

Empatía, cognición social y calidad de vida subjetiva en esquizofrenia

Empathy, social cognition and perceived quality of life in schizophrenia

doi.org/10.23938/ASSN.0025

M.C. Martín¹, R. Secades², J.J. López-Goñi³, J. Tirapu⁴

RESUMEN

Fundamento. Las personas con diagnóstico de esquizofrenia presentan déficits en empatía que se han relacionado con su pobre funcionamiento psicosocial. Los objetivos fueron: 1) analizar la relación entre empatía, cognición social, y calidad de vida en sujetos con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 2) evaluar estas variables según la gravedad del cuadro clínico

Material y métodos. Participaron 41 pacientes divididos en dos grupos según el nivel de gravedad del cuadro clínico. Se aplicó una batería de pruebas: el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), escala GEOPTE de Cognición Social para la psicosis, Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud – Versión breve (WHOQOL-BREF), Escala de Impresión Clínica Global (CGI), Escala para la evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) y Síntomas Negativos (SANS).

Resultados. Las subescalas angustia personal y fantasía del IRI presentaron una relación directa con la escala GEOPTE, e inversa con varias dimensiones de calidad de vida del WHOQOL-BREF. La escala GEOPTE, tuvo una relación inversa con todas las dimensiones de la calidad de vida evaluadas. El grupo levemente enfermo obtuvo puntuaciones significativamente menores en fantasía (15,44 vs. 20,12; $p=,001$) y significativamente más elevadas en salud psicológica (58,63 vs. 45,40; $p=0,017$) y ambiente (67,00 vs. 53,68; $p=0,006$).

Conclusiones. Se halla relación entre empatía, cognición social y calidad de vida subjetiva en personas con diagnóstico de esquizofrenia en programas de rehabilitación psicosocial. Asimismo, destaca la existencia de diferencias relevantes en estas variables según el nivel de gravedad del cuadro clínico.

Palabras clave. Cognición social. Empatía. Calidad de vida. Esquizofrenia. Índice de reactividad interpersonal.

ABSTRACT

Background. People diagnosed with schizophrenia present empathy deficits that have been related to their poor psychosocial functioning. The objectives were: 1) analyse the relation between empathy, social cognition and quality of life in subjects diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders; 2) evaluate these variables according to the severity of the features.

Methods. Forty-one patients, divided into two groups according to the level of severity, were included. A battery of tests was applied: Interpersonal Reactivity Index (IRI), GEOPTE scale of social cognition for psychosis, World Health Organization Quality of Life Assessment: Brief Version (WHOQOL-BREF), Clinical Global Impression scale (CGI), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) and Negative Symptoms (SANS).

Results. There was a direct relationship between personal anxiety and fantasy sub-scales of the IRI and the GEOPTE scale, and an inverse relationship with several dimensions of quality of life of the WHOQOL-BREF. The GEOPTE scale had an inverse relation with all the dimensions of quality of life evaluated. The mildly sick group obtained scores that were significantly lower in fantasy (15.44 vs. 20.12; $p=0.001$) and significantly higher in psychological health (58.63 vs. 45.40; $p=0.017$) and environment (67.00 vs. 53.68; $p=0.006$).

Conclusions. A relationship is found between empathy, social condition and perceived quality of life in people diagnosed with schizophrenia on programs of psycho-social rehabilitation. Similarly, the existence of relevant differences in these variables according to the level of severity of the clinical features is underscored.

Keywords. Social cognition. Empathy. Quality of life. Schizophrenia. Interpersonal Reactivity Index.

An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (2): 211-219

1. Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona, Navarra, España.
2. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. Oviedo, Asturias, España.
3. Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra. Pamplona, Navarra, España.
4. Servicio de Neuropsicología. Fundación Argibide. Pamplona, Navarra, España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Correspondencia:

M^a Carmen Martín-Contero
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Natividad
Zubieta
C/ Garajonai, 39
31621 Sarriguren. España
mc.martin.contero@navarra.es

Recepción: 30/01/2017

Aceptación provisional: 03/04/2017

Aceptación definitiva: 28/04/2017

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que genera diversas alteraciones cognitivas, así como déficits en el funcionamiento social y comunitario de las personas diagnosticadas, afectando negativamente a su calidad de vida¹⁻³. Según un estudio realizado por Mata y col⁴, en la Comunidad Foral de Navarra, las tasas de prevalencia e incidencia del trastorno son similares a las del resto de España y el entorno europeo. En Navarra, actualmente, es una prioridad la mejora de la calidad asistencial de las personas diagnosticadas con este trastorno y otros relacionados, por lo que los servicios sanitarios y sociosanitarios que atienden a estas personas y sus familiares están promoviendo cambios que fomenten la adecuada coordinación entre los profesionales y el abordaje integral⁵.

Durante los últimos años, una parte importante de la investigación sobre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se ha centrado en conocer los déficits en diversos componentes y procesos de la cognición social, entre ellos las habilidades empáticas, así como la influencia y la relación de estas alteraciones con otras variables como la sintomatología clínica, el rendimiento neurocognitivo y el funcionamiento social⁶⁻⁸. Sin embargo, los estudios que analizan la relación entre la cognición social en general (en particular la empatía) y la calidad de vida en personas con diagnóstico en esquizofrenia son muy escasos^{9,10}. Asimismo, apenas existen estudios sobre el estado de los diversos componentes de la cognición social y de la empatía en usuarios con trastornos psicóticos en tratamiento en programas de rehabilitación psicosocial¹¹. El conocimiento de estas cuestiones podría ayudar a mejorar las intervenciones dirigidas a la recuperación de las capacidades individuales y el funcionamiento psicosocial, así como a la promoción de la calidad de vida en esta población.

Los objetivos de este estudio fueron: analizar la relación entre empatía, cognición social percibida, y calidad de vida subjetiva en sujetos con diagnóstico de

esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en tratamiento en un programa de rehabilitación psicosocial, y evaluar estos parámetros en los sujetos según la gravedad del cuadro clínico.

SUJETOS Y MÉTODOS

La muestra del estudio fue reclutada entre los usuarios que recibían tratamiento en el Programa de Rehabilitación de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Arga, Ordoiz, y Queiles, centros concertados con el Gobierno de Navarra, y gestionados por la empresa Avánvida, ubicados respectivamente en Pamplona, Estella y Tudela (Navarra, España). A través de este programa se presta un servicio de atención ambulatoria, de intensidad variable según las necesidades de las personas con trastorno mental grave, con el objetivo de facilitar la permanencia en el entorno habitual. Ofrecen 2 modalidades: A) programas de rehabilitación psicosocial, con apertura del servicio once meses al año, los días laborables de lunes a viernes. B) centro de día, servicio de atención diaria diurna, con horario de atención de 8 horas diarias. La derivación a estos centros se realiza desde otros dispositivos sanitarios de la Red de Salud Mental de Navarra⁵.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) cumplir los criterios diagnósticos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos según el DSM-IV-TR¹²; 2) tener una edad comprendida entre los 18 y los 65 años y 3) firmar el consentimiento informado para su participación en la investigación. Los criterios de exclusión fueron: tener un diagnóstico o sospecha de discapacidad intelectual y presentar alteraciones neurológicas, abuso de drogas, o descompensación psicopatológica en los tres meses previos al estudio.

De los 117 usuarios de programas de rehabilitación, 58 cumplían los criterios de inclusión (49,6%). Quince personas no acudieron al recurso correspondiente, por lo que no pudieron ser evaluados (25,9% de los 58) y dos personas rechazaron explícitamente participar en el estudio (3,4% de

los 58). Por lo que finalmente participaron voluntariamente en este estudio 41 sujetos (70,7%) divididos en dos grupos según el nivel de gravedad del cuadro clínico (leve y moderado-grave).

Instrumentos de evaluación

Escala de Impresión Clínica Global (CGI)^{13,14}. Se trata de una escala descriptiva heteroaplicada que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro clínico y sobre el cambio experimentado por el paciente y/o usuario respecto al estado basal. Para este estudio se ha utilizado la subescala de la CGI que evalúa la gravedad (CGI-SI), la cual consta de un único ítem que valora gravedad utilizando una escala tipo Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos), y que ha permitido dividir la muestra en dos grupos: levemente enfermos (ítems 1-3) y moderado-gravemente enfermos (ítems 4-7).

*Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS)*¹⁵ y *Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS)*¹⁶. Tras una entrevista el clínico evalúa la gravedad de los síntomas positivos y negativos en 4 y 5 categorías respectivamente, y especifica el marco temporal de evaluación. Para el presente estudio se ha especificado el periodo de los últimos 3 meses. La SAPS consta de 34 ítems y la SANS de 25 ítems. Para la SAPS la puntuación total oscila entre 0 a 150 y para la SANS de 0 a 100. Puntuaciones altas indican mayor gravedad del trastorno.

*Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis*¹⁷. Es un cuestionario de autoinforme que recoge información de dos fuentes: la percepción subjetiva del propio paciente y/o usuario acerca de sus déficits y la del informante. Para este estudio se ha utilizado solo la percepción subjetiva del propio usuario. Consta de 15 ítems: 7 para funciones cognitivas básicas y 8 para cognición social. Presenta buenas propiedades psicométricas, y correlaciona con variables clínicas globales, estado de ánimo y grado de insight. Las puntuaciones totales (GEOPTE total) tienen un mínimo de 15

puntos y un máximo de 75. Puntuaciones bajas indican mejor percepción de cognición social. Para este estudio, también se evaluaron por separado ambos factores para así comparar las características del déficit neurocognitivo (GEOPTE funciones cognitivas básicas, ítems 1-7, rango 7-35) y del deterioro cognitivo social (GEOPTE cognición social, ítems 8-15, rango 8-40).

*Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)*¹⁸, en su versión española¹⁹. Se trata de un cuestionario autoadministrado que evalúa la empatía desde una perspectiva multidimensional. Consta de 28 ítems que se agrupan en 4 subescalas: *Toma de perspectiva*: valora la tendencia del sujeto para adoptar, de manera espontánea, el punto de vista del otro. *Fantasía*: mide la predisposición a identificarse con personajes de ficción (en novelas, películas, juegos, etc.). *Preocupación empática*: mide los sentimientos de compasión y preocupación por otros. *Angustia personal*: se refiere al malestar y la incomodidad generada en el individuo ante la observación de experiencias negativas que suceden a otras personas. La empatía es un proceso complejo y multidimensional, que se define como la capacidad de comprender y compartir los pensamientos, deseos y sentimientos de otra persona, y que presenta un componente cognitivo ("entendiendo lo que sientes") y un componente emocional ("siento lo que sientes"). El IRI ha demostrado buenas propiedades psicométricas y es un instrumento ampliamente utilizado. Las puntuaciones obtenidas indicarían el nivel empático alcanzado en los diferentes componentes, y por tanto, permite conocer la disposición empática.

*Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud- Versión breve (WHOQOL-BREF)*²⁰, versión española²¹. Cuestionario autoadministrado de 26 ítems, que ofrece un perfil de calidad de vida de cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales, y ambiente. El paciente y/o usuario valora los distintos ítems siguiendo una escala tipo Likert de 5 puntos, cuyos resultados se equiparan a la interpretación que se realiza con el WHOQOL-100, y cuyas

puntuaciones oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte. Cuanto mayor sea la puntuación en cada dimensión, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. El tiempo de referencia que contempla este cuestionario es el de las últimas 2 semanas.

Los participantes fueron evaluados por varios psicólogos clínicos con entrenamiento en la aplicación del protocolo de evaluación. Las sesiones eran individuales con una duración aproximada de 60 minutos.

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para describir las características de los participantes, y análisis no paramétricos (prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes y prueba X^2) para analizar las diferencias entre ambos grupos en las diferentes pruebas. Se realizaron análisis de correlaciones usando el coeficiente de correlación de Spearman para examinar las posibles relaciones entre variables. En todos los análisis se consideró significativa una $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics (22.0).

RESULTADOS

El 87,8% ($n=36$) de los sujetos tenía un diagnóstico de esquizofrenia, y el 12,2% ($n=5$) de trastorno esquizoafectivo. Todos los sujetos de la muestra seguían un tratamiento psicofarmacológico en politerapia. La edad media de inicio del trastorno del grupo levemente enfermo fue de 34,5 años ($DT=10,4$) frente a los 24,4 años ($DT=8,6$) del grupo moderado-gravemente enfermo, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($U=86$, $p=.002$). En el resto de variables sociodemográficas y clínicas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1).

Relación entre empatía, cognición social y calidad de vida subjetiva

La tabla 2 muestra las correlaciones entre las dimensiones de empatía, cognición

social, y calidad de vida subjetiva evaluadas en la muestra total. La subescala angustia personal del IRI correlacionó de forma elevada con la escala GEOPTE cognición social, GEOPTE total, y GEOPTE funciones cognitivas básicas. Asimismo, correlacionó negativamente con las dimensiones de calidad de vida: salud física, salud psicológica, y relaciones sociales.

La subescala fantasía del IRI correlacionó de forma moderada con la escala GEOPTE cognición social, GEOPTE total, y GEOPTE funciones cognitivas básicas. Correlacionó negativamente con las dimensiones del WHOQOL-BREF: ambiente, y salud psicológica.

La escala GEOPTE total correlacionó negativamente y de forma elevada con las cuatro dimensiones de la calidad de vida: salud psicológica, relaciones sociales, salud física, y ambiente. Asimismo, las dos subescalas correlacionaron en la misma dirección con los cuatro dominios evaluados por el WHOQOL-BREF. La GEOPTE funciones cognitivas básicas correlacionó de forma elevada con salud psicológica, y moderada con ambiente, relaciones sociales, y salud física. La GEOPTE cognición social correlacionó de forma elevada con salud psicológica, ambiente, salud física, y relaciones sociales.

Relación entre empatía, cognición social, calidad de vida subjetiva, y sintomatología positiva y negativa

La tabla 3 muestra las correlaciones entre la sintomatología positiva y negativa, y las dimensiones de empatía, cognición social, y calidad de vida subjetiva evaluadas en la muestra total. La SAPS correlacionó positivamente con la subescala fantasía del IRI, y negativamente con las dimensiones de la escala WHOQOL-BREF: salud psicológica, ambiente, y salud física. La SANS correlacionó positivamente con la subescala de la GEOPTE cognición social, y negativamente con las dimensiones de calidad de vida: salud psicológica, y ambiente.

Tabla 1. Comparación en variables sociodemográficas y clínicas entre sujetos levemente enfermos y moderada-gravemente enfermos

	Total N= 41		Leve (n = 16)		Moderado-Grave (n = 25)		p
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sexo							
Hombres	30	(73,2)	12	(75,0)	18	(72,0)	0,833
Mujeres	11	(26,8)	4	(25,0)	7	(28,0)	
Estado civil							
Solteros	28	(68,3)	9	(56,3)	19	(76,0)	n.a.
Casados/Conviviendo con pareja	4	(9,7)	3	(18,7)	1	(4,0)	
Separados/Divorciados/Viudo	9	(22,0)	4	(25,0)	5	(20,0)	
Nivel educativo							
Sin estudios o Primarios	21	(51,2)	11	(68,8)	10	(40,0)	0,072
Secundarios o Superiores	20	(48,8)	5	(31,3)	15	(60,0)	
Situación laboral							
Pensionista	30	(73,2)	12	(75,0)	18	(72,0)	0,833
Otros (activo, ILT, desempleado)	11	(26,8)	4	(25,0)	7	(28,0)	
Convivencia							
Solo	12	(29,2)	4	(25,0)	8	(32,0)	
Con familia	25	(61,0)	11	(68,8)	14	(56,0)	
Otros	4	(9,8)	1	(6,2)	3	(12,0)	
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	p
Edad	44,8	(11,3)	49,3	(10,8)	41,9	(10,7)	0,067
Edad de inicio del trastorno	28,4	(10,5)	34,5	(10,4)	24,4	(8,6)	0,002
Años de evolución del trastorno	17,7	(9,9)	14,7	(9,5)	18,7	(10)	0,248
Años de tratamiento farmacológico	15,6	(10,1)	13,1	(9,4)	17,1	(10,3)	0,267
Meses de tratamiento psicosocial	34,5	(33)	44,5	(37,1)	28,2	(30,7)	0,085

n.a.= no aplicable (más de 20% de casillas tienen una frecuencia esperada <5); M=media; DT=desviación típica

Tabla 2. Correlación entre dimensiones empatía, cognición social, y calidad de vida en la muestra (n = 41).

	GEOPTE usuario			WHOQOL			
	Funciones cognitivas básicas	Cognición social	Total	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
IRI toma perspectiva	-0,051	0,126	0,028	-0,098	0,066	0,133	-0,113
IRI fantasía	0,323*	0,422**	0,386*	-0,302	-0,371*	-0,031	-0,416**
IRI preocupación empática	-0,103	0,212	0,110	-0,161	-0,102	-0,148	0,042
IRI angustia personal	0,505**	0,689**	0,661**	-0,542**	-0,410**	-0,410**	-0,245
GEOPTE funciones cognitivas básicas	-	-	-	-0,378*	-0,584**	-0,402**	-0,405**
GEOPTE cognición social	-	-	-	-0,555**	-0,655**	-0,504**	-0,569**
GEOPTE total	-	-	-	-0,519**	-0,698**	-0,539**	-0,517**

*p < 0,05; **p < 0,01

Tabla 3. Correlaciones entre dimensiones de empatía, cognición social, calidad de vida, sintomatología positiva y negativa en la muestra (n = 41)

	GEOPTE usuario: funciones cognitivas básicas	GEOPTE usuario: cognición social	GEOPTE usuario: total	IRI toma perspectiva	IRI fantasía	IRI preocupación empática	IRI angustia personal	WHOQOL salud física	WHOQOL salud psicológica	WHOQOL relaciones sociales	WHOQOL ambiente
SAPS	0,161	0,291	0,196	-0,103	0,418**	0,039	0,086	-0,312*	-0,345*	0,119	-0,321*
SANS	0,248	0,349*	0,275	-0,252	0,247	-0,062	0,219	-0,277	-0,348*	-0,088	-0,344*

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

Diferencias en empatía, cognición social, calidad de vida subjetiva, y sintomatología positiva y negativa según gravedad del cuadro clínico

En la tabla 4 se muestra la comparación en las dimensiones de empatía, cognición social, calidad de vida subjetiva y sintomatología positiva y negativa entre los grupos

según la gravedad del cuadro clínico. El grupo levemente enfermo obtuvo puntuaciones menores en la subescala fantasía del IRI y en las escalas SAPS y SANS; y puntuaciones más elevadas en las dimensiones de la calidad de vida: salud psicológica y ambiente, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en estas variables entre ambos grupos.

Tabla 4. Comparaciones en el perfil neuropsicológico de la empatía (índice de reactividad interpersonal [IRI]), cognición social (GEOPTE), calidad de vida (WHOQOL-BREF) y sintomatología positiva y negativa (SAPS, SANS) entre sujetos levemente enfermos y sujetos moderado-gravemente enfermos

	Leve (n = 16)	Moderado-Grave (n = 25)	<i>p</i>
IRI	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	
Toma de perspectiva	20,75 (4,3)	20,64 (3,3)	0,757
Fantasía	15,44 (3,9)	20,12 (3,7)	0,001
Preocupación empática	23,44 (3,4)	24,32 (2,9)	0,258
Angustia personal	18,81 (4,7)	20,68 (5,1)	0,265
GEOPTE (usuario)			
Funciones cognitivas básicas	15,0 (6,2)	16,80 (5,9)	0,437
Cognición social	15,31 (5,4)	18,40 (5,7)	0,059
Total	30,31 (10,5)	34,76 (10,4)	0,204
WHOQOL-BREF			
Salud física	55,25 (16,0)	46,92 (14,9)	0,109
Salud psicológica	58,63 (16,6)	45,40 (17,4)	0,017
Relaciones sociales	44,50 (18,7)	40,04 (13,9)	0,431
Ambiente	67,00 (14,8)	53,68 (12,8)	0,006
SAPS			
Puntuación total	5,06 (6,4)	25,36 (26,3)	0,002
SANS			
Puntuación total	17,00 (16,6)	35,56 (19,0)	0,003

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran la existencia de relaciones entre empatía, cognición social, calidad de vida subjetiva y sintomatología clínica en sujetos con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo en programas de rehabilitación. Asimismo, se destaca la existencia de diferencias relevantes en estas variables según el nivel de gravedad del cuadro clínico.

Respecto al primer objetivo del estudio, los resultados muestran que una mayor angustia personal y fantasía se relacionan con una peor percepción de la cognición social y una menor satisfacción con la salud física, la psicológica, las relaciones sociales, y el ambiente que rodea al paciente. En cuanto a la relación entre empatía y cognición social percibida, se ha encontrado que a mayor angustia personal y fantasía, menor cognición social. Sin embargo, no se ha encontrado asociación entre las dimensiones toma de perspectiva y preocupación empática con la cognición social. Este resultado es inesperado puesto que la cognición social comprendería las habilidades empáticas, y por ello sería esperable una correlación entre ellas. La ausencia de estudios previos hace necesario que se siga investigando la relación entre estos constructos.

En cuanto a la angustia personal y fantasía, el resultado obtenido confirmaría la influencia de estos factores sobre la calidad de vida en usuarios diagnosticados de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Éste es un resultado novedoso, ya que es la primera vez que se encuentra este resultado en España. Por otra parte contradice, en cierto sentido, al hallazgo del estudio de Corbera y col en 2013. Estos autores no encontraron relación entre angustia personal (valorada con el IRI) y calidad de vida (valorada con el *Quality of Life Assessment*) en pacientes con esquizofrenia, y sí en población normal. Bien es cierto que Corbera y col esperaban encontrar esta relación, e intentaron explicar su ausencia por la mayor influencia de otros factores sobre la calidad de vida, como el estigma social y el desempleo²². Una posi-

ble explicación a nuestro resultado es que a diferencia del estudio de Corbera, los pacientes valorados en nuestra investigación estaban en tratamiento en un programa de rehabilitación psicosocial y la correlación hallada podría relacionarse con la cronicidad y/o una mayor gravedad del trastorno.

En consonancia con estudios precedentes, los resultados de este estudio mostraron que una pobre cognición social se asociaba con una peor calidad de vida percibida en las cuatro dimensiones (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente). Parece que la percepción de los usuarios de su propia cognición social tendría un impacto significativo en la evaluación de su calidad de vida^{9,10}. Estos resultados resaltan el interés de realizar intervenciones dirigidas a entrenar aspectos de la cognición social en la recuperación de las personas con diagnóstico de esquizofrenia.

En cuanto a la cognición social-empatía y sintomatología (positiva y negativa) estudios previos muestran, en líneas generales, la existencia de una relación inversa^{2,6,23,24}. Sin embargo, y éste es también un dato novedoso, en nuestro estudio se ha hallado que a mayor fantasía, mayor sintomatología positiva. Esta dimensión podría relacionarse con las interpretaciones experienciales que realizan los usuarios, y en cierta medida, podría llegar a ser un indicador de gravedad. Este es un aspecto que debería estudiarse en el futuro.

Además, de acuerdo con la mayoría de los estudios previos^{25,26}, los pacientes con mayor sintomatología clínica (positiva y negativa), presentan una peor calidad de vida subjetiva psicológica, ambiente, y física. Por tanto, la sintomatología también sería un factor relevante sobre la calidad de vida.

En lo referente al segundo objetivo de la investigación, se ha encontrado que los usuarios con una sintomatología más leve tienen un perfil diferente al de los usuarios más graves. En concreto, los usuarios levemente enfermos presentan menor sintomatología (positiva y negativa) y mayor calidad de vida. Además, tienen una menor puntuación en la dimensión fantasía. En

cierta manera estos resultados avalan las correlaciones encontradas entre las variables analizadas, y destacan la utilidad de estos instrumentos para diferenciar entre aquellos sujetos que precisen de una intervención que mejore sus capacidades cognitivas sociales y su satisfacción vital.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones que han de ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño de la muestra es reducido, perteneciente a un contexto y población concretos. En segundo lugar, los instrumentos de evaluación empleados son, en muchos casos, diferentes a los utilizados en estudios previos, por lo que resulta difícil la comparación de los resultados. En tercer lugar, la falta de consenso de los diferentes constructos estudiados dificulta la adecuada medición de los mismos. La cognición social comprende varios subdominios psicológicos que facilitan la interacción social, entre ellos, la empatía, la cual es un proceso multidimensional con un componente cognitivo y un componente emocional¹. Además, la calidad de vida es un concepto integral y multidimensional que abarca un dominio subjetivo y otro objetivo (incluyendo el estado funcional en la vida diaria, y los recursos externos materiales y de apoyo social)²⁷.

Estudios previos ya han señalado que el entrenamiento en cognición social es una intervención fundamental en la rehabilitación psicosocial²⁸. Conocer y determinar el grado de las alteraciones en las capacidades cognitivo-sociales, como la empatía, es esencial para optimizar el tratamiento de rehabilitación, y la mejora consecuente del funcionamiento diario, la salud mental y la satisfacción con la calidad de vida. La mejora de la empatía (disminución de la angustia/contagio emocional) y de aquellos aspectos que fomenten la adecuada interacción social son elementos críticos en la intervención dirigida a la recuperación en personas con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Por tanto, sería conveniente que líneas de investigación futuras realicen estudios que eludan los problemas metodológicos anteriormente mencionados y profundicen

en el conocimiento de la relación entre cognición social, empatía y calidad de vida en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Más allá de estas limitaciones, los resultados de este estudio muestran relaciones entre cognición social, empatía, calidad de vida subjetiva, y sintomatología positiva y negativa en sujetos con diagnóstico de esquizofrenia en programas de rehabilitación psicosocial. Asimismo, muestra diferencias en diversos componentes de la empatía, cognición social, y percepción de calidad de vida, según el nivel de gravedad del cuadro clínico.

Agradecimientos

A Maite Sagardoy Allo, Ana Isabel Pérez Zabalza, Ana Ruíz González, Ainhoa Arburua Juanikotena, y Paula Ramilo Fernández de los Centros de Rehabilitación Psicosocial Félix Garrido, Arga, Queiles, y Ordoiz, centros concertados con el Gobierno de Navarra, a la empresa Avanzada, y a las personas usuarias participantes en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. PINKHAM AE. Social cognition in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2014; 75 (Suppl 2): 14-19.
2. SIGAUDDO M, CRIVELLI B, CASTAGNA F, GIUGIARIO M, MINGRONE C, MONTEMAGNI C et al. Quality of life in stable schizophrenia: The relative contributions of disorganization and cognitive dysfunction. *Schizophr Res* 2014; 153: 196-203.
3. PERALTA V, CUESTA M, ZARZUELA A. Neuropsicología y Esquizofrenia. *An Sist Sanit Navar* 2000; 23 (Supl 1): 51-62.
4. MATA I, BEPERET M, MADDOZ, V. Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra. *An Sist Sanit Navar* 2000; 23 (Supl 1): 29-36.
5. Memoria Salud Mental Navarra 2015. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad/
6. KONSTANTAKOPOULOS G, OULIS P, PLOUMPIDIS D, PATRIKELIS P, NIKITPOULOU S, PAPADIMITRIOU GN et al. Self-rated and performance-based empathy in schizophrenia: The impact of cognitive deficits. *Soc Neurosci* 2014; 9: 590-600.

7. HORAN WP, REISE SP, KERN RS, LEE J, PENN DL, GREEN MF. Structure and correlates of self-reported empathy in schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2015; 66-67: 60-66.
8. BONFILS KA, LYSAKER PH, MINOR KS, SALYERS MP. Affective empathy in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2016; 175: 109-117.
9. CAQUEO-URÍZAR A, BOYER L, BAUMSTARCK K, GILMAN SE. Subjective perceptions of cognitive deficits and their influences on quality of life among patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2015; 24: 2753-2760.
10. TAS C, BROWN E, CUBUKCUOGLU Z, AYDEMIR O, DANACI AE, BRÜNE M. Towards an integrative approach to understanding quality of life in schizophrenia: The role of neurocognition, social cognition, and psychopathology. *Compr Psychiatry* 2013; 54: 262-268.
11. ÁLVAREZ JC, TOURIÑO R, ABELLEIRA C, FERNÁNDEZ J, BAENA E, GIRÁLDEZ A, et al. Cognición social y esquizofrenia: diferencias entre usuarios de Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial y de un programa de empleo con apoyo. *Rehabilitación Psicosocial* 2013; 10: 4-9.
12. APA (American Psychiatric Association). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington; 2000.
13. GUY W. *ECDEU assessment manual for Psychopharmacology (rev)*. Rockville: National Institute Mental Health, 1976.
14. GARCÍA JB, PORTILLA M, FERNÁNDEZ MT, MARTÍNEZ PA, GARCÍA M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Médica* 2002.
15. ANDREASEN NC. Scale for the assessment of positive symptoms. *Group*, 2004; 1: 4.
16. ANDREASEN NC. Scale for the assessment of negative symptoms (SANS). *Br J Psychiatry* 1989; 155: 53-58.
17. SANJUÁN J, PRIETO L, OLIVARES J, MONTEJO A, FERRÉ F, MAYORAL F et al. Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31: 120-128.
18. DAVIS MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44: 113-126.
19. PÉREZ-ALBÉNIZ A, DE PAÚL J, ETXEBERRIA J, MONTES MP, TORRES E. Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema* 2003; 15: 267-272
20. World Health Organization. WHOQOL Group. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: OMS, 1996.
21. LUCAS-CARRASCO R. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Qual Life Res* 2012. 21: 161-165.
22. CORBERA S, WEXLER BE, IKEZAWA S, BELL MD. Factor structure of social cognition in schizophrenia: is empathy preserved? *Schizophr Res Treatment* 2013; 2013: 409205. doi: 10.1155/2013/409205.
23. LYSAKER PH, HASSON-OHAYON I, KRAVETZ S, KENT JS, ROE D. Self perception of empathy in schizophrenia: emotion recognition, insight, and symptoms predict degree of self and interviewer agreement. *Psychiatry Res* 2013; 206: 146-150.
24. SMITH MJ, HORAN WP, COBIA DJ, KARPOUZIAN TM, FOX JM, REILLY JL et al. Performance-based empathy mediates the influence of working memory on social competence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2014; 40: 824-834.
25. BRISSOS S, BALANZÁ-MARTINEZ V, DIAS VV, CARITA AI, FIGUEIRA ML. Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 261: 509-517.
26. TOMOTAKE M. Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *J Med Invest* 2011; 58: 167-174.
27. GUTIÉRREZ LÓPEZ MI. Calidad de vida y factores asociados en la esquizofrenia [tesis doctoral]. Oviedo, Universidad de Oviedo; 2015.
28. HENDERSON AR. The impact of social cognition training on recovery from psychosis. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 429-432.

