

Trabajando la prevención: habilidades comunicativas en personas con esquizofrenia. Conocer la enfermedad para trabajar desde la escuela

Carlos SALAVERA BORDÁS

Correspondencia:

Carlos Salavera Bordás

Correo electrónico:
salavera@unizar.es

Teléfono:
976 761000 (4400)

Dirección postal:
Facultad de Educación
Dpto. de Psicología y Sociología
C/San Juan Bosco, 7
E-50009 Zaragoza
(España)

Recibido: 1 de julio de 2010
Aceptado: 18 de octubre de 2010

RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta al 1% de la población, independientemente de sexo, clase social o nivel académico. Se manifiesta a lo largo de la adolescencia, teniendo su efervescencia en torno a los 20 años. Las personas afectadas comienzan a mostrar comportamientos extraños (retraimiento, aislamiento social, abandono de la autoimagen) en la adolescencia, siendo la comunicación una de las partes más afectadas, con pobreza tanto del contenido como del propio discurso. Conocer la enfermedad por parte del profesorado puede ser una buena herramienta diagnóstica que ayude a una intervención precoz, que frene el deterioro y ayude a los adolescentes a mantener su vida normal y poder continuar los estudios, evitando el fracaso escolar que se da en esta población.

PALABRAS CLAVE: *Prevención, Escuela, Habilidades comunicativas, Esquizofrenia.*

Working on prevention: Communication abilities in schizophrenics. Knowing the disease to work from the school

ABSTRACT:

Schizophrenia is a serious mental illness which affects 1% of the population, regardless of gender, social class or academic background. It manifests itself throughout adolescence and it reaches its peak at around 20. Those affected by this illness start showing strange behaviours in adolescence (i.e. shyness, social isolation, lack of concern with their self-image); communication is one of the aspects most severely affected, the content and discourse competence becoming very poor. If the teachers are aware of the illness, they may be able to diagnose it, thus contributing to its early detection, which may slow down deterioration and help adolescents to continue with their daily life and their studies and avoiding school failure, which is rather high among this population.

KEY WORDS: *Prevention, School, Communication abilities, Schizophrenia.*

Introducción y antecedentes

El presente artículo es continuación de la Tesis Doctoral *Habilidades comunicativas y trastornos formales del pensamiento en personas con esquizofrenia*, presentada por Carlos Salavera Bordás el 26 de febrero de 2010 en el Departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Zaragoza, con la dirección de los doctores Miguel Puyuelo Sanclemente y Rafael Penadés Rubio.

La prevención y detección de las posibles dificultades que presentan nuestros alumnos se muestra de vital importancia en la atención precoz de estos problemas, facilitando su permanencia en el sistema educativo. Los alumnos que comienzan a manifestar una enfermedad mental tienen afectado su tono afectivo, su conducta y la manera en que se comunican con otras personas. En el caso de la esquizofrenia, que en sí significa *mente escindida*, 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 enfermos (MORENO, JIMÉNEZ, GODOY, TORRES & PÉREZ, 2002). La comunidad científica y educativa 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), llegando a cifrar que afecta al 1% de la población mundial, padeciéndola las personas independientemente de la cultura, la raza o la clase social.

La evolución de la enfermedad se presenta variable. La enfermedad supone para la persona la pérdida de funciones cognitivas y emocionales, además de graves deterioros en el contacto social y en áreas de estudio, empleo y actividades diarias, abandonando los estudios que estaban cursando. 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 precisan asistencia pública del sistema sanitario, abandonando sus estudios la práctica totalidad de las personas afectadas (SALAVERA, 2008).

A pesar de los años de estudio y de los esfuerzos que se han hecho desde los más amplios ámbitos de la investigación, 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 en la necesidad de seguir investigando todos los matices que rodean y forman parte de una u otra manera de la esquizofrenia.

El estudio del lenguaje en la esquizofrenia viene desde los propios comienzos de la enfermedad como tal, ya que tanto Bleuler (1911) como Kraepelin (1919), en su definición de esquizofrenia situaban los problemas del lenguaje como un aspecto central en la misma.

Pero tras unos comienzos esperanzadores en este campo, con estudios que abordaban una y otra vez la relación entre lenguaje y esquizofrenia, la inquietud en este sentido cayó en desuso. Tan sólo alguna aportación en los principios de los años 80 (ANDREASEN, 1979a, b; CROW, 1980) rescató algo de este interés, para después volver a distenderse. En últimas fechas se ha reactivado este tema de estudio, con la aparición de nuevos planteamientos que realizan un abordaje menos global y más específico sobre los distintos aspectos del lenguaje que aparecen dañados en la esquizofrenia. Así, se trabaja sobre la semántica, sintaxis, morfología, fonética y pragmática, pero también sobre aspectos coadyuvantes con estos: atención, memoria, paralingüística, comunicación no verbal o lenguaje escrito.

Definición de esquizofrenia

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 explicar 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 de lo que le sucede en la mayoría de los casos. Por todo esto la mayor parte de ellos, y sobre todo al comienzo de la enfermedad, no aceptan tomar medicación ni pedir ayuda a sus familiares, profesores o tutores.

Según el DSM IV-TR (APA, 2002), 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, tiempo suficiente para que se produzca el abandono del sistema educativo.

Situación en la escuela

En el trabajo diario con los alumnos, un pequeño porcentaje comienza a presentar problemática de salud mental. Una de las diferencias existentes entre los alumnos con pródromos de esquizofrenia y alumnos con otro tipo de problemas psicológicos o de comportamiento es que el primer grupo presenta una gran dificultad para mantener una conversación ya no coherente, sino inteligible; estas dificultades que no son en principio observables en otro tipo de problemas psicológicos.

Una de las características de los alumnos con rasgos esquizofrénicos y de su enfermedad es el aislamiento social, que junto con la apatía y la falta de atención es lo que se denominó síntomas negativos de la enfermedad. Además, hacen uso de una sintaxis correcta, pero su semántica es en ocasiones ilógica; de hecho, aunque sus habilidades léxicas, morfológicas, fonológicas, sintácticas y otras capacidades relacionadas no parecen estar mermadas, no sucede así en el campo de la semántica y la pragmática (MCKENNA & OH, 2007). Así, en la semántica, estos alumnos cambian el significado o la interpretación del significado de un determinado símbolo, palabra, lenguaje o representación formal: es lo que se denomina Trastornos Formales del Pensamiento. En el campo de la pragmática se refleja en una pobreza de contenido de discurso, perseveración y circunstancialidad (CRIDER, 1997); su oratoria es muy difícil de entender, no hacen uso de la habilidad para comunicar ironía, tienen que pedir aclaración y demuestran poca habilidad para instrucciones verbales. Si comparamos estos alumnos con rasgos esquizofrénicos con otros sin presencia de problemática psicopatológica, estas observaciones se acentúan.

Los alumnos con rasgos esquizotípicos, que en muchos casos, si no se trabaja desde la intervención precoz, terminarán desarrollando esquizofrenia en la edad adulta, pueden utilizar el lenguaje de forma adecuada, pero no logran comunicarse bien debido a que no tienen en cuenta a sus interlocutores y las necesidades informativas de éstos. Su actuación cuando el número de elementos verbales es superior a tres o cuatro empeora drásticamente (ADDINGTON & ADDINGTON, 2006). Hay un exceso de monólogos en este tipo de alumnos; esto nos llevaría a señalar que el discurso es pobre, que cuesta un gran esfuerzo por parte del interlocutor-receptor conseguir nexos de unión entre las frases que den consistencia a la conversación, que el número de comentarios espontáneos es mínimo, lo que obliga al receptor a forzar en todo momento la conversación para darle una continuidad que no siempre se consigue, por no hablar de lo complicado que resulta para esta población el cambio de tema a mitad del discurso, representando gran dificultad los métodos tradicionales utilizados con este fin de cambio de tema: al hilo y a saltos (LEROY & BEAUNE, 2007; SALAVERA, 1999). Cuando una persona con esquizofrenia actúa como emisor encuentra grandes dificultades a la hora de proporcionar información que le permita identificar un único referente (ADDINGTON & ADDINGTON, 2008). Las descripciones ofrecidas son inadecuadas para las necesidades del oyente con respecto a la tarea que se quiere desarrollar, y el diseño en función del receptor es defectuoso, con las consecuencias que tiene esto en la interacción con los demás y en el aula.

Participantes y selección de la muestra

En la investigación para la tesis, la idea era analizar las habilidades de comunicación utilizadas por las personas con esquizofrenia. 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 empírica, 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.

Procedimiento

Para la realización del estudio, se utilizarán por un lado, materiales para evaluar capacidades generales; por otro lado, rasgos psicolingüísticos y trastornos formales del pensamiento. 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 1 y simultáneamente del grupo 2; y 4) Análisis de correlaciones entre los distintos valores obtenidos y comparación intergrupos.

Material y método

Para la evaluación de la capacidad verbal actual se utilizó el test de inteligencia WAIS III (WESCHLER, 2000), por ser un instrumento que nos indica el estado general global de los pacientes, así como de sus capacidades, además de una medida verbal tanto en el ámbito de coeficientes como de índices e interrelación entre ellos. El apartado de pragmática se analizó con el módulo de Pragmática del BLOC-SR (PUYUELO, WIIG, RENOM & SOLANAS, 2004), instrumento diseñado para niños pero que, en estudios previos, funcionó bien en poblaciones clínicas. También se utilizó el Test de Acentuación de Palabras (T.A.P.) de González-Montalvo (1991), que permite conocer la capacidad verbal previa en los sujetos de estudio. Es un test rápido y sencillo que nos permite conocer el nivel cultural e intelectual previo del paciente para poder inferir su situación cognitiva actual. Es un test basado en el reconocimiento de palabras poco frecuentes en el habla diaria, escritas íntegramente en mayúsculas y sin tilde. Es un instrumento muy útil para estimar el nivel cultural premórbido en pacientes en los que existan serias dudas sobre su nivel real y la presencia o no de deterioro significativo. La hipótesis es que para que el sujeto lea correctamente las palabras debe haberlas visto con anterioridad. A un nivel cultural previo más alto se le supone una mayor riqueza léxica.

Para el análisis cualitativo de los rasgos psicolingüísticos utilizaremos una serie de tres entrevistas estructuradas en las que se iban puntuando los diferentes rasgos según la escala para valoración de los trastornos del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (T. L. C.) de Andreasen para analizar todo lo concerniente al lenguaje y su análisis. Posteriormente para completar esta valoración se realizarán tres entrevistas de treinta minutos con cada paciente, para ver la continuidad en el discurso y analizar aspectos de semántica y pragmática.

Resultados

Los resultados de la investigación muestran cómo el lenguaje a nivel de semántica y pragmática en personas con esquizofrenia se encuentra alterado, con un deterioro evidente, utilizando de una manera peculiar las palabras, existiendo una estructura propia del lenguaje en esta enfermedad, pudiendo hablarse de un lenguaje esquizofrénico. Su sintaxis es correcta y tanto las habilidades léxicas, como las morfológicas y fonológicas no parecen estar mermadas, no ocurriendo lo mismo con semántica y pragmática, que se encuentran muy dañadas debido al procesamiento atencional que necesitan.

Por otra parte, la utilización del apartado de Pragmática del BLOC-SR para el análisis del lenguaje en personas con esquizofrenia se ha revelado como muy útil y con una gran fiabilidad en este apartado, encontrándose además la relación entre psicopatología y puntuaciones obtenidas en la prueba, lo que indica que la pragmática está condicionada por el estado psicopatológico de la persona con esquizofrenia. Ha quedado demostrada la relación entre la presencia de trastornos del lenguaje y

una mala ejecución de las habilidades comunicativas, con un deterioro en las tareas comunicativas de las personas con esquizofrenia, que indicaría que las producciones verbales de los esquizofrénicos están afectadas sobre todo en su nivel superior, que tiene que ver con la semántica, la sintáctica o la pragmática.

Además, se encontró afectación en el lenguaje de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, con puntuaciones inferiores tanto en el WAIS-Verbal como en el apartado de pragmática del BLOC-SR, siendo éste último el que mayor peso tiene en este apartado, mostrándose como una prueba eficaz en el diagnóstico de la esquizofrenia en función del lenguaje. Por otro lado, el Test de Acentuación de Palabras señaló bien los niveles premórbidos de los sujetos, no encontrándose afectado por la presencia o no de la enfermedad. Por otro lado, los sujetos con esquizofrenia obtuvieron unas puntuaciones inferiores en el WAIS equivalentes a media desviación estándar, señal del deterioro que produce la enfermedad.

Discusión y conclusiones

Los resultados de la investigación avalan la evaluación de las habilidades comunicativas, de cara a plantear si éstas pueden servir como elemento diagnóstico de la esquizofrenia y permitir trabajar en la prevención del deterioro de estas habilidades comunicativas en los alumnos en los que está comenzando a manifestarse la esquizofrenia. En la esquizofrenia el lenguaje, se encuentra gravemente afectado, implicando a otras áreas de funcionamiento de las personas con esta enfermedad, pudiéndose hablar de un habla esquizofrénica (SALAVERA, 2008). La capacidad cognitiva, como señalan Addington & Addington (2006), sufre deterioro desde los primeros episodios de esquizofrenia, lo que afecta a su nivel comunicativo. Aspectos como la semántica y la pragmática se encuentran seriamente alterados, condicionando el desempeño de estos alumnos con rasgos esquizofrénicos en su vida diaria (BELINCHÓN, 1987; CHAIKA, 1974; LEROY & BEAUNE, 2008; SALAVERA, 1999; TÉNYI, HEROLD, SZILI & TRIXLER, 2002). Diagnosticar estas dificultades ayudaría en el trabajo diario en la escuela, permitiendo trabajar estos aspectos como refuerzo y protección de nuestros alumnos.

Los datos obtenidos y el análisis de los mismos nos lleva a confirmar las dos hipótesis iniciales: la primera, que indicaba que la esquizofrenia acarrea trastornos del lenguaje sobre todo a nivel de semántica y pragmática determinando las habilidades comunicativas del sujeto; y una segunda, que indica cómo las distorsiones en el lenguaje de los esquizofrénicos son consecuencia de su propia enfermedad, lo que avalaría el trabajo en un diagnóstico y atención precoz desde las aulas que ayudaría a la permanencia de estos alumnos en el sistema educativo.

Referencias bibliográficas

- ADDINGTON, J. & ADDINGTON, D. (2006). "Early interventions for psychosis: Who refers?". *Schizophrenia Research*, 84, 176-177.
- ADDINGTON, J. & ADDINGTON, D. (2008). "Social and cognitive functioning in psychosis". *Schizophrenia Research*, 99, 176-181.
- 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. (1979a). "Thought, language, and communication disorders I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability". *Archives of General Psychiatry*, 36, 1315-1321.
- ANDREASEN, N. C. (1979b). "Thought, language, and communication disorders II: diagnostic significance". *Archives of General Psychiatry*, 36, 1325-1330.
- ANDREASEN, N. C. (1999a). "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.
- BELINCHÓN, M. (1987). "Esquizofrenia y lenguaje". En J. M. RUIZ VARGAS, *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza: 232-258.

- BLEULER, E. (1911). "Dementia praecox; or the group of schizophrenias". *New York, International Universities Press*. Traducción al castellano: Demencia precoz; el grupo de las esquizofrenias (1993). Buenos Aires: Horme-Paidós.
- CHAIKA, E. (1974). "A linguist looks at "schizophrenic" language". *Brain & Language*, 1, 257–276.
- CRIDER, A. (1997). "Perseveration in schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, 23, 63–74.
- CROW, T. J. (1980a). "Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?". *British Medical Journal*, 280, 66–68.
- GONZÁLEZ-MONTALVO, J. I. (1991). *Creación y validación de un test de lectura para el diagnóstico del deterioro mental en el anciano*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- KRAEPELIN, E. (1919). "Dementia praecox and paraphrenia". Edimburgo: E & S. Livingstone. Traducción al castellano: La demencia precoz (2008). Buenos Aires: Polemos.
- LEROY, F. & BEAUNE, D. (2008). "Langage et schizophrénie: l'intention en question". *Annales Médico Psychologiques*, 166 (8), 612–619.
- MCKENNA, P. J. & OH, T. (2005). *Schizophrenic speech: Making sense of bathroofs and ponds that fall in doorway*. London: Cambridge University Press.
- MORENO, B., JIMÉNEZ, J. F., GODOY, J. F., TORRES, F. & PÉREZ, L. (2002). "Variables predictoras de los ingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, (5), 279–286.
- PUYUELO, M., RENOM, J., SOLANAS, A. & WIIG, E. H. (2004). *Evaluación del lenguaje BLOC Screening Revisado*. Carpeta con 5 elementos. Barcelona: Elsevier-Masson.
- SALAVERA, C. (1999). "Análisis de patologías del lenguaje en la esquizofrenia: aspectos psicológicos". *Cuadernos de ICJA*, 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.
- TÉNYI, T., HEROLD, R., SZILI, I. M. & TRIXLER, M. (2002). "Schizophrenics shows a failure in the decoding of violations of conversational implicatures". *Psychopathology*, 35, 25–27.
- WECHSLER, D. (2000). *WAIS III Escala de inteligencia para adultos-III*. Madrid: TEA.