



Artículo de investigación

Estrés y deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

Stress and cognitive impairment in patients with diagnosis of schizophrenia

Erika Yohanna Bedoya Cardona*, William Alexander Ardila Rodríguez,
Dora Cristina Cañas Betancur y Diego Andrés Vásquez Caballero

Grupo de Investigación Familia y Sociedad, Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia – UCC, sede Bucaramanga – Santander – Colombia.

Resumen

El presente es un estudio no experimental, transversal y correlacional, cuyo objetivo era determinar si existe relación entre estrés y deterioro cognitivo en personas con diagnóstico de esquizofrenia, confirmar si la depresión y las estrategias de afrontamiento del estrés se relacionan y si son factores moderadores de la relación entre estrés y deterioro cognitivo, mediante la evaluación y descripción del estrés percibido (PSS), estrategias de afrontamiento del estrés (CSI), depresión (CDSS) y deterioro cognitivo (MoCA), en una muestra de 43 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (36 hombres y 7 mujeres) entre los 16 y 65 años, de Bucaramanga y Medellín (Colombia), seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se encontró que el grupo presenta niveles medios de estrés percibido y puntuaciones medias y bajas en estrategias de afrontamiento adecuadas e inadecuadas, casi la mitad presenta riesgo de comorbilidad con depresión y la mayoría presenta deterioro cognitivo. No se encontró relación entre deterioro cognitivo con las demás variables. Estrés se relaciona significativamente con depresión y con estrategias de afrontamiento expresión emocional, retirada social y autocrítica. Finalmente, depresión correlacionó significativamente con estrategias de afrontamiento expresión emocional y retirada social. Aunque estos hallazgos no pueden ser concluyentes ni generalizables debido a limitaciones metodológicas, pueden ser usados como antecedente para futuros estudios.

Palabras clave: esquizofrenia, estrés, estrategias de afrontamiento, depresión, deterioro cognitivo

Abstract

The present is a non-experimental, cross-sectional and correlational study, whose objective was to determine if there is a relationship between stress and cognitive impairment in people diagnosed with schizophrenia, to confirm whether depression and coping strategies are related and if they are moderating factors of the relationship between stress and cognitive impairment, through the evaluation and description of perceived stress (PSS), stress coping strategies (CSI), depression (CDSS) and cognitive impairment (MoCA), in a sample of 43 patients diagnosed with schizophrenia (36 men and 7 women) between 16 and 65 years old, from Bucaramanga and Medellín (Colombia), selected by non-probabilistic for convenience sampling. It was found that the group in average presents a medium level of perceived stress, and average and low scores in appropriate and inadequate coping strategies, almost half presents risk of comorbidity with depression, and most of them present cognitive impairment. No relationship was found between cognitive impairment with the other variables. Stress is significantly related to depression and coping strategies as emotional expression, social withdrawal and self-criticism. Finally, depression correlated significantly with coping strategies as emotional expression and social withdrawal. Although these findings cannot be conclusive or generalizable due to methodological limitations, they can be used as a precedent for future studies.

Keywords: schizophrenia, stress, coping strategies, depression, cognitive impairment

Introducción

El estrés (ambiental y psicosocial) es considerado un importante factor de riesgo para el desarrollo y curso de la esquizofrenia (Betensky et al., 2008; Corcoran et al., 2003), ya que se ha encontrado asociación entre vulnerabilidad hacia psicosis con aumento de reactividad emocional ante el estrés de la vida diaria. El modelo de vulnerabilidad al estrés (Zubin & Spring, 1977) ha sido acogido como marco teórico en estudios del inicio y curso de la esquizofrenia, debido a que según éste una vulnerabilidad orgánica endógena interactúa con estresores externos o internos y, por ende, los síntomas emergen o se exacerban cuando los estresores o eventos vitales sobrepasan el umbral de vulnerabilidad de la persona (Zubin, Magaziner, & Steinhauer, 1983).

En la literatura se ha reportado ampliamente que las personas con esquizofrenia son más propensas a reaccionar de manera negativa a

estresores agudos (Bendall, Jackson, Hulbert, & McGorry, 2007) y crónicos (Glaser, van Os, Portegijs, & Myin-Germeys, 2006; Myin-Germeys, van Os, Schwartz, Stone, & Delespaul, 2001), respondiendo a los mismos con una hiper activación psico-somato-sensorial que genera errores atribucionales, hipervigilancia (paranoia) y alucinaciones o delirios, resultantes de una dificultad para integrar las percepciones con representaciones afectivas y cognitivas (Shevlin, Houston, Dorahy, & Adamson, 2007).

Es así como algunos estudios han encontrado que las personas con esquizofrenia son más propensas a verse afectadas por estresores cotidianos que por eventos vitales desafiantes, debido a que reportan más niveles de estrés frente a molestias menores, atribuyen la exacerbación de síntomas a estresores de baja gravedad (Norman & Malla, 1993; 1994), presentan menos apoyo social, utilizan estrategias de afrontamiento mal adaptativas (Horan & Blanchard, 2003) orientadas a la emoción (Ponizovsky, Grinshpoon, Sasson, & Levav, 2004), mostrando también deficiencias en el

* Correspondencia: Dra. Erika Yohanna Bedoya Cardona, Líder Grupo de Investigación Familia y Sociedad, Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia – UCC, sede Bucaramanga – Santander – Colombia. Calle 30A N° 33-51, Bucaramanga – Santander – Colombia. Teléfono: 0057- 6854500 ext. 7091. E-mail: erika.bedoyac@campusucc.edu.co.

uso de estrategias activas focalizadas en la resolución de problemas (van den Bosch, van Asma, Rombouts, & Louwerens, 1992), limitada flexibilidad y uso de pasividad y evitación (Dohrenwend, Shrout, Link, Skodol, & Stueve, 1998; Jansen, Gispén-de Wied, Gademan, De Jonge, van der Linden, & Kahn, 1998).

De acuerdo con lo previamente mencionado, algunos autores han encontrado que los déficits cognitivos moderan la vulnerabilidad al estrés en esquizofrenia (Rosenfarb, Nuechterlein, Goldstein, & Subotnik, 2000). Si se asume la reactividad emocional ante el estrés como un endofenotipo cognitivo relacionado con psicosis, podría pensarse que dicha relación existe debido a que el déficit cognitivo disminuye la capacidad para adaptarse exitosamente ante el estrés diario, conllevando a un incremento en el riesgo de desarrollar psicosis (Myin-Germeys & van Os, 2007), es decir, se asume la sensibilidad al estrés como una vía entre el deterioro cognitivo y la psicosis. Al respecto, en el modelo de vulnerabilidad al estrés (Zubin & Spring, 1977) se afirma que hay una estrecha relación entre déficits cognitivos y funcionales (Loubat, Gárate, & Cuturrufo, 2014).

Algunos de los déficits cognitivos en la esquizofrenia reportados en la literatura son los relativos a lenguaje y pensamiento abstracto (Selma, 2008), la atención (Galaverna, Bueno & Morra, 2011), memoria de trabajo (Lameda & Rodríguez, 2013) y función ejecutiva (Gavillán & García, 2015; Medina, 2012), aprendizaje verbal, razonamiento, resolución de problemas, velocidad de procesamiento (Zaragoza, Bobes, García-Portilla & Morralla, 2015), percepción, capacidad motora, etc. (Díaz Camargo, Delgado Sierra, Riaño Garzón, Caballero Vargas, & Moros Hernández, 2017).

Aunque hay pocos estudios sobre los procesos cognitivos implicados en el afrontamiento del estrés, se ha argumentado que la función ejecutiva contribuye en autorregulación y control ante este (Declerck, Boone, & De Brabander, 2006), y debido a que en la esquizofrenia se presentan déficits en la función ejecutiva, se ha hipotetizado que el deterioro cognitivo se relaciona con respuestas de afrontamiento maladaptativas (Lysaker, Bryson, Lancaster, Evans, & Bell, 2003). En ese orden de ideas, podría esperarse que, a mayor déficit cognitivo, mayor respuesta de estrés (Myin-Germeys, Krabbendam, Jolles, Delespaul, & van Os, 2002). Sin embargo, aún se desconocen los mecanismos subyacentes a dicha relación, aunque algunos autores han sugerido que los eventos vitales incrementan la vulnerabilidad a exposición (Bebbington et al., 1996), otros añaden que el estrés solo empeora la sintomatología cuando se percibe la situación o evento como incontrolable o amenazante para el yo (Jones & Fernyhough, 2006).

Otra variable sugerida en la relación entre estrés y deterioro cognitivo en la esquizofrenia es la depresión, entendida como afecto negativo asociado a valoraciones y procesos cognitivos distorsionados que llevan a percibir los eventos de manera más estresante (Freeman & Garety, 2003; Krabbendam & van Os, 2005), por tanto se considera como un predictor del afrontamiento (Lysaker, Campbell, & Johannesen, 2005) y en particular se asocia con estrategias maladaptativas (Horan & Blanchard, 2003).

Por estas razones se considera relevante llevar a cabo un estudio cuyo objetivo es determinar si existe relación entre estrés y deterioro cognitivo en personas con diagnóstico de esquizofrenia, confirmar si depresión y estrategias de afrontamiento del estrés se relacionan y si son factores moderadores de la relación entre estrés y deterioro cognitivo.

Metodología

Estudio no experimental, transversal y correlacional en el que se analiza la relación entre estrés y deterioro cognitivo en personas con diagnóstico de esquizofrenia, y se busca identificar variables que intervienen en dicha relación.

Participantes

La muestra está compuesta por 43 pacientes (36 hombres - 83,7% y 7 mujeres - 16,3%), entre los 16 y 65 años ($M = 40,26$; $DS = 15,07$), con diagnóstico de esquizofrenia, sin presencia de episodio agudo de psicosis o bajo efectos de alguna sustancia psicoactiva al momento de la evaluación (para esto último se les preguntó directamente si habían consumido alguna sustancia como alcohol o drogas - diferentes de su medicación - en las últimas 48 horas), que reciben atención en centros de salud mental de la ciudad de Bucaramanga y Medellín y participaron de manera voluntaria, siendo el tipo de muestreo No probabilístico, consecutivo o por conveniencia. Se excluyeron de la muestra pacientes que presentaran dificultad para responder los cuestionarios, que tuviesen diagnóstico de retardo mental, demencia u organicidad sin daño cerebral adquirido.

Instrumentos

Para la evaluación de las variables de estudio se realizó un cuestionario *ad hoc* de datos sociodemográficos. Y se aplicaron en medio digital los cuestionarios que miden las siguientes variables:

Estrés percibido: Escala de estrés percibido (PSS, Cohen, Kamarack, & Mermelstein, 1983; Remor, 2006). Validada en Colombia por Campo, Bustos, & Romero (2009). Contiene 14 ítems que evalúan percepción de estrés ante situaciones inesperadas durante el último mes, y se puntúa mediante una escala Likert de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo). Rango de puntuación entre 0 y 56. La interpretación de resultados indica que a mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Afrontamiento del estrés: Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds, & Kigal, 1989; Cano, Rodríguez, & García, 2006). Contiene 41 ítems que evalúan manejo de situaciones estresantes, y se puntúa mediante una escala Likert de 0 (en absoluto) a 4 (totalmente). Para su interpretación se pueden evaluar ocho escalas primarias, cuatro secundarias y dos terciarias.

Deterioro Cognitivo: Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA, Nasreddine et al., 1996; Versión en español de Nasreddine, 2005). Evalúa atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades viso constructivas, cálculo y orientación. Las puntuaciones se obtienen sumando el resultado de cada subescala. Puntaje máximo 30; punto de corte para determinar deterioro cognitivo es ≤ 26 puntos. La sensibilidad es excelente (70% a 90%) para detectar deterioro cognitivo leve, variantes del funcionamiento cognitivo que no afectan la funcionalidad y etapas tempranas o incipientes del deterioro (Nasreddine et al., 2005).

Depresión: Escala de Depresión de Calgary para esquizofrenia (CDSS; Addington, Addington & Schissel, 1990; Versión en Español de Sarró et al., 2004) valora depresión tanto en fase aguda como en estados deficitarios, al tiempo que trata de distinguirla de los síntomas positivos, negativos y extra piramidales. Escala de 9 ítems, centrada en síntomas cognitivos de la depresión, con graduación de intensidad sintomática de 4 puntos (de 0 a 3 = ausente, leve, moderado, grave). El rango de puntuación es de 0-27. El punto de corte es ≥ 5 , para identificar alto riesgo de comorbilidad de tipo depresivo.

Procedimiento

Se presentó la propuesta a instituciones prestadoras de servicios de salud mental de las ciudades de Bucaramanga y Medellín (Colombia). Después de obtener autorización y listas de pacientes, se invitó y explicó el estudio a los participantes. Una vez aceptado el consentimiento informado se procedió a la aplicación de los cuestionarios en formato digital, y la prueba de deterioro cognitivo impresa.

Análisis estadísticos

Se realizaron con el paquete estadístico SPSS (versión 22.0). Corresponden a estadísticos descriptivos de datos sociodemográficos, puntuaciones de escalas (rangos de puntuaciones mínimo y máximo, media, desviación estándar, frecuencias y porcentajes), y correlación entre variables para verificar si existe interacción entre las mismas.

Resultados

Datos sociodemográficos de los pacientes

Todos reciben tratamiento con medicación al momento de la evaluación. 32,6% (n=14) están institucionalizados o asisten a hospital día y 67,4% (n=29) viven con la familia. Respecto al estado civil, el 74,4% (n=32) son solteros, un 9,3% (n=4) son separados, un 2,3% (n=1) está en unión libre y un 2,3% (n=1) tiene pareja, 7% (n=3) es separado y 4,7% (n=2) es divorciado. Dentro del nivel de educación 18,6% (n=8) han realizado estudios de primaria, 48,8% (n=21) son bachilleres, 2,3% (n=1) es técnico, 4,7% (n=2) son tecnólogos, 18,6% (n=8) tienen estudios universitarios y 7% (n=3) de posgrado. En referencia al estrato socioeconómico, en el I encontramos el 9,3% (n=4), en el II 23,3% (n=10), en el III 43,9% (n=15), en el IV 25,6% (n=11), en el V 4,7% (n=2) y en el VI 2,3% (n=1). En cuanto al desempeño laboral, actualmente solo 9 (20,9%) tienen empleo.

En la Tabla 1 se observan las puntuaciones de las escalas de estrés percibido, depresión y deterioro cognitivo. Los rangos de puntuación propuestos por los autores de la escala de estrés percibido están entre 0 y 56, quedando el grupo ubicado en un nivel medio de estrés percibido. En la escala de depresión, los autores proponen un rango de puntuación es de 0-27, con un punto de corte ≥ 5 para identificar pacientes con alto riesgo de presentar comorbilidad de tipo depresivo, encontrando en nuestra muestra que un 48,83% ($n = 21$) presenta puntuaciones por encima de 5 y a su vez, en promedio el grupo se encuentra en el límite inferior de riesgo de presentar depresión. En la escala de deterioro cognitivo, los autores sugieren que el puntaje máximo es 30 y el punto de corte para determinar deterioro cognitivo es ≥ 26 puntos, encontrando en nuestra muestra que un 74,41% ($n = 32$) presenta puntuaciones por debajo de 26.

Tabla 1.
Puntuaciones en estrés percibido, depresión y deterioro cognitivo

	Estrés Percibido	Depresión	Deterioro Cognitivo
N	43	43	43
Media	23,23	5,72	21,05
D.S.	10,601	5,87	5,47
Mínimo	1	0	6
Máximo	53	24	29

En la Tabla 2 observamos que la muestra en general presenta puntuaciones medias en resolución de problemas (estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce), y pensamiento desiderativo (estrategias cognitivas que reflejan deseo de que la realidad no fuera estresante); y puntuaciones medio-bajas en el resto de estrategias: Reestructuración cognitiva (estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante), Apoyo social (búsqueda de apoyo emocional), Expresión emocional (estrategias encaminadas a liberar emociones que acontecen en el proceso de estrés), Evitación de problemas (negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante), Retirada social (aislamiento de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante), y Autocrítica (autoinculpación y auto reproche por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo).

Teniendo presente que las 4 escalas secundarias se componen de a dos escalas primarias cada una, tal como se describe a continuación: Manejo

adecuado de problemas (Resolución de problemas y reestructuración cognitiva); Manejo adecuado de emociones (Apoyo social y expresión emocional); Manejo inadecuado de problemas (Evitación de problemas y pensamiento desiderativo); Manejo inadecuado de emociones (Retirada social y autocrítica), y que para interpretar las puntuaciones medias hay que tener en cuenta que el rango de puntuación en cada una es de 0 a 40, correspondiente a la suma de respuestas en cada una de las 2 escalas primarias que las componen, los resultados evidencian que la muestra en general presenta puntuaciones medias en las escalas Manejo Adecuado e Inadecuado de problemas; y puntuaciones bajas en Manejo Adecuado e Inadecuado de emociones.

Por último, las 2 escalas terciarias se componen de Manejo adecuado e inadecuado de problemas y de emociones respectivamente. Por tanto, para interpretar las puntuaciones medias hay que tener en cuenta que el rango de puntuación en cada una es de 0 a 80, correspondiente a la suma de respuestas en las 4 escalas primarias que componen las 2 dimensiones secundarias manejo adecuado e inadecuado. Los resultados evidencian que la muestra en general presenta puntuaciones medio-bajas en ambas escalas de Manejo Adecuado e Inadecuado.

Para verificar la existencia de relación entre las diferentes variables de estudio se realizó una correlación de Spearman y se encontraron las siguientes asociaciones significativas (ver Tabla 4): Depresión correlaciona significativamente con la estrategia adecuada Expresión Emocional ($\rho = 0.44$; $p < 0.01$) y con la estrategia inadecuada Retirada Social ($\rho = 0.32$; $p < 0.05$). Estrés percibido correlaciona con Expresión Emocional ($\rho = 0.33$; $p < 0.05$), con las estrategias inadecuadas Retirada Social ($\rho = 0.32$; $p < 0.05$) y Autocrítica ($\rho = 0.42$; $p < 0.01$), y con Depresión ($\rho = 0.74$; $p < 0.001$). Entre las estrategias de afrontamiento del estrés, se encuentran diversas correlaciones esperadas debido a que hacen parte de la misma dimensión. Sin embargo, se encuentran algunas relaciones que podrían tener sentido, pero que teóricamente no se esperarían según la composición de la prueba con que se midieron (estrategias adecuadas correlacionan con estrategias inadecuadas). Finalmente, se observa que el deterioro cognitivo no correlaciona significativamente con ninguna de las otras variables.

En la Tabla 5 observamos que estrés percibido se relaciona significativamente con manejo inadecuado de emociones ($\rho = 0.42$; $p < 0.01$) y manejo adecuado ($\rho = 0.32$; $p < 0.05$). Además, Depresión también se relaciona con manejo inadecuado de emociones ($\rho = 0.32$; $p < 0.05$), tal como se esperaría y como se ha expuesto en las teorías sobre estrés en la esquizofrenia.

Tabla 2.
Puntuaciones en las 8 escalas primarias de estrategias de afrontamiento del estrés

	Resolución Problemas	Reestructuración Cognitiva	Apoyo Social	Expresión Emocional	Evitación Problemas	Pensamiento Desiderativo	Retirada Social	Auto crítica
N	43	43	43	43	43	43	43	43
Media	10,44	8,28	6,93	7,49	6,53	10,16	6,26	7,05
D.S.	6,25	6,04	5,63	5,20	5,29	7,27	4,90	6,49
Mín	0	0	0	0	0	0	0	0
Máx	20	20	20	17	19	20	19	20

Tabla 3.
Puntuaciones en las escalas secundarias y escalas terciarias de estrategias de afrontamiento del estrés

	Escalas secundarias				Escalas terciarias	
	Man Adec Probl	Man Adec Emo	Man Inad Prob	Man Inad Emo	Manejo Adecuado	Manejo Inadecuado
N	43	43	43	43	43	43
Media	18,72	14,42	16,70	13,30	33,14	30,00
D.S.	11,28	9,19	10,76	9,98	18,55	18,72
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	40	36	33	37	76	65

Tabla 4.
Correlación entre estrés percibido, escalas primarias de estrategias de afrontamiento, deterioro cognitivo y depresión

	Estrategias Adecuadas			Estrategias Inadecuadas						
	Res Prob	Reest Cog	Apoyo Social	Exp Emo	Evit Prob	Pen Des	Ret Soc	Auto Crítica	Det Cog	Depresión
Reest Cog	,654**									
Apoyo Soc	,420**	,578**								
Exp Emo	,553**	,418**	,482**							
Evit Prob	,444**	,669**	,451**	,435**						
Pen Des	,522**	,487**	,402**	,551**	,503**					
Ret Soc	,233	,212	,030	,394**	,347*	,590**				
Autocrítica	,301*	,403**	,416**	,480**	,406**	,682**	,560**			
Det Cog	,286	,050	-,005	,124	-,091	,175	-,001	-,005		
Depresión	,006	-,241	,040	,438**	-,037	,199	,323**	,291	,186	
Estrés	-,164	-,256	-,034	,331*	,023	,169	,316*	,422**	-,026	,736**

* Correlación significativa al nivel 0,05

** Correlación significativa al nivel 0,01

Tabla 5.
Correlación entre estrés percibido, deterioro cognitivo, depresión, escalas secundarias y terciarias de estrategias de afrontamiento

	Escalas secundarias			Escalas terciarias		
	Manejo Adecuado de Problemas	Manejo Adecuado de Emociones	Manejo Inadecuado de Problemas	Manejo Inadecuado de Emociones	Manejo Adecuado	Manejo Inadecuado
Estrés	-,265	,156	,154	,421**	-,107	,315*
Depresión	-,155	,265	,146	,318*	,029	,256
Det Cog	,145	,046	,103	-,024	,116	,044

* Correlación significativa al nivel 0,05

** Correlación significativa al nivel 0,01

Discusión

Tal como se ha expuesto en la literatura y en investigaciones previas, gran parte de la muestra en el presente estudio presenta deterioro cognitivo (Schaefer, Giangrande, Weinberger, & Dickinson, 2013), y casi la mitad se encuentra en alto riesgo de comorbilidad con depresión (Khouly, Mahmoud, Sadek, & AlGafary, 2012; Straussa, Sandtb, Catalano, & Allenc, 2012), dado que presentaron un porcentaje de depresión superior a los reportados por otras investigaciones en las que se usó el mismo instrumento (Escala de depresión de Calgary), donde la prevalencia fue de 31% (Majadas, Olivares, Galan & Diez, 2012) y 35,6% (Llanes Basulto, Barrios Hernández, Oliva Hernández, Pimentel Noda, & Calvo Guerra, 2015).

Contrario a lo esperado y reportado en la literatura, la muestra en este estudio presenta un nivel medio de percepción del estrés. Sin embargo, esto puede explicarse ya que como aclaran Zubin, Magaziner y Steinhauer (1983), ni la vulnerabilidad ni el estrés por sí solos pueden producir el trastorno, y para interpretar los niveles de percepción del estrés en esta población, también hay que tener en cuenta condiciones personales como el estilo de afrontamiento, el apoyo social y familiar, y el nivel de funcionamiento.

Respecto a las estrategias de afrontamiento del estrés, los resultados del presente estudio evidencian que en todas las escalas la muestra total presenta puntuaciones con medias muy similares que teóricamente se esperarían fueran inversas, pues se supone que a mayor puntuación en manejo adecuado se debería presentar menor puntuación en manejo inadecuado. Dichas puntuaciones podrían explicarse de tres maneras: 1) La prueba presenta inconsistencias internas debido a que las escalas secundarias y terciarias son la mera suma de las primarias. 2) El uso de determinadas estrategias de afrontamiento podría ser de carácter contextual o

circunstancial, llevando entonces a que una misma persona presente respuestas aparentemente contradictorias, que se entenderían a partir de la posibilidad de que haga uso de ciertas estrategias dependiendo del evento, el momento en que éste se presente y las implicaciones que tenga. 3) No toda estrategia de afrontamiento del estrés debe ser siempre adecuada, ya que en determinadas circunstancias y por motivos de auto preservación, es necesario hacer uso de estrategias pasivas o de evitación de problemas sin que ello necesariamente implique un manejo inadecuado de los mismos.

Para sustentar lo anterior, el modelo transaccional de estrés (Lazarus & Folkman, 1984) sugiere que la valoración que la persona hace sobre el significado o posible impacto del evento estresante es crucial para el impacto real que dichos eventos tienen sobre la salud y el funcionamiento (Folkman & Lazarus, 1986; Norman & Malla, 1993), y al respecto, Zubin y Spring (1977) agregan que todos los sistemas de respuesta difícilmente serán afectados de igual manera por los eventos estresantes, con lo cual se apoya la idea de que el estrés es un proceso dinámico, referido al potencial sesgo de causalidad o intencionalidad que la persona le atribuye al evento en un intento por comprender lo que ocurre.

Los objetivos principales del presente estudio eran determinar si existe relación entre estrés y deterioro cognitivo en personas con diagnóstico de esquizofrenia, confirmar si la depresión y las estrategias de afrontamiento del estrés se relacionan y si son factores moderadores de la relación entre estrés y deterioro cognitivo.

En primer lugar encontramos que el deterioro cognitivo no se relacionó significativamente con ninguna de las demás variables, al igual que en el estudio de Seghers y Docherty (2009). Para el caso particular de la relación esperada y no existente con estrés en el presente estudio, Myin-Germeys y van Os (2007) proponen que probablemente estrés y deterioro cognitivo se relacionen de manera independiente con esquizofrenia, y al

mismo tiempo exponen que si esto es cierto, podría decirse que el deterioro cognitivo reduciría el impacto de eventos vitales estresantes, actuando como factor protector ante los mismos. Sin embargo, en un estudio realizado previamente por Myin-Germeys, Krabbendam, Delespaul y Van Os (2003), se encontró que el estrés afecta más a quienes presentan mejor funcionamiento cognitivo; relación que no fue posible visualizar en el presente estudio.

En segundo lugar y como se esperaba, estrés se relacionó de manera significativa con depresión (Hammen, 2005; Ilgen & Hutchison, 2005) y con las estrategias de afrontamiento expresión emocional, retirada social y autocrítica (Yan Xu et al., 2013). Al respecto, algunos autores explican que las personas con esquizofrenia y depresión son más reactivas ante el estrés debido a que presentan valoraciones negativas y sesgadas respecto a la amenaza (Smith et al., 2006). Por último, depresión correlacionó significativamente con las estrategias de afrontamiento expresión emocional y retirada social. Dicha relación ha sido reportada en estudios previos en los cuales se ha argumentado que los pacientes con esquizofrenia suelen presentar estrategias de afrontamiento evitativas, orientadas a la emoción y menor apoyo social (Ponizovsky et al., 2013).

Para concluir, los resultados del presente estudio hacen parte de una línea de investigación novedosa en Colombia y Latinoamérica, aunque existen algunas limitaciones que no permiten la generalización de los mismos, tales como el pequeño tamaño de la muestra, el tipo de muestreo no probabilístico, el hecho de que todos los pacientes estaban medicados, las variables estrés percibido y estrategias de afrontamiento fueron medidas con escalas generales y de situaciones inespecíficas y no con respecto a la enfermedad o sintomatología, la variable deterioro cognitivo fue medida con una escala diseñada para demencias y no específicamente para pacientes psiquiátricos. Sin embargo, los hallazgos, aunque no pueden ser concluyentes, pueden ser usados como antecedente para futuros estudios.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por la Universidad Cooperativa de Colombia dentro del marco de la convocatoria Fondo Profesores con Doctorado (ID proyecto 1686).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los participantes, a la Clínica ISNOR, al Hogar Psiquiátrico Villarreal y a las auxiliares de investigación.

Referencias

- Addington, D., Addington, J., & Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res*, 3(4), 247-251.
- Bebbington, P. E., Wilkins, S., Sham, P., Jones, P., van Os, J., Murray, R., Toone, B., & Lewis, S. (1996). Life events before psychotic episodes: do clinical and social variables affect the relationship? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31, 122-128.
- Bendall, S., Jackson, H., Hulbert, C., & McGorry, P. (2007). Childhood Trauma and Psychotic Disorders: A Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 1-12.
- Betensky, J. D., Robinson, D. G., Gunduz-Bruce, H., Sevy, S., Lencz, T., Kane, J. M., et al. (2008). Patterns of stress in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 160(1), 38-46.
- Campo, A., Bustos, G., & Romero, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichán*, 9(3), 271-280.
- Cano, F. J., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(1), 29-39.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, J. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
- Corcoran, C., Walker, E., Huot, R., Mittal, V., Tessner, K., Kestler, L., & Malaspina, D. (2003). The Stress Cascade and Schizophrenia: Etiology and Onset. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 671-692.
- Declerck, C. H., Boone, C., & De Brabander, B. (2006). On feeling in control: a biological theory for individual differences in control perception. *Brain Cogn*, 62(2), 143-176.
- Díaz Camargo, E. A., Delgado Sierra, G. A., Riaño Garzón, M. E., Caballero Vargas, A. Y., & Moros Hernández, J. P. (2017). *Rev. Chil. Neuropsicol*, 12(1), 34-39.
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Link, B. G., Skodol, A. E., & Stueve, A. (1998). Life events and other possible psychosocial risk factors for episodes of schizophrenia and major depression: a case control study. In: C.M. Mazure (Ed.) *Does Stress Cause Psychiatric Illness?* American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 43-65.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behav Res Ther*, 41(8), 923-947.
- Galaverna, F., Bueno, A., & Morra, C. (2011). Perfil Neurocognitivo en la Esquizofrenia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2(11), 103-113.
- Gavillán, J., & García, J. (2015). Executive dysfunction in schizophrenia and its association with mentalizing abilities. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 8(3), 119-129.
- Glaser, J. P., van Os, J., Portegijs, P. J. M., & Myin-Germeys, I. (2006). Childhood trauma and emotional reactivity to daily life stress in adult frequent attenders of general practitioners. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 229-236.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Horan, W., & Blanchard, J. (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. *Schizophrenia Research*, 60(2-3), 271-283.
- Ilgen, M.A., & Hutchison, K.E. (2005). A history of major depressive disorder and the response to stress. *Journal of Affective Disorders*, 86, 143-150.
- Jansen, L. M., Gispen-de Wied, C. C., Gademán, P. J., De Jonge, R. C., van der Linden, J. A., & Kahn, R. S. (1998). Blunted cortisol response to a psychosocial stressor in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 33, 87-94.
- Jones, S. R., & Fernyhough, C. (2007). A new look at the neural diathesis-stress model of schizophrenia: The primacy of social-evaluative and uncontrollable situations. *Schizophr Bull*, 33(5), 1171 - 1177.
- Khouly, G., Mahmoud, A., Sadek, H., & AlGafary, M. (2012). A study compared Hamilton and Calgary depressive scales in assessing depression in schizophrenia. *European Psychiatry*, 27(1), 1.
- Krabbendam, L., & van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk. *Schizophr Bull*, 31(4), 795-799.
- Lameda, K., & Rodríguez, G. (2013). Funciones ejecutivas en un grupo de pacientes con esquizofrenia/Prompt functions in a group of patients suffering from schizophrenia. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 10(2).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos [Stress and cognitive processes]*. Barcelona: Martínez Roca.
- Llanes Basulto, Y., Barrios Hernández, Y., Oliva Hernández, I., Pimentel Noda, S. C., & Calvo Guerra, E. (2015). Depresión en pacientes con esquizofrenia ingresados en servicios de agudos del Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Revista de Psicología*, 33(1), 129-149.
- Loubat O., M., Gárate M., R., & Cuturrufo A., N. (2014). Investigaciones en rehabilitación cognitiva para pacientes con esquizofrenia (2004-2013): una revisión temática en beneficio de propuestas para etapas iniciales del trastorno. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 52(3), 213-227.
- Lysaker, P. H., Bryson, G. J., Lancaster, R. S., Evans, J. D., & Bell, M. D. (2003). Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res*, 59(1), 41-47.
- Lysaker, P. H., Campbell, K., & Johannesen, J. K. (2005). Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders: evidence of an interaction. *J Nerv Ment Dis*, 193(5), 287-292.
- Majadas, S., Olivares, J., Galan, J., & Diez, T. (2012). Prevalence of depression and its relationship with other clinical characteristics in a sample of patients with stable schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 145-151.
- Medina, L. (2012). Relación entre funcionamiento neurocognitivo y aspectos sociodemográficos en pacientes con esquizofrenia. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 16(9), 1-35.

- Myin-Germeys, I., Krabbendam, L., Delespaul, P. A., & Van Os, J. (2003). Do life events have their effect on psychosis by influencing the emotional reactivity to daily life stress? *Psychol Med*, 33(2), 327-333.
- Myin-Germeys, I., Krabbendam, L., Jolles, J., Delespaul, P. A., & van Os, J. (2002). Are cognitive impairments associated with sensitivity to stress in schizophrenia? An experience sampling study. *Am J Psychiatry*, 159(3), 443-449.
- Myin-Germeys, I., & van, Os J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27, 409-424.
- Myin-Germeys, I., van Os, J., Schwartz, J. E., Stone, A. A., & Delespaul, P. A. (2001). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 58(12), 1137-1144.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 53, 695-699.
- Norman, R. M. G., & Malla, A. K. (1993). Stressful life events and schizophrenia: I: A review of the research. *British Journal of Psychiatry*, 162, 161-166.
- Norman, R. M. G., & Malla, A. K. (1994). A prospective study of daily stressors and symptomatology in schizophrenic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 244-249.
- Ponizovsky, A., Finkelstein, I., Poliakova, I., Mostovoy, D., Goldberger, N., & Rosca, P. (2013). Interpersonal distances, coping strategies and psychopathology in patients with depression and schizophrenia. *World J Psychiatr*, 3(3), 74-84.
- Ponizovsky, A., Grinshpoon, A., Sasson, R., & Levav, I. (2004). Stress in adult students with schizophrenia in a supported education program. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 401-407.
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol*, 9, 86-93.
- Rosenfarb, I. S., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., & Subotnik, K. L. (2000). Neurocognitive vulnerability, interpersonal criticism, and the emergence of unusual thinking by schizophrenic patients during family transactions. *Arch. Gen. Psychiatry* 57, 1174-1179.
- Sarró, S., Dueñas, R. M., Ramírez, N., Arranz, B., Martínez, R., Sánchez, J. M., et al. (2004). Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophr Res.*, 68(2-3), 349-56.
- Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophr Res*, 150(1), 42-50. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.009.
- Seghers, J. P., & Docherty, N. M. (2009). Cognitive impairments, emotion, stress, and language in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 170, 97-102.
- Selma, H. (2008). Neuropsicología de la Esquizofrenia. *Cuadernos de neuropsicología*, 2(2), 79-134.
- Shevlin, M., Houston, J., Dorahy, M., & Adamson, G. (2007). Cumulative Traumas and Psychosis: An Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 1-7.
- Smith, B., Fowler, D.G., 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.
- Straussa, G., Sandtb, A., Catalanao, L., & Allenc, D. (2012). Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1137-1144.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Kigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognit Ther Res*, 13:343-61.
- van den Bosch, R. J., van Asma, M. J., Rombouts, R., & Louwerens, J. W. (1992). Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 185, 123-128.
- Yan Xu, Z., Zu, S., TaoXiang, Y., Wang, N., HuaGuo, Z., Kilbourne, A., et al. (2013). Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression in patients with schizophrenia: A preliminary survey. *Psychiatry Research*, 209(3), 340-345.
- Zaragoza, S., Bobes, J., García-Portilla, M.-P., & Morralla, C. (2015). Cognitive Performance associated to functional outcomes in stable outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2(3), 146-158. <http://doi.org/10.1016/j.scog.2015.03.002>.
- Zubin, J., Magaziner, J., & Steinhauer, S. R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psychol Med*, 13(3), 551-571.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.