0.31
Presencia angustia	0.16	0.51*	0.50*	0.17	-0.66**	-0.42(**)
Intensidad angustia	0.08	0.54*	0.53*	0.15	-0.71**	-0.53*
Interferencia en la vida	0.08	0.40	0.44(**)	0.24	-0.50*	-0.43(**)

(\*) Tendencia significativa  $p \leq 0.07$ (\*\*) Tendencia significativa  $p \leq 0.06$ \*  $p \leq 0.05$ \*\*  $p \leq 0.01$ 

relaciones más específicas de cómo la emoción influye en la expresión de la psicosis. En la misma línea que los modelos psicológicos que tratan de describir el origen y mantenimiento de la psicosis se ha encontrado una relación entre la ansiedad y la depresión con los síntomas positivos.

Dentro de las asociaciones encontradas se detectan diferencias en cómo la ansiedad influye en los síntomas de la psicosis. Mientras que la ansiedad rasgo correlaciona con los síntomas positivos, la ansiedad estado no lo hace. Sin embargo, sí se ha encontrado una cierta relación entre la ansiedad estado con los años de evolución lo que podría señalar a una tendencia estable en el tiempo a responder con un estado subjetivo de tensión percibida en situaciones de estrés y conflicto. También la ansiedad estado parece ejercer una influencia mediadora en las correlaciones encontradas.

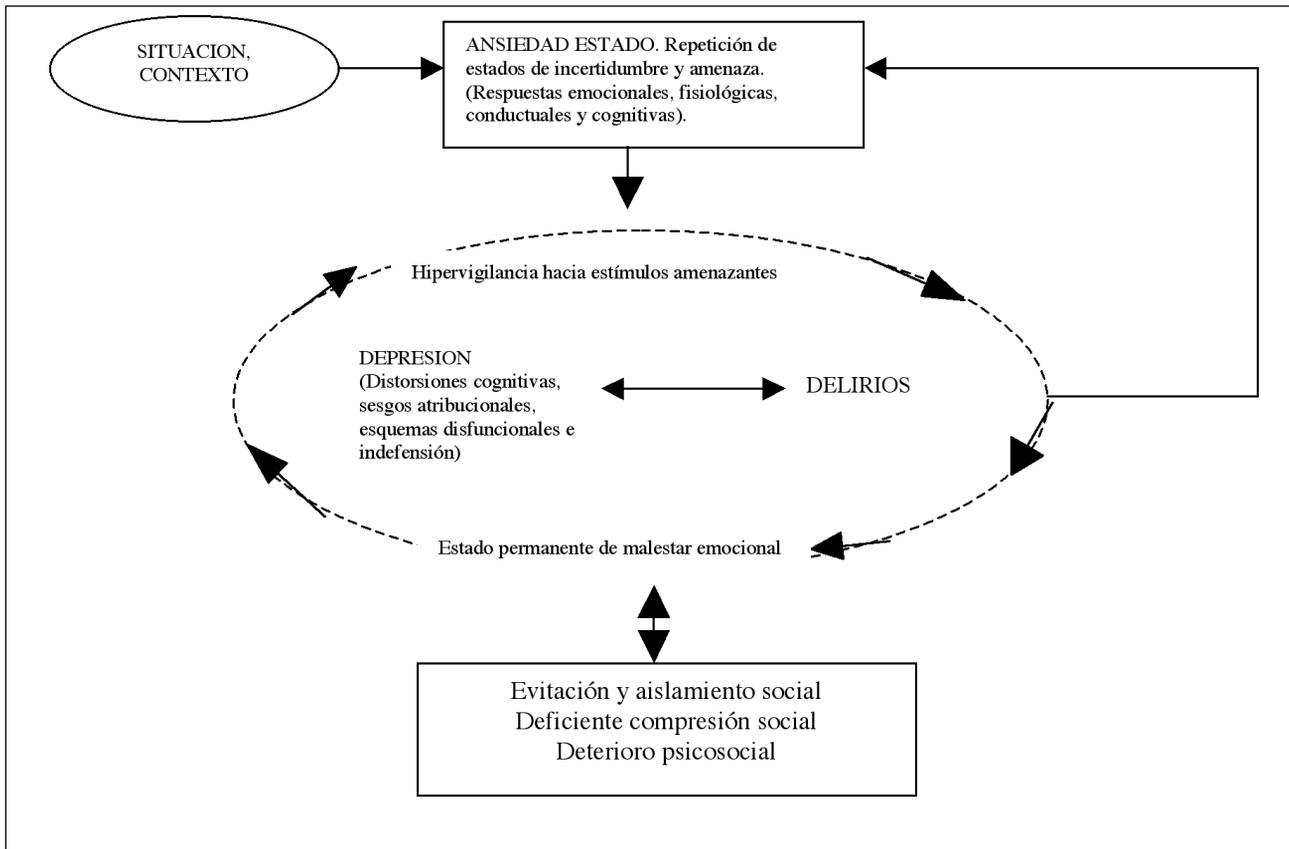
La ansiedad rasgo podría reforzar los delirios mediante distorsiones cognitivas y procesos de razonamiento sesgados provenientes de la alteración emocional en que se está inmerso (abstracción selectiva, salto a las conclusiones, atribuciones erróneas

externas, etc.). Esta ansiedad mantenida junto a la depresión generaría creencias y conductas específicas (escape y evitación, conductas de seguridad, estrategias cognitivas defensivas, ideas negativas del yo y los otros, etc.) que pueden influir en el mantenimiento de las creencias delirantes. Su identificación podría facilitar tanto la comprensión como el desarrollo de estrategias de intervención de los síntomas psicóticos.

En cuanto a la variable tiempo, el estudio incluye el análisis los años de evolución y la edad. Las teorías y modelos de la psicosis no dan suficiente peso a esta variable. Sin embargo, cuando hablamos de trastornos mentales graves y crónicos las relaciones que se establecen entre los síntomas y las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas están influidas por el curso del trastorno.

En resumen, las relaciones entre las emociones negativas y los síntomas psicóticos positivos se establecen mediante una pauta compleja de asociaciones, que parecen estar influidas a su vez por la variable temporal. Aunque no es el objeto del artículo desarrollar un modelo sino señalar la importancia de

Figura 1. Representación esquemática de los resultados y la discusión



La Ansiedad Estado impacta en un sistema mantenido de alteración emocional (Ansiedad Rasgo y Depresión). Con los años de evolución las alteraciones emocionales y psicóticas van perdiendo fuerza pero se mantienen como consecuencia de la activación aguda de estados de ansiedad situacionales. Estas alteraciones emocionales refuerzan el mantenimiento de los síntomas psicóticos perpetuando las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales y provocando nuevas consecuencias negativas como es el deterioro psicosocial.

las relaciones dimensionales entre emociones y psicosis en la *figura 1* se hace un esquema explicativo de los resultados obtenidos en el estudio. Las relaciones que se establecen son especulativas, ya que el estudio no incluye el análisis de procesos cognitivos y conductuales específicos de la psicosis. Se trata de una muestra pequeña de sujetos y no generalizable. Sin embargo, nos parece relevante resaltar las relaciones entre niveles clínicos que se presuponen diferentes (“neurosis” versus “psicosis”) y que nos pueden ayudar a mejorar la comprensión e intervención en las psicosis crónicas.

## Referencias

Andreasen, N. C (1984). *The scale for the assessment of positive symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, E. (1983). *Terapia cognitiva para la depresión*. Bilbao: DDB (original: 1979).

Form, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30, 11-22.

Garety, P., Kuipers, E. K., Fowler, D., Freeman, D. y Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.

Guillem, F., Pampoulova T., Stip, E., Lalonde, P. y Todorov, C. (2005). The relationships between symptom dimensions and dysphoria in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75, 83-96.

Haddock, G., McCarron, J. Tarrier, N. y Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological*

*Medicine*, 29, 879-889.

Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G. y Bebbington, P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in Psychosis: refining cognitive behavioural Therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 24-31.

Norman, R., G., Malla, A., K., Morrisson-Stewart, S., L., Helmes, E., Williamson, P., C., et al. (1997). Neuropsychological correlates of syndromes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 170, 134-139.

Rosenberg (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.

Smith, B., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P, et al. (2006). Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86, 181-188.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushane, R. E. (1970). STAI. Manual for the state-trait anxiety inventory. *Palo-Alto California: Consulting psychologist*.

Manuscrito recibido: 02/11/2008

Revisión recibida: 11/01/2009

Aceptado: 10/03/2009