



Facultat de Psicologia,  
Ciències de l'Educació  
i de l'Esport

L'ANSIETAT-ESTAT EN PACIENTS AMB DIAGNÒSTIC  
D'ESQUIZOFRÈNIA O DE TRASTORN ESQUIZOAFECTIU

---

TREBALL DE FI DE GRAU

Curs 2017-2018

28 de maig de 2018

Grau en psicologia

Autora: Aina Bellido Suñé

Tutor: Lluís Botella Garcia Del Cid

### Resum

El present estudi investiga la relació entre l'ansietat-estat i les persones que pateixen esquizofrènia o un trastorn esquizoafectiu. L'ansietat-estat va ser definida per Rachman (1998) com un estat transitori que succeeix quan s'evoquen estímuls amenaçadors i usualment només dura un període de temps limitat. L'esquizofrènia, és un trastorn psicòtic que es caracteritza per una alteració de la consciència de la realitat, de la sensopercepció, del flux i associació de pensaments, de l'afectivitat i de les funcions executives (Opler & Hwang, 1994). El trastorn esquizoafectiu es caracteritza per un període continu de malaltia durant el qual es presenta en algun moment un episodi depressiu major, maníac o mixt, simultàniament amb símptomes psicòtics greus (APA; Associació Americana de Psicologia, 1996). Els participants que han conformat la mostra, un total de 40 subjectes, tenen entre 18 i 70 anys. S'han establert dos grups; el grup sa, format per 20 persones sense diagnòstic de trastorn mental, i el grup clínic, format per 20 persones diagnosticades d'esquizofrènia o trastorn esquizoafectiu i ingressades en el moment de l'estudi en les unitats d'Aguts o Subaguts de l'hospital Benito Menni de Sant Boi del Llobregat (Barcelona). L'instrument utilitzat per mesurar el nivell d'ansietat-estat en els dos grups ha sigut l'Inventari d'Ansietat Estat-Tret de Spielberg (STAI; Spielberg, 1983). Per a l'anàlisi de dades, s'ha utilitzat el programa estadístic SPSS, essent la T-Student i la Correlació de Pearson les proves utilitzades. No s'han trobat resultats significatius i això es podria deure a varis factors com l'abordatge de l'ansietat que es faria en aquest centre i/o la medicació que es subministraria als pacients.

*Paraules clau:* Esquizofrènia, Trastorn Esquizoafectiu, Ansietat-Estat, temps d'ingrés hospitalari.

## Introducció

L'esquizofrènia (del grec, «ment escindida») és un diagnòstic que s'aplica a un conjunt molt variat de símptomes, en els que predomina una alteració de la consciència de la realitat, de la sensopercepció, del flux i associació de pensaments, de l'afectivitat i de les funcions executives (Opler & Hwang, 1994). L'esquizofrènia, és un trastorn psicòtic la prevalença del qual s'estima actualment entre el 0,5 i l'1% (APA, 1996). Els subtipus clínics acceptats pel DSM-IV (Manual Diagnòstic i Estadístic de dels trastorns mentals, quarta edició) són, l'esquizofrènia de tipus desorganitzada, catatònica, paranoide, residual i l'esquizofrènia de tipus indiferenciada. El diagnòstic d'un subtipus en particular es basa en el quadre clínic que va motivar l'avaluació o l'ingrés i, per tant, pot canviar amb el temps (APA, 1996). Per contra, han obtingut més interès entre els investigadors els conceptes d'esquizofrènia de tipus I i de tipus II o positiva i negativa els quals es refereixen a la predominança, en el primer tipus, de símptomes florits o productius (al·lucinacions, deliris i agitació) i en el segon tipus de símptomes deficitaris (aplanament afectiu, empobriment del llenguatge i apatia). D'altra banda, els símptomes positius es relacionen amb un inici agut, un escàs deteriorament social, normalitat en les proves neuropsicològiques i una bona resposta als antipsicòtics, mentre que els negatius s'associen a un inici insidiós, un deteriorament social, alteracions neuropsicològiques i poca resposta als antipsicòtics (Guimón, 2005). L'edat mitja d'inici pel primer episodi psicòtic de l'esquizofrènia és a meitat de la tercera dècada de la vida dels homes i al final d'aquesta dècada en les dones. L'inici pot ser brusc o insidiós, però la majoria dels subjectes mostres algun tipus de fase prodròmica manifestada pel lent i gradual desenvolupament de diversos signes i símptomes. La majoria dels estudis sobre l'evolució de l'esquizofrènia suggereixen que el curs és variable, amb exacerbacions i remissions en alguns subjectes, mentre que en d'altres romanen crònicament malalts (APA, 1996). En quant al tractament, tot i que no hi ha cap que pugui curar l'esquizofrènia, sí que és possible tenir un bon maneig d'aquesta i arribar a nivells de remissió compatibles amb qualsevol activitat social. Els antipsicòtics constitueixen la primera

línia de tractament actualment però s'ha de considerar que el tractament d'aquesta malaltia és integral, és a dir, no és purament farmacològic, ni psicològic, ni social, sinó més bé una combinació de tots ells, cadascun amb un propòsit. En el cas de l'hospitalització, aquesta estaria indicada davant de la simptomatologia més florida i dels trastorns conductuals que puguin posar en risc al propi pacient o al seu entorn. Tot i així, avui dia s'accepta que la hospitalització ha de ser el més breu possible, només per obtenir la compensació conductual i l'inici del tractament farmacològic (o el seu ajust) i psicològic (Opler & Hwang, 1994). D'altra banda, en les últimes dècades alguns autors com Welter (1977) i Himmelhoch (1981) (citats a Lermenda, Holmegren, Soto-Aguilar & Sapag, 2013, p.50) han considerat el trastorn esquizoafectiu com una forma d'evolució de l'esquizofrènia. Aquests mateixos autors haurien realitzat estudis a llarg plaç que comprovarien que una majoria de pacients esquizoafectius presenten un curs crònic deteriorant indistingible de la esquizofrènia. En canvi, altres autors com Tsuang (1976), Mendlewicz (1980) o Baron (1982) (citats a Lermenda et al., 2013, p.50) defenen l'utilitat de mantenir aquesta tipificació diagnòstica (trastorn esquizoafectiu) com una possible entitat diagnòstica heterogènia en la que s'admet un defecte intermig entre el trastorn bipolar i l'esquizofrènia (Tsuang & Simpson, 1984). Actualment, el trastorn esquizoafectiu es considera un trastorn mental que es caracteritza per una període continu de malaltia durant el qual es presenta, en algun moment, un episodi depressiu major, maníac o mixt, simultàniament amb símptomes psicòtics greus. A més, durant el mateix període de malaltia ha hagut idees delirants o al·lucinacions durant al menys dues setmanes, sense símptomes afectius acusats. Finalment, els símptomes afectius estan presents durant una part substancial del total de la duració de la malaltia. Els símptomes no han de ser atribuïbles als efectes fisiològics d'alguna substància o a una malaltia mèdica. A banda d'això, les característiques principals s'han de presentar dins d'un únic període continu de la malaltia. El terme "període de malaltia" en aquest cas es referiria a un període de temps durant el qual, el subjecte segueix presentant símptomes actius o residuals de la malaltia psicòtica (APA, 1996). El trastorn esquizoafectiu es classificaria en tipus bipolar si forma part del

quadre un episodi maníac o un episodi mixt (també es pot presentar un episodi depressiu major) i com a tipus depressiu si únicament formen part del quadre episodis depressius majors. En quant a la cronicitat d'aquest trastorn, s'ha demostrat que mentre major sigui el número de símptomes esquizofrènics, més crònic serà el trastorn (Arenas & Rogelis, 2006).

L'ansietat és un conjunt de processos adaptatius, reaccions defensives innates que garanteixen la supervivència de les persones i alhora, és la reacció que produeix la major quantitat de trastorns mentals, conductuals i psicofisiològics (Fernández-Abascal, 1997). Hi ha varies classificacions però des de mitjans dels anys seixanta, la distinció estat-tret ha rebut un ampli reconeixement en la literatura psicològica (Dreger, 1985; Endler, 1983; Spielberg, 1985). Spielberg (1966) va definir l'ansietat-tret com una predisposició individual per respondre, per tant, quan es fa al·lusió a l'ansietat-tret es parlaria de les diferències individuals entre les persones en la forma de percebre el món i respondre a ell. D'altra banda, la definició clàssica de tret (particularment ansietat-tret), implica una predisposició generalitzada i duradora de reaccionar a moltes situacions de forma congruent (Allport, 1937). La persona (ansietat-tret) i la situació són importants a l'hora de determinar els nivells de l'ansietat-estat (Endler & Kocovsky, 2001). Per tant, l'ansietat-estat va ser definida per Spielberg (1966) com una emoció transitòria caracteritzada per l'excitació fisiològica i els sentiments conscientment percebuts d'aprehensió, temor i tensió. És a dir, es tractaria d'un estat transitori que succeeix quan s'evoquen estímuls amenaçadors i usualment dura només un període limitat de temps (Rachman, 1998). Per tant, els nivells d'ansietat-estat depenen tant de la persona com de la situació estressant (Endler & Kocovski, 2001).

Hi ha qui considera doncs, que l'ansietat és una característica central en quasi tots els trastorns psicopatològics (Sandín & Chorot, 1995). L'augment de la precisió diagnòstica permesa pel DSM-III (APA, 1984) i els seus derivats, ha encoratjat l'estudi de la comorbiditat psiquiàtrica ja ben desenvolupada en l'àrea de l'ansietat i els trastorns de l'etat d'ànim però molt pobre encara en l'àmbit dels trastorns d'ansietat en psicosis (Wittchen, 1996). Diferents autors com Siris (1991),

Cassano (1999) o Morey (1994) (citats a Dernovsek & Sprah, 2009, p.44) defenen que els símptomes d'ansietat podrien estar presents en el 60% dels pacients amb trastorn psicòtic crònic i inclús, alguns autors hipotetitzen que l'ansietat seria una part integral del desenvolupament de la esquizofrènia en un subgrup significatiu dels casos (Turnbull, 2001). A més, hi ha una sèrie d'estudis epidemiològics (Craig, Hwang & Bromet, 2002; Kessler, 1997) que demostren l'augment de la taxa de trastorns d'ansietat en pacients amb esquizofrènia. Hoffman (1999) (citats a Tibbo, Swainson, Chue, & LeMelledo, 2003, p.69) va proposar quatre possibles explicacions per a l'associació d'aquestes dues entitats aparentment diferents: (1) les tasses de comorbiditat es deuen a un artefacte metodològic, (2) els símptomes d'ansietat causen símptomes esquizofrènics, (3) els símptomes esquizofrènics causen símptomes d'ansietat, o (4) els símptomes d'ansietat i els d'esquizofrènia comparteixen factors etiològics comuns. D'altres autors com Siris (1991), defenen que alguns tipus d'emocions negatives com l'ansietat o la depressió, poden sorgir com a conseqüència de la valoració de la experiència de la malaltia psicòtica (reacció negativa als símptomes amenaçadors i a l'estigma, la baixa autoestima, la crítica, la desesperança i la impotència o la pèrdua de control). D'acord amb aquesta explicació, hi hauria un concepte de dol després d'haver perdut les capacitats personals per funcionar, els rols clau i l'estatus (Apello, 1993). D'altra banda, tot i que els signes i símptomes d'ansietat siguin els mateixos en pacients amb psicosis que en pacients amb trastorns d'ansietat, de vegades els símptomes de la psicosis són més destacats i els símptomes d'ansietat no reben una atenció clínica completa (Braga, 2004; Muller, 2004). A banda d'això, s'ha demostrat que l'ansietat comòrbida té un impacte negatiu en la recuperació i el funcionament dels pacients (Voges & Addington, 2005) ja que per exemple, la presència de l'ansietat en els pacients amb esquizofrènia s'ha associat a un major risc de suïcidi (Taiminen et al., 2001), a un funcionament social més pobre i a un major risc de recaiguda (Blanchard, Mueser & Bellack, 1998). És per això que el reconeixement i el tractament del trastorn d'ansietat en pacients amb trastorn de l'espectre esquizofrènic, el qual inclou el trastorn esquizoafectiu (Braga, Reynolds & Siris, 2013), podria

contribuir a aconseguir resultats més positius (Kingsep, Nathan & Castle, 2003). Altres autors (Braga et al., 2013) també hi estarien d'acord i argumenten que un tractament adequat per a l'ansietat comòrbida pot produir un impacte positiu en el curs de la esquizofrènia. Tot i això, el concepte de símptomes/síndromes d'ansietat en la població esquizofrènica encara no està ben comprès. Els límits entre símptomes d'ansietat purs que coexisteixen amb esquizofrènia i els símptomes semblants a l'ansietat a causa del trastorn psicòtic, són molt borrosos (Opler & Hwang, 1994).

Els objectius d'aquest estudi són els següents:

1. Esbrinar si es dona un major nivell d'ansietat-estat en el grup clínic (població diagnosticada de trastorn esquizofrènic o trastorn esquizoafectiu) o en el grup sa.
2. Esbrinar quin dels dos gèneres del grup clínic presenta un nivell d'ansietat-estat més elevat.
3. Esbrinar si el temps d'hospitalització influeix en el nivell d'ansietat-estat dels pacients esquizofrènics o esquizoafectius ingressats en una unitat mental.

Les hipòtesis que es plantegen en aquest estudi són les següents:

1. La població clínic presenta un nivell d'ansietat-estat superior al de la població sana.
2. Les dones del grup clínic presenten un nivell d'ansietat-estat més elevat que el dels homes del mateix grup.
3. A major temps d'ingrés en una unitat mental de pacients amb esquizofrènia o trastorn esquizoafectiu, menor serà el nivell d'ansietat-estat

### Mètode

El present estudi s'ha dut a terme amb 40 participants d'edats compreses entre els 17 i els 70 anys, els quals s'han dividit en dos grups. Per una banda la mostra sana, integrada per 9 homes i 11 dones, es va obtenir a través d'un mostreig aleatori de la població. D'altra banda, la mostra clínica estava formada per un total de 13 homes i de 7 dones diagnosticats d'esquizofrènia o de trastorn esquizoafectiu i ingressats en el moment de l'estudi en les unitats d'Aguts o Subaguts del Complex Assistencial en Salut Mental (CASM) Benito Menni de Sant Boi del Llobregat (Barcelona).

Es va realitzar un breu qüestionari personal per a la mostra clínica, format per 4 ítems. Amb aquestes preguntes es pretenia saber l'edat, el gènere, la unitat de l'hospital mental en la que es trobaven ingressats i el temps que hi duien. En canvi, per a la mostra no clínica únicament es va crear un qüestionari personal amb 3 ítems per tal d'esbrinar el gènere, l'edat del subjecte i si aquest patia algun tipus de trastorn d'ansietat. El nivell d'ansietat dels participants es va avaluar amb l'Inventari d'Ansietat Estat-Tret de Spielberg (STAI; Spielberg, 1983). L'STAI és un qüestionari d'auto-informe que consta de 40 ítems de resposta Likert de 4 punts i que es divideixen en dues subescales (Ansietat-Estat, Ansietat-Tret) cadascuna d'elles formada per 20 ítems diferents. Per aquest estudi, es va considerar oportú utilitzar únicament la subescala Ansietat-Estat ja que és la que avalua el nivell d'ansietat dels participants en el moment actual; (p.e. «Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras»).

Per a la recollida de dades de la mostra clínica, es va contactar amb la psicòloga de la unitat d'Aguts i Subaguts del CASM Benito Menni de Sant Boi. Juntament amb ella, es van revisar els expedients clínics d'aquells pacients que estaven ingressats en el moment de l'estudi. Es van seleccionar tots els usuaris diagnosticats mitjançant el DSM-IV (APA, 1996) d'esquizofrènia o de trastorn esquizoafectiu. També era necessari que els participants de l'estudi tinguessin un coeficient intel·lectual que es trobés dins de la normalitat per tal d'assegurar la comprensió dels diferents ítems de les proves i la informació del document de consentiment informat. Un cop seleccionada la



mostra, es van anar citant als subjectes, un per un, en un despatx de la unitat. De forma prèvia a la realització de la prova, es va informar a cada participant de la finalitat de l'estudi, dels qüestionaris que hauria de fer i de la voluntarietat de la seva participació a través d'un document de consentiment informat. Posteriorment, es va obtenir el seu consentiment per escrit i seguidament se li va passar els qüestionaris. Aquest procediment es va repetir en quatre ocasions diferents en la unitat d'Aguts per tal d'aconseguir una mostra de 10 subjectes i en dues ocasions en la unitat de Subaguts per tal d'aconseguir la resta de la mostra. D'altra banda, per a la recollida de dades de la mostra no clínica es va enviar el document de consentiment informat juntament amb els qüestionaris mitjançant internet.

En quant a l'anàlisi de dades, s'ha utilitzat els següents procediments estadístics: per comprovar si la mostra clínica té un nivell d'ansietat més alt que la mostra no clínica, es va utilitzar la prova T-Student; per comprovar si les dones de la mostra clínica que participen en l'estudi tenen un nivell d'ansietat més elevat que els homes de la mateixa mostra, també es va fer servir la prova T-Student i per últim, per comprovar si el temps d'hospitalització de la mostra clínica està relacionat amb el nivell d'ansietat, es va fer una correlació entre el temps d'ingrés (el qual es va dividir en 3 mesos i es va considerar com a mesura estàndard que cada mes estava format per 30 dies) i el nivell d'ansietat dels participants.

### Resultats

En la Taula 1 observem que en la comparació de mitjanes de dues mostres independents, no hi ha diferències significatives entre el grup sa i el grup clínic respecte al nivell d'ansietat-estat. És a dir, no es dona un nivell d'ansietat-estat significativament diferent ( $t = 1.911$  ( $p=.065>.05$ )) entre la població clínica ( $M=1.10$ ,  $DT=.686$ ) i la població sana ( $M=1.45$ ,  $DT=.447$ ).

#### Taula 1

*Mitjana, desviacions típiques, valor de t, graus de significació i graus de llibertat del nivell d'ansietat de la població clínica i la població sana.*

	Població clínica	Població sana	Total	
Variable	(N=20)	(N=20)	(N=40)	<i>t (p, gl)</i>
	M (DT)	M (DT)		
Nivell d'ansietat	1.10 (.686)	1.45 (.447)	-	1.911 (.065, 32.670)

En la Taula 2 observem que en la comparació de mitjanes de dues mostres independents, no hi ha diferències significatives entre els dos sexes del grup clínic respecte al nivell d'ansietat-estat. És a dir, no es dona un nivell d'ansietat-estat significativament diferent ( $t = -.100$  ( $p=.992>.05$ )) entre les dones ( $M=1.43$ ,  $DT=.787$ ) i els homes ( $M=1.46$ ,  $DT=.660$ ) que pateixen esquizofrènia o trastorn esquizoafectiu.

#### Taula 2

*Mitjana, desviacions típiques, valor de t, graus de significació i graus de llibertat del nivell d'ansietat d'homes i dones de la població clínica.*

	Homes	Dones	Total	
Variable	(N=13)	(N=7)	(N=20)	<i>t (p, gl)</i>
	M (DT)	M (DT)		
Nivell d'ansietat	1.46 (.660)	1.43 (.787)	-	-.100 (.922, 18)

En la Taula 3 podem comprovar que no existeix una correlació significativa ( $r=.143(p=.378>.05)$ ) entre el nivell d'ansietat-estat i el temps d'ingrés en les unitats d'Aguts i Subaguts dels subjectes del grup clínic.

### Taula 3

*Mitjana, desviacions típiques, valor de r i graus de significació del nivell d'ansietat respecte el temps d'ingrés dels pacients de la població clínica.*

	No ingrés	1 mes	2 mesos	3 mesos	Total	
Variable	(N=20)	(N=14)	(N=3)	(N=3)	(N=40)	t (p)
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M(DT)		
Nivell d'ansietat	1.10 (.447)	1.57 (.756)	1(.0)	1.33 (.577)	-	.143 (.378)

### Discussió

En quant a l'obtenció de resultats, tal i com mostra aquest estudi el nivell d'ansietat-estat no va ser significativament superior en la població esquizofrènica o esquizoafectiva respecte la població sana. És per això que la  $H_1$  que es plantejava en un principi («La població clínica presenta un un nivell d'ansietat-estat superior al de la població sana») no es compliria i per tant, hauríem d'acceptar la  $H_0$ . Aquests resultats no es distanciarien gaire de la realitat ja que trobem una gran varietat d'informació segons diferents estudis; per exemple, investigacions com la de Strian i Klicpera (1983) sí han pogut demostrar un major índex d'ansietat en un grup de pacients esquizofrènics ingressats respecte un altre grup compost per persones sanes. Altres estudis com el de Broman, Hamilton, Hoffman i Mavaddat (1995), no van poder observar diferències significatives en quant al nivell d'ansietat entre pacients esquizofrènics i persones sanes. Pel que fa als pacients ingressats en un hospital mental i diagnosticats d'esquizofrènia o trastorn esquizoafectiu, tampoc es van poder observar diferències significatives respecte al gènere i el nivell d'ansietat-estat. En aquest cas doncs, es va haver de rebutjar la  $H_1$  i acceptar la  $H_0$  la qual afirma que no hi ha diferències significatives entre el gènere de la mostra clínica respecte el nivell d'ansietat-estat. Aquests resultats són oposats als obtinguts per estudis com el de Nakazato i Shimonaka (1989) el qual ha arribat a afirmar que són les dones esquizofrèniques les que tendeixen a presentar nivells d'ansietat-estat més alts que els homes. Per últim, es va voler comprovar si el temps d'ingrés en un hospital mental influïa en el nivell d'ansietat-estat dels pacients que hi estaven ingressats i que presentaven el diagnòstic d'esquizofrènia o de trastorn esquizoafectiu. Un cop més, no es van poder obtenir resultats significatius i per tant, es va haver de rebutjar la  $H_1$  la qual afirmava que «A major temps d'ingrés de pacients amb esquizofrènia o trastorn esquizoafectiu, menor serà el nivell d'ansietat-estat». Per tant, el nivell d'ansietat-estat que poden patir els pacients d'un hospital mental amb aquest diagnòstic, no podria ser explicat pel temps que hi duen ingressats.

Des d'un principi, s'havien considerat tres objectius per aquest estudi: respecte al primer objectiu que ens plantejàvem («Esbrinar si es dona un major nivell d'ansietat-estat en el grup clínic o en el grup sa»), es va suposar que la mostra clínica presentaria uns nivells d'ansietat-estat més elevats que la sana. Hem de tenir en compte que, tal i com anirem dient al llarg d'aquest punt, la mida de la mostra no seria representativa d'ambdós poblacions i per això no podríem aplicar aquests resultats a la població esquizofrènica i esquizoafectiva general. El segon objectiu que s'havia plantejat per aquest estudi («Esbrinar quin dels dos gèneres del grup clínic presenta un nivell d'ansietat-estat més elevat»), a banda de tenir un total de mostra clínica molt reduït (N=20), les mides de la mostra per a cada gènere no eren equitatives (Homes N=13; Dones N=7). Si haguessin sigut equitatives i més elevades, es considera que sí s'hauria trobat algun tipus de diferència significativa entre ambdós gèneres ja que, la gran majoria d'estudis realitzats fins al moment sobre aquest tema (Kaneda, Nagamine & Fuji, 2003), han pogut comprovar l'existència de diferències significatives entre el gènere femení i masculí respecte el nivell d'ansietat-estat. Per últim, per tal d'estudiar el tercer objectiu proposat («Esbrinar si el temps d'hospitalització influeix en el nivell d'ansietat-estat dels pacients esquizofrènics o esquizoafectius ingressats en una unitat mental»), tampoc es va poder aconseguir mides equitatives de la mostra clínica per a cada grup de temps (No ingrés N=20; 1 mes d'ingrés N=14; 2 mesos d'ingrés N=3; 3 mesos d'ingrés N=3). Aquest factor clarament va dificultar el poder obtenir algun tipus de correlació significativa ja que, des d'un primer moment, s'hipotetitzava que a major temps d'ingrés en una unitat mental, els índexs d'ansietat-estat serien menys elevats degut a que el nivell d'estabilització dels pacients hauria augmentat. Es considera que si s'hagués tingut una mida de mostra clínica més elevada i més equitativa per a cada mesura de temps, s'hauria aconseguit confirmar la  $H_1$  que es plantejava i tal i com alguns estudis van poder fer; Strian i Klicpera (1983) van comprovar que en el moment de l'alta dels pacients ingressats en un hospital i diagnosticats d'esquizofrènia, els nivells d'ansietat eren semblants als del grup de persones sanes.

Com ja hem comentat, en cap dels casos es va obtenir resultats significatius, però deixant de banda les observacions que acabem de realitzar, podríem buscar varis factors que explicarien aquests resultats; per una banda, a l'estudiar a pacients provinents de dues unitats del mateix centre hospitalari, l'abordatge de l'ansietat que es faria en aquest podria haver influït en que els subjectes presentessin uns nivells d'ansietat-estat menys significatius en el moment de l'estudi. També l'entorn, sobre tot d'aquells pacients que duen varies setmanes ingressats, hauria propiciat una disminució de l'ansietat-estat ja que el grau d'adaptació al centre i l'acceptació de la malaltia s'hipotetitza que seria més elevada degut a que hi portarien més temps. D'altra banda, també podria ser que la medicació antipsicòtica que se'ls hi subministra atenués els símptomes ansiosos.

No obstant, varies limitacions d'aquest estudi mereixen una menció. Tal i com s'ha anat comentant, s'ha disposat d'una mida de mostra molt reduïda (població sana N=20; població malalta N=20). Això es deu a que les característiques de la mostra clínica eren molt específiques i a més, resultava complicat trobar subjectes amb aquests trets que volguessin realitzar l'estudi de forma voluntària o bé, que poguessin fer-ho ja que de vegades, quan duen pocs dies ingressats encara s'estan adaptant a la medicació i molts d'ells pateixen somnolència i dificultats per estar atents. Degut a la poca mostra de pacients esquizofrènics de la que es disposava en un principi, es va intentar ampliar-la incloent pacients amb un diagnòstic de trastorn esquizoafectiu (ja que com s'ha comentat, hi ha autors que consideren el trastorn esquizoafectiu com una forma d'evolució de la esquizofrènia (Welter, 1977; Himmelhoch, 1981) (citat a Lermenda, Holmegren, Soto-Aguilar & Sapag, 2013, p.50)), la qual cosa va suposar que la mostra fos més heterogènia. A més, es van excloure de la mostra clínica tots aquells pacients que en el seu historial clínic hi figurés un trastorn per ús de substàncies ja que, de vegades, l'abús de substàncies i/o alcohol pot enfosquir els signes i símptomes de l'ansietat o disminuir-los (Castle, 2009). Hem de tenir en compte però, que l'abús de substàncies és altament comòrbid en l'esquizofrènia i l'ansietat (Seedat, Fritelli, Oosthuizen, Emsley & Stein, 2007). Tampoc es van incloure aquelles pacients que, a banda d'un diagnòstic

d'esquizofrènia o trastorn esquizoafectiu, tinguessin diagnosticat un trastorn d'ansietat i/o patissin un retard mental. En la mostra sana, també va ser un requisit per participar que la persona no patís qualsevol tipus de trastorn d'ansietat. Per últim, també ha suposat un impediment el fet que en la mostra no sana, el número d'homes i de dones no fos el mateix. Això va influir en que, quan es va realitzar la comparació de gènere de la mostra clínica (H2) mitjançant el procediment estadístic T-Student, no es trobés cap evidència significativa. Alhora, el temps d'ingrés de la mostra clínica tampoc va poder ser equitatiu ja que la majoria dels pacients als quals se'ls hi va poder passar les proves, feia poc que acabaven d'ingressar i es trobaven en la unitat d'Aguts.

Per tant, podem extreure com a conclusions que aquest estudi hauria de ser replicat amb mides de mostra més elevades i equitatives per a cada grup per tal de poder obtenir uns resultats aplicables a la població esquizofrènica i esquizoafectiva general. D'altra banda, tota la literatura utilitzada per aquest estudi confirma que els trastorns d'ansietat es troben de forma molt comú en pacients amb trastorn de l'espectre esquizofrènic i tenen una significativa influència sobre el curs de la malaltia, el funcionament quotidià del pacient i el pronòstic global. Tot i això, la majoria de vegades l'ansietat es considera secundària a la malaltia psicòtica i s'espera que millori en paral·lel amb els símptomes esquizofrènics o bé, costa detectar l'ansietat comòrbida en psicosis. En conseqüència, l'ansietat no és diagnosticada i per tant no és tractada la qual cosa tindria un significatiu impacte negatiu sobre l'adaptació social, la qualitat de vida i el funcionament d'aquestes persones. És per això que la majoria de literatura sobre aquest àmbit que hi ha disponible avui dia, indica que un tractament adequat per a l'ansietat comòrbida pot tenir un impacte positiu en el curs de les malalties de l'espectre esquizofrènic. Per tant, s'hauria de fer més èmfasis en la detecció de símptomes i trastorns d'ansietat en pacients amb psicosis i en el seu tractament ja que seria una forma d'augmentar la seva qualitat de vida i el seu funcionament.

### Referències

- Achim, A., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C. i Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 811–821.
- Allport, G.W. (1937). *Personality*. New York: Holt.
- American Psychiatric Association. (1984). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ª ed.)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.)*. Barcelona: Masson.
- Apello, M., Woonings, F., Sloof, C., Carson, J, i Louwerens, J. (1993). Grief: Its significance for rehabilitation in schizophrenia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1, 24-45.
- Arenas, A. i Rogelis, P. (2006). Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad. *Universitas Médica*, 47(2), 147-156.
- Blanchard, J., Mueser, K. i Bellack, A. (1998). Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 413-424.
- Braga, R., Mendlowicz, M., Marrocos, R. i Figueira, I. (2005). Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: Prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 409-414.
- Braga, R., Petrides, G. i Figueira, I. (2004). Anxiety disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 460-468.
- Braga, R., Reynolds, G. i Siris, S. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 210, 1-7.
- Broman, C., Hamilton, V.L., Hoffman, W.S. i Mavaddat, R. (1995). Race, gender, and the response to stress: auto-workers' vulnerability to long-term unemployment. *American Journal of Community Psychology*, 23(6), 813-842.



Buckley, P., Miller, B., Lehrer, D. i Castle, D. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia.

*Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383–402.

Cassano, G., Pini, S., Sacttoni, M. i Dell'Osso, L. (1999). Multiple anxiety disorder comorbidity in patients with mood spectrum disorders with psychotic features. *American Journal of*

*Psychiatry*, 156(3), 474-476.

Chen, W., Chu, H., Lu, R., Chou, Y., Chen, C., Chang, Y., ... Chou, K. (2009). Efficacy of

progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia.

*Journal of Clinical Nursing*, 18, 2187–2196.

Cosoff, S. i Hafner, J. (1998). The prevalence of co-morbid anxiety in schizophrenia,

schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of*

*Psychiatry*, 32, 67-72.

Craig, T., Hwang, M. i Bromet, E. (2002). Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients

with first-admission psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 592-598.

Dernovsek, M. i Sprah, L. (2009). Co-morbid anxiety in patients with psychosis. *Psychiatria*

*Danubina*, 21(1), 43-50.

Dreger, R. (1985). Real and random P-technique analyses of the State-Trait Anxiety Inventory and

their relation to R-technique analyses. *The Southern Psychologist*, 2(4), 17-28.

Endler, N. (1983). Interactionism: a personality model, but not yet a theory. En: *M. M. Page (Ed.),*

*Nebraska Symposium on Motivation 1982: personality - current theory and research*. Lincoln,

NE: University of Nebraska Press.

Endler, N. i Kocovski, N. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*,

15(3), 231-245.

Fernández-Abascal, E. (1997). *Psicología General: motivación y emoción*. Madrid: Centro de

Estudios Ramón Areces.

- Guimón, J. (2005). Los limites del concepto de espectro en la esquizofrenia. *Revista Internacional On-line*, 4(3), 1-12.
- Huppert, J. i Smith, T. (2005). Anxiety and schizophrenia: The interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectrums*, 10 (9), 721-731.
- Kaneda, Y., Nagamine, I. i Fujii, A. (2003). Ansiedad-Estado en la Esquizofrenia. *The European Journal of Psychiatry*, 17(2), 101-107.
- Kashinath, A. i Muthe, K. (2015). Prevalence of Anxiety in Schizophrenic Patients and its Impact on Quality of Life. *International Journal of Scientific Study*, 3(7), 12-17
- Kessler, R.C., Crum, R., Warner L., Nelson, C., Schulenberg, J. i Anthony, J. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313-321.
- Kingsep, P., Nathan P. i Castle, D. (2003). Cognitive-behavioral group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63(1-2), 121-129.
- Lermenda, V., Holmegren, D., Soto-Aguilar, F. I Sapag, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 46-60.
- Muller, J., Koen, L., Seedat, S., Emsley, R. i Stein, D. (2004). Anxiety disorders and schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 6(4), 255-261.
- Nakazato, K. i Shimonaka, Y. (1989). The Japanese State-Trait Anxiety Inventory: age and sex differences. *Perceptual and Motor Skills*, 69(2), 611-617.
- Navarro, D. i Carrasco, O. (2009). Relación entre Síntomas Psicóticos, Estados Emocionales Negativos y Años de Evolución en Personas con Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 20(2), 197-204.
- Opler, L. i Hwang, M. (1994). Schizophrenia: a multidimensional disorder. *Psychiatric Annals*, 24(9), 491-495.

- Rachman, S. (1998). *Influences on anxiety. Anxiety*. Hove: Psychology Press.
- Sandin, B. i Chorot, P. (1995). Síndromes clínics de la ansietat. En B. Sandín y A. Belloch (Eds), *Manual de psicopatología* (pp. 81- 111). Madrid: McGraw-Hill.
- Seedat, S., Fritelli, V., Oosthuizen, P., Emsley, R. i Stein, D. (2007). Measuring Anxiety in Patients with Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 320-324.
- Siris, S. (1991). Diagnosis of secondary depression in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 75-89.
- Spielberger, C. (1966). Theory and Research on Anxiety. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 3-20). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. (1985). Anxiety, cognition, and affect: A state-trait perspective. Hillsdale: N.J, Erlbaum.
- Spielberger C., Gorsuch, R.L., i Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- Strakowski, S., Tohen, M., Stoll, A., Faedda, G., Mayer, P., Kolbrener, M. i Goodwin, D. (1993). Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 150(5), 752-757.
- Strian, F. i Klicpera, C. (1983). Anxiety in schizophrenic psychoses. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 233(5), 347-357.
- Taiminen, T., Huttunen, J., Heila, H., Henriksson, M., Isometsa, E., Kahkonen, J., ... Helenius, H. (2001). The Schizophrenia Suicide Risk Scale (SSRS): development and initial validation. *Schizophrenia Research*, 47(2-3), 199-213.
- Tibbo, P., Swainson, J., Chue, P. i LeMelledo, J.M. (2003). Prevalence and relationship to delusions and hallucinations of anxiety disorders in schizophrenia. *Depression and Anxiety*, 17, 65-72.

Tsuang, M. i Simpson, J. (1984). Schizoaffective Disorder: Concept and Reality. *Schizophrenia Bulletin*, 10(1), 14-25.

Turnbull, G. i Bebbington, P. (2001). Anxiety and the schizophrenic process: clinical and epidemiological evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(5), 235-243.

Wittchen, H. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity. *British Journal of Psychiatry*, 168(30), 9-16.

**Annexos**

**Annex A**

*Model de qüestionari personal per al grup sa.*

Edat.....

Gènere:                      Home                       Dona

Pateix algun tipus de trastorn d'ansietat?                      Sí                       No

**Annex B**

*Model de qüestionari personal per al grup clínic.*

Edat.....

Gènere:                      Home                       Dona

¿En quina unitat del CASM Benito Menni de Sant Boi està ingressat/da?

.....

¿Quant temps porta ingressat/da en aquesta unitat?

.....

**Annex C**

*Model de consentiment informat utilitzat.*

Estimat Senyor/a;

Soc l'Aina Bellido Suñé, alumna de 4t Grau de Psicologia de la Facultat Blanquerna (Universitat Ramon Llull). Estic cursant el Treball de Final de Grau i actualment, realitzo un estudi per tal d'investigar el nivell d'ansietat en pacients ingressats en les unitats d'Aguts i Subaguts del CASM Benito Menni, centre on actualment cursso les meves pràctiques de psicologia.

Sol·licito la seva col·laboració en la elaboració del qüestionari STAI (Qüestionari d'Ansietat Estat-Tret) i un breu qüestionari amb aspectes personals com gènere, edat, o temps d'ingrés en la unitat. La participació en aquest projecte és totalment voluntària i confidencial. La informació extreta únicament s'utilitzarà per dur a terme aquest estudi.

La persona abaix firmant entén i comprèn la informació que acaba de rebre a través d'aquest consentiment i autoritza la seva participació en aquest projecte.

Jo \_\_\_\_\_ major d'edat, autoritzo a l'Aina Bellido Suñé, estudiant del Grau de Psicologia a la Facultat Blanquerna (Universitat Ramon Llull), a utilitzar la informació d'aquests qüestionaris sempre i quan ho faci únicament per dur a terme el present estudi.

I per a que així consti, firmo la present a data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

FIRMA:

“Declaro que el present treball l’he realitzat per mi mateix, sense haver usat altres fonts o ajudes diferents a les indicades. També he marcat com a tals els passatges literals, o de contingut, que he pres de tercers”.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Aina', with a stylized flourish extending from the end.

Aina Bellido Suñé