

Habilidades sociales en la esquizofrenia. Trabajo Social vs Psicología

Carlos Salavera Bordás

Diplomado en Trabajo Social

Margalida Gost i Ballester

Diplomada en Trabajo Social

José Luis Antoñanzas Laborda

Licenciado en Psicología, Profesores Universidad Zaragoza

Resumen

Las habilidades sociales son uno de los aspectos más deteriorados en las personas con esquizofrenia. Los propios síntomas de la enfermedad interfieren con éstas. El papel de los terapeutas (trabajadores sociales y psicólogos) se ve determinante para un buen diagnóstico y pronóstico. En esta investigación se analizan las habilidades sociales en un grupo de personas con diagnóstico de esquizofrenia (criterios DSM-IV-TR) comparados con sujetos sanos. Los resultados muestran el bajo nivel mostrado en habilidades sociales por los casos de esquizofrenia. Por último, se analizan las implicaciones futuras para el trabajo educativo y rehabilitador.

Palabras Claves

Habilidades Sociales, Esquizofrenia, Comunicación, Trabajo Social.

Muchas de las personas que acuden diariamente a nuestros servicios presentan problemática no sólo social, laboral o educativa, sino también mental. Algunos de estos casos, son personas con esquizofrenia, catalogada como enfermedad mental grave, y que afecta al 1% de la población mundial, independientemente de la cultura, la raza o la clase social. Estas personas se encuentran afectadas en primera persona o en su entorno más cercano por esta enfermedad. Las personas que tienen una enfermedad mental tienen afectado su tono afectivo, su conducta y la manera en que se comunican con otras personas, lo que repercute en su vida diaria y la de los suyos. El término de esquizofrenia significa “mente escindida” y las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos y comportamentales.

La edad de aparición está comprendida entre los 15 y los 45 años, aunque suelen comenzar al final de la adolescencia, también hay casos de aparición en la infancia, que suelen enmascararse con problemas escolares o mal comportamiento. Con frecuencia, se hace crónico y discapacitante. Por su gravedad, es un problema de importancia para la salud, significando una carga tanto para las familias de los enfermos, como para los propios enfermos¹ (Moreno, Jiménez, Godoy, Torres y Pérez, 2002). La comunidad científica está de acuerdo en conceptualizar la esquizofrenia como una enfermedad mental grave, y, sin duda, uno de los mayores problemas de salud a los que la sociedad se enfrenta (Andreasen, 2000).

La evolución de la enfermedad se presenta variable. La enfermedad supone para la persona la pérdida de funciones cognitivas, emocionales, además de graves deterioros en el contacto social, y en áreas de estudio, empleo y actividades diarias. Muchas de las personas que la padecen experimentan un grado considerable de discapacidad (Andreasen, 1999). Los tratamientos disponibles reducen este sufrimiento considerablemente, pero aproximadamente 2/3 de las personas que desarrollan esquizofrenia precisa asistencia pública del Sistema Sanitario y de los Servicios Sociales.

A pesar de años de estudio y los esfuerzos que se han hecho desde los más amplios ámbitos de la investigación, dado los efectos perniciosos del trastorno sobre la persona que los sufre y para sus familias, sigue siendo una necesidad explorar diferentes aspectos del trastorno (cognitivos, sociales, relacionales, rehabilitadores,...) para mejorar su comprensión y tratamiento. En este sentido son muchos los trabajos que han explorado aspectos rehabilitadores tanto a nivel global, como sobre aspectos específicos de la esquizofrenia, concluyendo la necesidad de seguir investigando todos los matices que rodean y forman parte de una u otra manera de la esquizofrenia.

Cómo se muestra la persona con esquizofrenia: sus habilidades sociales.

En el caso de la esquizofrenia, la persona que la sufre experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos. Lo que caracteriza a la esquizofrenia es que tiene una afectación global en la persona, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes. Dicha persona puede empezar a estar extraña más aislada, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, habla solo o se ríe sin motivo aparente (aunque estos síntomas no tienen porque aparecer en todos los pacientes.)

Es muy importante no olvidar que la persona que tiene una esquizofrenia no puede ex-

plicar lo que le está sucediendo, tiene miedo de hacerlo o de creer que está enfermo y por lo tanto no pedirá ayuda ni se quejará en la mayoría de los casos de lo que le sucede. Por todo esto la mayor parte de ellos y sobre todo al comienzo de la enfermedad no aceptan tomar medicación ni acudir al especialista (Salavera, 2008).

Según el DSM IV-TR (APA, 2000), la esquizofrenia tiene como síntomas característicos dos (o más) de los siguientes: Ideas delirantes, Alucinaciones, Lenguaje desorganizado, Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y Síntomas negativos, durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito). Además produce una disfunción social/laboral y tiene una duración de al menos 6 meses.

El problema de la esquizofrenia es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera. En muchas ocasiones el propio afectado no sabe o no quiere pedir ayuda, lo que dificulta el trabajo diario con él, afectando gravemente a su funcionamiento social.

A la hora de analizar factores y variables que intervienen en la posible rehabilitación y reinserción de estas personas, las habilidades sociales, son una de las principales variables que influyen a la hora de hablar de rehabilitación y recuperación de una buena calidad de vida en esta población, marcando la evolución y el pronóstico que podemos determinar (Insúa, Grijalvo, y Huici, 2001).

En esta investigación, se van a analizar las habilidades sociales de las personas con esquizofrenia, comparándolas con personas sin patología mental. La intención es valorar habilidades sociales, desde los puntos de vista de distintas disciplinas (trabajo social y psicología) que ponen en funcionamiento las personas afectadas de esquizofrenia.

Material y método

Participantes y selección de la muestra

Para la selección de la muestra se formalizaron dos grupos:

Grupo casos:

Se tomaron pacientes, todos en tratamiento en Centro de Día, con diagnóstico de esquizofrenia (criterios DSM IV-TR). La población de la investigación consistió en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que reciben un tratamiento ambulatorio en instituciones de Salud Mental.

Grupo control:

Personas sin patología mental, grupo control, para contrastar lenguaje en personas con y sin esquizofrenia. El grupo de sujetos sanos (personas sin patología mental), que servirá como grupo control, estaban emparejados en cuanto a edad, sexo y nivel de estudios, con el grupo casos.

Todos ellos (casos y controles), firmaron un consentimiento informado, aceptando su participación voluntaria en el estudio tras ser informados de los objetivos del mismo. La técnica de muestreo empleada es de tipo no probabilística o empírico, en su modalidad intencional o intencionada, ya que debido a las características del estudio, se tomaron en cuenta algunos criterios para la selección de la muestra; con el fin de uniformizarla.

La técnica de muestreo empleada fue de tipo no probabilística o empírico, en su modali-

dad intencional o intencionada, ya que debido a las características del estudio, se tomaron en cuenta algunos criterios para la selección de la muestra; con el fin de uniformizarla. En los datos de la muestra (tabla 1), se observa como la edad media de la población del estudio, se sitúa en 40,84 años, con un rango entre los 20 y los 65 años, con una desviación estándar de 11,18.

Tabla 1. Características sociodemográficas población del estudio (N = 102)

	Casos (N = 51)	Controles (N 51)	Total (N = 102)	F	Signific.
SEXO				,039	,845
Hombre	26 (51 %)	25 (49 %)	51(50 %)		
Mujer	25 (49 %)	26 (51 %)	51(50 %)		
EDAD				,000	,986
Media	40.82	40,86	40.84		
Rango	(21-65)	(20-65)	(20-65)		
DS	10,914	11,557	11,18		
<30 años	4 (7,8 %)	4 (7,8 %)	8 (7,8 %)		
30-39 años	21 (41,2 %)	22 (43,1 %)	43 (42,2 %)		
40-49 años	13 (25,5%)	12 (23,5 %)	25 (24,5 %)		
>50 años	13 (25,5 %)	13 (25,5 %)	26 (25,5 %)		

Procedimiento

Para la realización del estudio, se utilizará por un lado, materiales para evaluar capacidades generales, por otro lado habilidades sociales. Además se realizarán entrevistas estructuradas de cara a evaluar el discurso del paciente.

Se llevará a cabo en cuatro fases: 1) Evaluación inicial de los dos grupos; 2) Contraste entre las diferentes escalas del estudio; 3) Contraste y análisis: evaluación de los resultados del grupo de casos y simultáneamente del grupo de controles; y 4) Análisis de correlaciones entre los distintos valores obtenidos y comparación intergrupos.

Material y método

Para el análisis cualitativo de las habilidades sociales se utilizó una serie de tres entrevistas estructuradas en las que se iba puntuando los diferentes rasgos según la escala para valoración de los diferentes componentes de la habilidades sociales (verbales, no verbales y paralingüísticas). Posteriormente para completar esta valoración se realizaron tres entrevistas de treinta minutos con cada paciente, para ver la continuidad en el discurso y analizar aspectos de habilidades comunicativas.

La secuencia de las tres entrevistas siempre fue la misma, entrevistándose con cada miembro del equipo que llevó a cabo la investigación. La primera entrevista tuvo lugar con la trabajadora social, una segunda con el psicólogo, y una última con un profesional con formación en ambos campos. La idea era buscar la fiabilidad interjueces, sin afectación de

la formación del profesional que pudiera inducir a sesgo.

Instrumentos

Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (Caballo, 1988).

Consta de un formato de evaluación conductual de conductas moleculares manifestadas por el sujeto durante la interacción social con el otro., ya sea esta simulada o real. Se evalúa el comportamiento del sujeto puntuando según una escala Likert de 5 puntos (de 1 a 5) la adecuación de cada uno de los componentes moleculares incluidos en el SECHS. Una puntuación de 3 o superior en una conducta indica que dicha conducta es adecuada (en mayor o menor grado) y no sería necesaria una modificación de dicho componente. Una puntuación inferior a 3 requerirá una intervención para mejorar y hacer más adecuado el elemento molecular de que se trate.

Los elementos que componen esta escala son: 1) Componentes No Verbales (expresión facial; mirada; postura y orientación; tensión; distancia física; gestos; apariencia personal; y oportunidad reforzamiento); 2) Componentes verbales (volumen; entonación; timbre; fluidez; velocidad; pronunciación y claridad; y duración de la conducta verbal); y 3) (contenido verbal; humor; atención personal; respuestas a preguntas; e iniciativa).

Tipo y diseño de investigación

La presente es una investigación, que de acuerdo con Montero y León (2007), consiste en un estudio *ex post-facto* de carácter prospectivo, y su diseño corresponde al descriptivo simple, ya que busca recoger información contemporánea acerca de cómo se manifiestan las habilidades comunicativas en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia; enfatizando en los niveles diagnósticos alcanzados y las características de las habilidades comunicativas de dicho grupo de personas.

El análisis de las habilidades sociales mostradas en el desempeño de la comunicación, se realizó mediante entrevistas individuales con las personas participantes en la investigación (casos y controles). El análisis se realizó según la escala Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social SECHS (Caballo, 1987). Posteriormente, para completar la valoración se realizaron tres entrevistas de treinta minutos con cada paciente, para ver la continuidad en el discurso.

Resultados

En primer lugar, con el objetivo de analizar si desde las distintas disciplinas se valoran las habilidades sociales desde los mismos baremos y criterios, se analizó la fiabilidad de las valoraciones de estas habilidades sociales por parte de los profesionales (trabajadora social, psicólogo y trabajador social-psicólogo) que tomaron parte en la investigación. Este coeficiente (Kappa), desde el punto de vista de la fiabilidad de la evaluación interjueces, es excelente en el caso de esta investigación (,918), los valores por encima de 0,9 excelentes (Pérez-Gil, Chacón y Moreno, 2000). Los valores obtenidos, son altos, lo que indica gran consistencia interna entre los evaluadores y avala la investigación.

En el apartado de resultados, se han diferenciado en tres grandes grupos: componentes

no verbales, paralingüísticos y verbales. En los componentes no verbales (expresión facial, mirada, sonrisas, postura, orientación, distancia/contacto físico, gestos, apariencia personal y oportunidad de refuerzos), reflejan grandes diferencias entre ambos grupos, con resultados muy bajos en el grupo de las personas con esquizofrenia. La puntuación obtenida por los sujetos del grupo control es prácticamente el doble de los sujetos experimentales.

Tabla 2. Resultados de escala de habilidades sociales (SECHS).

		Grupo casos	Grupo control	F	Estadístico de Levene
No verbales	Media	19,37	36,39	275,814***	23,547***
	Rango	(9-42)	(30-43)		
	DS	6,753	2,822		
Paralingüísticos	Media	15,90	28,06	219,702***	27,868***
	Rango	(8-33)	(25-34)		
	DS	5,46	2,12		
Verbales	Media	10,75	20,08	167,096***	36,239***
	Rango	(5-25)	(15-25)		
	DS	4,778	1,937		

*** La correlación es significativa al nivel 0,001 (bilateral).

Las puntuaciones se encuentran mucho más dispersas en los casos (sujetos con diagnóstico de esquizofrenia) que en los controles (tabla 2). Además son mucho más bajos los resultados obtenidos por las personas con esquizofrenia. Tanto los resultados de F como de Levene, señalan diferencias, por lo que podemos afirmar que sí existen diferencias en este apartado entre ambos grupos (casos y controles), rechazando la hipótesis de que las varianzas poblacionales son iguales.

En los componentes paralingüísticos (volumen, entonación, timbre, fluidez, velocidad, claridad y tiempo de habla), elementos correspondientes a la emisión del lenguaje, los resultados son altamente significativos, el grupo control obtiene puntuaciones bastante más elevadas que el grupo experimental. Además, aunque las máximas de ambos grupos son similares (tabla 2), se encuentra diferencia en las puntuaciones mínimas en una relación de 3:1.

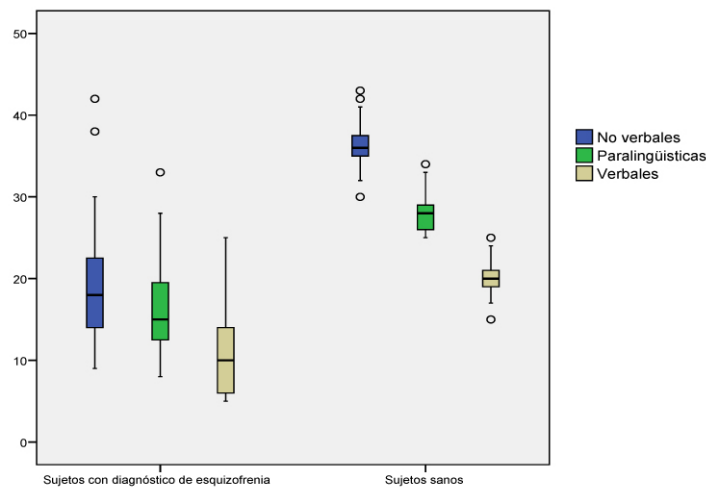
Otro dato a reseñar es que mientras el grupo control, tiene una pequeña desviación estándar (D.S.=2,12), los sujetos con esquizofrenia presentan una mayor dispersión (D.S.=5,46) lo que viene a señalar una mayor dispersión de los componentes lingüísticos en este segundo grupo.

Respecto a los componentes verbales (contenido, humor, atención personal, preguntas

y respuestas a preguntas), aspectos mucho más relacionados con la capacidad de emisión de esas habilidades sociales, las puntuaciones de los controles vuelven a ser dos veces superiores de media a las obtenidas por las personas con esquizofrenia (tabla 2). En el caso de las desviaciones estándar de ambos grupos, sucede como en el apartado anterior (HHSS paralingüísticas), mientras en el grupo control se observa una DS=1,937, en los sujetos experimentales alcanza los 4,778 puntos, lo que refleja la amplia variedad de resultados en este grupo, con una mayor homogeneidad en los resultados de las personas sanas (Levene = 36,239***).

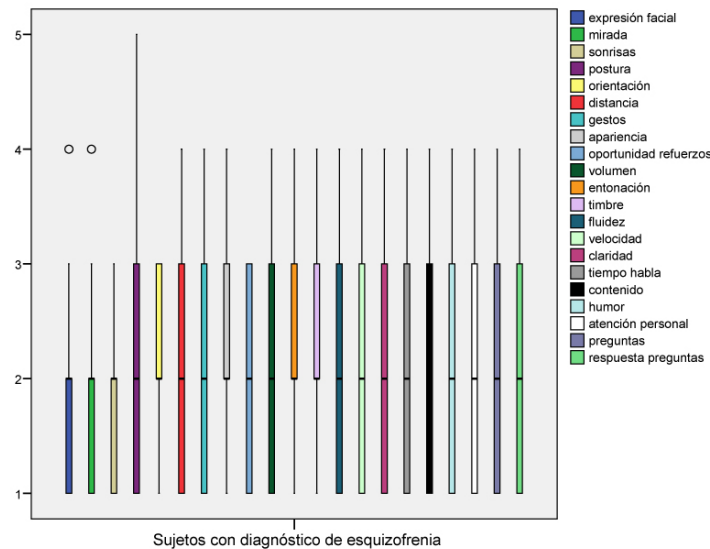
En la figura 1 se puede apreciar la comparativa entre ambos grupos. Como se aprecia los sujetos con diagnóstico de esquizofrenia presentan puntuaciones bajas y con una gran amplitud en las mismas, lo que sugiere una dispersión de las habilidades sociales mostradas por ellos, mediadas por su psicopatología y evolución de la enfermedad. También se observa como los sujetos sanos tienen un mayor agrupamiento de sus puntuaciones con una mayor homogeneidad y puntuaciones normalizadas. La afectación de las habilidades sociales en las personas con esquizofrenia queda evidenciada según los resultados de esta investigación.

Figura 1. Habilidades sociales de ambos grupos



Por otra parte, se analizaron las habilidades sociales de los sujetos con esquizofrenia, las puntuaciones en todos los factores son bajas, no superando el valor medio (3). Aspectos como la mirada, los gestos y las sonrisas, consiguen puntuaciones mínimas, lo que indica el empobrecimiento social de estas personas. El deterioro es evidente en todos los apartados lo que complica nuestra intervención con esta población.

Figura 2. Habilidades Sociales de los sujetos de esquizofrenia.



Discusión y conclusiones

Como principal conclusión se puede afirmar que los resultados de las valoraciones de las habilidades sociales que realizaron los trabajadores sociales y psicólogos, son totalmente coherentes, no afectando a la valoración que de éstas se hace. Por otra parte, los datos obtenidos en la investigación sugieren el grave deterioro que muestran las personas con esquizofrenia en lo referente a las habilidades sociales. Sin duda, esta carencia de habilidades merma la capacidad de afrontamiento de la persona en su vida diaria.

Por otro lado, la carencia de habilidades sociales, resulta indicativo del deterioro que produce la enfermedad, ya en los primeros episodios de la enfermedad. Los componentes de las habilidades sociales se encuentran afectados en su totalidad, si bien aspectos más ilustrativos en la imagen de la persona (mirada, gestos y sonrisa) son los más deteriorados. Esto sin duda tiene una gran repercusión en la vida diaria de estas personas, colaborando al estigma social que son objeto. En el trabajo diario, se ve necesario trabajar las habilidades sociales para dotar de mayor autonomía a estas personas, pero también, y no menos importante, favorecen la integración en la sociedad que algún día decidió excluirles.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA, 2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales: Texto Revisado (DSM IV-TR) (edición en español)*, Barcelona: Masson.
- Andreasen, N.C. (1999). Understanding the causes of schizophrenia, *The New England Journal of Medicine*, 340, 645-647.
- Andreasen, N.C. (2000). Schizophrenia: the fundamental questions, *Brain Research Reviews*, 31, 106-112.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, Madrid: Siglo XXI.
- Insúa, P, Grijalvo y Huici, P. (2001). Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia: síntomas clínicos y medidas psicolingüísticas. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, XXI, (78), 27-50.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, (3), 847-862.
- Moreno, B., Jiménez, J.F., Godoy, J.F., Torres, F. y Pérez, L. (2002). Variables predictoras de los ingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, (5), 279-286.
- Pérez-Gil, J.A., Chacón, S. y Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso del análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez, *Psicothema*, 12, (2), 442-446.
- Salavera, C. (1999). Análisis de patologías del lenguaje en la esquizofrenia: aspectos psicológicos, *Cuadernos de ICIJA*, 6, 185-192.
- Salavera, C. (2008). ¿Por qué no entendemos a las personas con esquizofrenia?, *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 43-44, 155-164.