

PERFIL DE LA AUTOPERCEPCIÓN EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

**MAICA RUIZ-PÉREZ^{1,2}, SALVADOR LLISTAR-VERDÚ^{1,3}, LAIA FARRÀS-PERMANER^{1,4}
Y TARY GÓMEZ-HINOJOSA²**

¹Triginta Salut Mental, Fundació Vallparadís y MútuaTerrassa. Terrassa (Barcelona).

²Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte y Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona.

³Facultad de Psicología. Universitat Abat Oliba. Barcelona.

⁴Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universitat de Barcelona.

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave caracterizado por presentar una serie de déficits cognitivos importantes. En los últimos tiempos, los estudios se han centrado en valorar el funcionamiento social, tanto de la atención como de la memoria y la propia ejecución. La cognición social es la responsable del comportamiento social. Por otro lado, la autoestima ha sido reconocida como un constructo de notable interés por su relevancia clínica en diversos cuadros psicopatológicos. También se introdujo el concepto de la imagen corporal, que es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y que, en muchas ocasiones, se ha relacionado con la autoestima. El estudio describe el perfil de la autopercepción de personas con esquizofrenia.

Se evaluaron 56 personas con esquizofrenia de dos centros con características similares. Se administraron la escala Standard Figural Stimuli para la autopercepción de la imagen corporal, la Escala GEOPTE para la evaluación de las funciones cognitivas básicas, de la cognición social y evaluación global, y el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg. Además, se recogieron variables sociodemográficas, así como el peso y el índice de masa corporal (IMC). La evaluación fue desarrollada por psicólogos y enfermeros de los centros entrenados en todas las pruebas.

Las características sociodemográficas muestran una mayoría de pacientes hombres, con hermanos, solteros y alrededor de los 55 años. En relación con la autopercepción, los participantes se percibían, en general, más delgados respecto a su IMC, y con niveles medio-altos de autoestima. Las características principales de las personas con esquizofrenia en cuanto a su autopercepción nos muestran una distorsión de la realidad en todos los aspectos evaluados, con las consiguientes dificultades para cambiar los hábitos de autocuidado.

Palabras clave: esquizofrenia, enfermería, autoestima, autoimagen, autopercepción.



INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave caracterizado, entre otros aspectos, por presentar una serie de déficits cognitivos, a los que se ha prestado una gran atención en los últimos tiempos en distintas disciplinas. Durante un largo período de tiempo, los estudios sobre la esquizofrenia se centraron en procesos cognitivos que no tenían que ver con el funcionamiento social: funcionamiento ejecutivo, atención y memoria¹. Es a mediados de la década de 1990 cuando se presta atención a la cognición social². La cognición social es un constructo psicológico que hace referencia a un grupo de operaciones mentales sobre las que residen las interacciones sociales. Dicho constructo incluye percepción emocional, percepción social y estilo atribucional. El estudio de estos déficits y de las estrategias para mejorarlos es importante, porque la cognición social parece tener una repercusión sobre la función social mayor que la propia neurocognición y es considerada como mediadora entre la neurocognición y el comportamiento social³. Este cambio en el foco de la atención se ha sustentado en la hipótesis de que la cognición social podría explicar en buena medida el deterioro en el funcionamiento social que se presenta en la esquizofrenia.

La autoestima, como constructo, se ha asociado a la psicopatología en general y, de modo más específico, a algunas enfermedades, como la depresión y los trastornos alimentarios, así como a la inseguridad en las relaciones interpersonales.

La autoestima ha sido reconocida como un constructo de notable interés por su relevancia clínica en diversos cuadros psicopatológicos. Así, Rosenberg (1965)⁴ la describe como una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular, en concreto, el yo.

La autoestima sería, por lo tanto, un elemento mediador muy importante en la sintomatología de la

esquizofrenia, influyendo, incluso, en el desarrollo y mantenimiento del estado psicopatológico⁵. La enfermedad constituye un puntal clave para minimizar el cuadro clínico de estos pacientes.

Habría dos modelos sobre la autoestima con planteamientos opuestos. Por un lado, el modelo cognitivo de autoestima, que otorga especial importancia a las autoevaluaciones de las competencias (*bottom-up*). Así, la autoestima dependería de las habilidades desarrolladas por la persona⁶. Y, por otro, el modelo afectivo de autoestima, que sostiene un desarrollo temprano de la autoestima, donde las autoevaluaciones no influyen en la autoestima (*top-down*). De esta manera, plantearía que las competencias, el aprendizaje de habilidades y los éxitos no influirían en la autoestima⁷.

El modelo cognitivo, por lo tanto, sí permitiría intervenciones para mejorar la autoestima, mientras que el modelo afectivo determinaría unos niveles de autoestima difícilmente modificables. En la investigación sobre la esquizofrenia, en las dos últimas décadas, se ha observado un creciente interés por medidas de autoinforme focalizadas en el bienestar psicológico, siendo la autoestima uno de los constructos más destacados⁸.

En general, se ha encontrado con frecuencia una baja autoestima en pacientes con esquizofrenia^{9,10} y en trastornos psiquiátricos en general¹¹.

Sin embargo, algunas investigaciones encuentran una autoestima conservada en pacientes con esquizofrenia¹², según el modelo motivacional, que describe una función defensiva del delirio para evitar emociones negativas, manteniendo la autoestima intacta a través de atribuciones externas sobre hechos negativos^{13,14}. Por lo tanto, la relación de la autoestima con la sintomatología de la esquizofrenia no está todavía clara.

También se ha constatado que la percepción subjetiva de estos déficits por parte del paciente podría determinar esta menor autoestima. Así, se ha encontrado que la autoestima solo se relaciona con los déficits cuando hay percepción de estos¹⁵.

Correspondencia: Maica Ruiz-Pérez

Correo electrónico: mruiz@fundaciovallparadis.es

La falta de conciencia de los síntomas es una característica común de las personas que sufren esquizofrenia^{16,17}. La investigación sobre la conciencia de los síntomas tradicionalmente se ha centrado en los síntomas psicóticos, siendo reciente la exploración de la conciencia de los déficits cognitivos¹⁸.

Por otro lado, es bien sabido que la percepción que tenga un sujeto de sí mismo en cuanto a capacidades físicas y mentales, habilidades sociales y personales, autoimagen y autoestima será clave en el momento de afrontar diferentes situaciones personales. De la misma manera, el autoconcepto de sí mismo será fundamental para triunfar en los procesos de cambio de conducta y/o hábito.

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente¹⁹. En los trastornos psicóticos en general y en la esquizofrenia en particular, puede aparecer el delirio somático. Este se refiere a diferentes delirios que tienen que ver con alteraciones del cuerpo, que abarcan desde pensamientos hipocondríacos graves hasta infestaciones parasitarias, amputaciones, etc.²⁰. En la esquizofrenia, se pueden producir numerosas vivencias corporales. Estas van desde los delirios de percepción somática a distorsiones de la imagen corporal (experiencias de deterioro corporal, despersonalización, desintegración corporal, sentimientos cambiantes respecto al género, etc.). Muchas de las percepciones y creencias que aparecen tienen que ver con deformaciones del cuerpo, cambios de tamaño, negación de alguna parte, órganos cambiados o problemas para reconocer la propia imagen en el espejo²¹.

Con todo esto, lo que no queda claro es si en la esquizofrenia hay una distorsión de la imagen corporal o si de lo que se trata es de todo un conjunto de alteraciones perceptivas que dan lugar a que se altere la percepción del yo, los otros, el mundo y el cuerpo²².

Si combinamos algunas variables de autopercepción, podríamos describir un prototipo de sujeto con esquizofrenia en cuanto a la autoestima, la autoper-

cepción de la imagen corporal y la autopercepción de la cognición social. Así, tenemos un patrón de imagen corporal y social que puede ayudar a los clínicos a detectar las dificultades con las que se pueden encontrar a la hora de diseñar estrategias para el cambio de patrones de comportamiento con personas que padecen esquizofrenia. Esta visión pretende contribuir al diseño de intervenciones óptimas en el manejo clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Participaron 56 personas con esquizofrenia (37 hombres y 19 mujeres) de dos centros de atención a personas con enfermedad mental grave. Se trata de dos residencias de salud mental que acogen personas con trastorno mental grave (TMG) de MútuaTerrassa (Terrassa, Barcelona). Se incluyó a todas las personas que se atendía en el momento del estudio (tabla 1).

Instrumentos utilizados

Las variables sociodemográficas se analizaron mediante la información incluida en las historias clínicas de los sujetos incorporados en este estudio.

La cognición se analizó con la Escala de Cognición Social para la Psicosis (GEOPTE). Se empleó la versión autoaplicada del paciente compuesta por 15 ítems, siete para funciones cognitivas básicas y ocho para la cognición social, así como la versión del informante²³. Se trata de una escala para la medición de la cognición social en pacientes con esquizofrenia que debe ser respondida de forma autoadministrada por el paciente y por su correspondiente informador (familiar o personal asistencial del centro), con la finalidad de eliminar cualquier problema de fiabilidad. Como ya se ha mencionado, consta de 15 ítems, los siete primeros evalúan las funciones cognitivas básicas y los ocho últimos la cognición social. El tiempo

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión del estudio

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Residir en Triginta Salud Mental o Casa Marquès Salud Mental	Inestabilidad psicopatológica superior a 1 mes
Diagnóstico de TMG según el <i>DSM-5</i>	Deterioro cognitivo moderado o grave
Firmar el consentimiento informado	Negativa a la participación

DSM-5: quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*; TMG: trastorno mental grave.

estimado para su administración es de 15 minutos. Su índice de fiabilidad α de Cronbach indica que tiene una muy buena consistencia interna ($\alpha = 0,831$).

La autoestima se evaluó con la Escala de Autoestima de Rosenberg validada en población española. Es uno de los instrumentos más utilizados para la medición global de la autoestima y fue desarrollada originalmente por Rosenberg (1965)⁴ para la evaluación de la autoestima en adolescentes. Está compuesta por 10 ítems²⁴. Presenta una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0,87$) y la fiabilidad temporal es claramente satisfactoria (coeficiente de correlación $[r] = 0,74$).

La autoimagen se evaluó con la escala Standard Figure Stimuli (SFS), formada por nueve figuras que representan figuras humanas de hombres y mujeres, que van desde siluetas delgadas hasta las obesas. La autopercepción resulta de la diferencia entre el número asignado a la figura percibida y la real (calculada con el índice de masa corporal [IMC]).

Procedimiento

Los participantes fueron evaluados por varios enfermeros y psicólogos clínicos entrenados para la aplicación del protocolo de evaluación. Las sesiones eran individuales, de, aproximadamente, 45 minutos, y se llevaban a cabo en el propio centro donde viven los participantes.

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para describir las características de los participantes, y análisis inferenciales para determinar la existencia de relaciones entre algunas variables. Los análisis se efectuaron con el *software* IBM SPSS Statistics (22.0).

Este estudio ha sido elaborado a partir de un diseño transversal y siguiendo una metodología selectiva en la recogida de información.

RESULTADOS

El perfil de las personas con esquizofrenia está conformado predominantemente por hombres (66,1 %) con estudios primarios (71,4 %), y la gran mayoría son solteros (83,9 %), seguidos de lejos por los casados (10,7 %) (tabla 2).

La media de edad de los participantes de la muestra es de 55 años, con una variabilidad relativamente baja (desviación típica [DT] = 9,396). El participante más joven tiene 35 años, mientras que la persona de edad más avanzada tiene 76 años. En relación con los años de evolución de la enfermedad, encontramos una media de 29,34 años en nuestra muestra, con una variabilidad bastante destacada (DT = 10,3). Esto se debe al hecho de encontrar participantes con tan solo 1 año de evolución de la enfermedad, mientras que otros fueron diagnosticados hace 53 años.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de las variables sexo, estudios, estado civil y orden de los hijos

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	37	66,1
	Mujer	19	33,9
Estudios	Primarios	40	71,4
	Secundarios	11	19,6
	Universitarios	4	7,1
Estado civil	Soltero	47	83,9
	Separado	1	1,8
	Casado	6	10,7
	Viudo	2	3,6
Número en el orden de los hijos	Hijo único	8	14,3
	Mayor	14	25
	Mediano	16	28,6
	Pequeño	18	32,1

La gran mayoría de los participantes tiene hermanos. Concretamente, el 32 % son los hijos pequeños, el 28,6 % son los hijos medianos y el 25 % son los hijos mayores de la familia (tabla 2).

En relación con el peso, las personas con esquizofrenia presentan una media del IMC de 27,73 kg/m², que ya se sitúa en el sobrepeso. El mínimo se encontraría dentro del normopeso (21,27 kg/m²), mientras que el máximo correspondería a obesidad de tipo III (44,42 kg/m²).

La mayoría de los hombres del grupo se encuentra en peso normal y sobrepeso, con algunos casos con obesidad; en cambio, pocas mujeres de la muestra se encuentran en peso normal, y la mayoría están entre el sobrepeso y la obesidad (tabla 3). Existen diferencias estadísticamente significativas entre el peso y el sexo de los participantes ($\chi^2 = 6,38$; nivel de significación estadística [p] = 0,041; tamaño del

efecto medio en la relación de las variables [V] de Cramer = 0,338).

La autopercepción del peso en las personas con esquizofrenia muestra una tendencia a percibirse más delgadas (mediana [Md] = -1).

Si nos fijamos en las puntuaciones directas obtenidas en el GEOPTE para establecer la cognición social de las personas con esquizofrenia, se observa que la media de puntuaciones es de 15,44 (DT = 6,306) para la escala de neurocognición, de 16,24 (DT = 6,708) para la escala de *insight* social y de 31,49 (DT = 11,69) para la escala metacognitiva o total. Tal y como se observa con las DT, existe variabilidad en las respuestas de la muestra de tipo moderado.

Si nos fijamos en la interpretación que obtenemos de las puntuaciones en cada escala, se puede cons-

Tabla 3. Clasificación del peso en función del sexo

Tabla de contingencia SEXO * AUTOIMAGEN_PESO						
			AUTOIMAGEN_PESO			Total
			Normal	Obesidad	Sobrepeso	
Sexo	Hombre	Recuento	15	7	15	37
		Frecuencia esperada	11,2	9,9	15,9	37,0
	Mujer	Recuento	2	8	9	19
		Frecuencia esperada	5,8	5,1	8,1	19,0
Total		Recuento	17	15	24	56
		Frecuencia esperada	17,0	15,0	24,0	56,0

tatar que la categoría que presenta más frecuencia en las dos escalas, así como en la puntuación final, es la categoría «parcial», con porcentajes de entre el 48,2 y el 62,5 % según la escala. La siguiente categoría con más frecuencia es la «elevada», con por-

centajes de entre el 28,6 y el 17,9 %, mientras que la categoría «baja» es la que presenta menos frecuencia en todos los casos, encontrándose como máximo en el 21 % de las respuestas según la escala (tabla 4).

Tabla 4. Interpretación de las puntuaciones de la escala GEOPTE

Escala GEOPTE			
		Frecuencia	Porcentaje
Neurocognición	Baja	12	21,4
	Parcial	27	48,2
	Elevada	16	28,6
Insight social	Bajo	10	17,9
	Parcial	32	57,1
	Elevado	13	23,2
Metacognición (total)	Baja	10	17,9
	Parcial	35	62,5
	Elevada	10	17,9

Si aplicamos la prueba de la *t* de Student para datos relacionados o apareados para ver si hay diferencias entre la autopercepción social de las personas con esquizofrenia y la percepción que tienen de estos pacientes los profesionales que trabajan con ellos, encontramos que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el paciente y el informante/profesional para las tres subescalas (neurocognitiva: $t = -8,22$, $p < 0,001$, $r = 0,74$; *insight* social: $t = -12,378$, $p < ,001$, $r = 0,85$; metacognitiva: $t = -11,44$, $p < 0,001$, $r = 0,84$). En todos los casos, la intensidad de las diferencias es alta. Por lo tanto, existen diferencias claras en todas las subescalas en relación con la autopercepción y la percepción de los profesionales, de forma que los participantes se atribuyeron puntuaciones más altas.

Las puntuaciones de la escala de autoestima, medidas a partir del cuestionario de Rosenberg, en la muestra de personas con esquizofrenia presentan una media de 29,31 puntos y variabilidad no muy acentuada ($DT = 5,171$). Los valores se encuentran entre el 16 y el 41, aunque la mayoría se hallan entre el 25 y el 35, que se corresponde con una autoestima normal-alta.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se ha llevado a cabo en plena conformidad con las directrices del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de MútuaTerrassa y respetando los principios de la Declaración de Helsinki. Se recogieron los documentos de consentimiento informado de todos los participantes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Las características principales de las personas con esquizofrenia en cuanto a su autopercepción nos muestran una distorsión de la realidad en todos los aspectos evaluados.

En cuanto a su perfil sociodemográfico, el patrón del participante es el de un hombre de 55 años de edad, soltero y con estudios primarios, con una enfermedad mental de más de 29 años de evolución y con hermanos.

Respecto a la imagen corporal, se constata una tendencia a percibirse más delgados de lo que realmente están. Esta tendencia es especialmente marcada en mujeres.

Por lo que se refiere a la autoestima, igual que ocurre en los estudios de Fornells-Ambrojo y Garety¹², esta se encuentra entre normal y alta.

Para finalizar, en el estudio de la autopercepción de la cognición social, la media obtenida expresa el mejor estado de cognición social posible, que es muy superior al que se objetivó mediante la evaluación de los enfermeros y los psicólogos de los centros, tal como sugieren los estudios llevados a cabo por Pruzinsky y Cash²².

Ante tal evidencia, los patrones conductuales de estos participantes presentarán mayor resistencia al cambio, ya que no muestran necesidad de ello: alta autoestima, buena imagen corporal y capacidades conservadas. Estos datos se corresponden con el modelo de autoestima de Brown *et al.*⁷, según el cual las competencias, el aprendizaje de habilidades y los éxitos no influirían en la autoestima. Será importante la actuación de enfermería en el acompañamiento y cuidado de estas personas afectadas de una enfermedad grave, ya que su calidad de vida se verá afectada en el plano social, laboral y familiar y generará consecuencias en el sujeto que la padece, en los familiares y en las personas que lo rodean²⁵.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio cuenta con el respaldo de la Beca per a la Recerca de la Fundació per a la Docència i la Recerca MútuaTerrassa, 2014.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Ruiz JC, García-Ferrer S, Fuentes-Durà I. La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes Psicol.* 2006;24(1-3):137-55.



2. Brüne M. Emotion recognition, 'theory of mind,' and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2005; 133(2-3):135-47.
3. Vázquez-Campo M, Maroño Y, Lahera G, Mateos R, García-Caballero A. e-Motional Training®: Pilot study on a novel online program on social cognition for patients with schizophrenia. *Schizophr Res Cogn.* 2016;4:10-7.
4. Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
5. Smith B, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Bashforth H, Garety P, et al. Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr Res.* 2006;86(1-3):181-8.
6. Crocker J, Wolfe CT. Contingencies of self-worth. *Psychol Rev.* 2001;108(3):593-623.
7. Brown JD, Dutton KA, Cook KE. From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cogn Emot.* 2001;15(5): 615-31.
8. McCabe R, Saidi M, Priebe S. Patients-reported outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl.* 2007;50: s21-8.
9. Freeman D, Garety P, Fowler D, Kuipers E, Dunn G, Bebbington P, et al. The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: Self-esteem and persecutory delusions. *Br J Clin Psychol.* 1998;37(pt 4):415-30.
10. Tiernan B, Tracey R, Shannon C. Paranoia and self-concepts in psychosis: a systematic review of the literature. *Psychiatry Res.* 2014;216(3):303-13.
11. Garaigordobil M, Pérez JI, Mozaz M. Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema.* 2008;20(1):114-23.
12. Fornells-Ambrojo M, Garety PA. Understanding attributional biases, emotions and self-esteem in 'poor me' paranoia: findings from an early psychosis sample. *Br J Clin Psychol.* 2009;48(Pt 2):141-62.
13. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(8):1143-92.
14. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, Kinderman P, Howard R, Blackwood N, et al. The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(3):236-47.
15. Cella M, Reeder C, Wykes T. It is all in the factors: effects of cognitive remediation on symptom dimensions. *Schizophr Res.* 2014;156(1):60-2.
16. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry.* 1993;150(6):873-9.
17. Roe D, Mashiaj-Eizenberg M, Lysaker PH. The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophr Res.* 2011;131(1-3):133-8.
18. Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2006;189:204-12.
19. Raich RM. Imagen corporal. Madrid: Pirámide; 2000.
20. Rodríguez Testal JF. Alteraciones de la imagen corporal. Madrid: Síntesis; 2013.
21. Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML. Body-image aberration in schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1978; 87(4):399-407.
22. Pruzinsky JJ, Cash TF. Integrative themes in body-image development, deviance and change. En: Pruzinsky T, Cash TF. Body images. Development, deviance and change. Nueva York: The Guilford Press; 1992. p. 337-49.
23. Sanjuán J, Prieto L, Olivares JM, Montejo A, Ferré F, Mayoral F, et al. Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003;31(3):120-8.
24. Vázquez Morejón AJ, Jiménez García-Bóveda R, Vázquez-Morejón Jiménez R. Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol.* 2004;22(2):247-55.
25. Castillo Alarcón MP, Bellido Cuéllar M, Ventura González A. Revisión de tratamientos eficaces en la esquizofrenia. *Rev Enferm Salud Ment.* 2016;5:15-21.