

2ej
25

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**IZTACALA U. N. A. M.
PSICOLOGIA**



**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**ANALISIS CUANTITATIVO DE EPISODIOS
COMUNICATIVOS EN ESQUIZOFRENICOS**

001
31921
J1
1986-2

**REPORTE DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA
JOSE LUIS JIMENEZ AVALOS**

LOS REYES IZTACALA, MEXICO

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

"A la orilla de la playa..."

Esas palabras me recuerdan la inmensa calidad de tu existencia; el profundo valor de cada minuto que de ella me has dedicado. También me advierten que, teniendo cada vez más de mi vida entre las manos, no debo sino seguir tu ejemplo. Y más ahora cuando me encuentro gracias a tí, Padre, a la orilla de la playa.

Porque has tenido el valor y el amor para rehacer esa frágil tela de tus sueños que tantas veces deshile sin pensar, Madre, que la tejías para que la llevara puesta. Ya ves aquí esta parte de ella. Descansa, que yo la ire acabando conforme a todo lo que me has enseñado.

...y en especial:

Por su infinita paciencia.

ERIKA, ADRIANA, SANDRA:

Gracias por su cariño, por su confianza
y por su hermosa presencia. Las adoro.

Donde sea que me encuentre, cuenten con
su hermano. Mil besos.

A TODOS MIS TIOS.
A TODOS MIS PRIMOS.

Por la dicha inigualable de tener una familia tan linda, en la que nunca me han faltado ejemplos de esfuerzo y de amor. - Por su alegría y sus consejos, a todos, infinitas gracias y el deseo de brindarles y compartir mis logros.

En estricto orden cronológico:

Primero las damas...

ROSARIO: La vida no es sencilla. Pero se aprecia más lo que más nos cuesta. Llevas, a lo largo de este camino, los mejores implementos: un alma limpia y un ánimo inigualable. De todo lo que he conocido en tí, eso es lo que más me ha impactado, lo que más aprecio y lo que más te agradezco. Sigue adelante.

Para ALE: Hace mucho, pero mucho tiempo, una niña llamada Ale me dijo que le dedicara el primer libro que escribiese. Pues aquí está. No te imaginas cuánto me ha ayudado, para terminarlo, pensar en tu amistad. Gracias.

PAT: "Siempre las desdichas persiguen al buen ingenio" (Cervantes, 1605), Tú lo has visto. Con todo, has sabido apreciar este "mal cultivado ingenio mío" (Ibid.). Y eso no se olvida. Gracias.

Y un gran señor.

CARLOS: Sin tu amistad hace trece años que no hubiera hecho muchas cosas. Aunque no lo creas, este trabajo y lo que he de hacer en adelante tienen mucho de tí. Espero seguir teniendo tu aprecio, porque nos faltan aun muchos logros que compartir.

Son muchas las personas que han contribuido, en muy diversas formas, a este trabajo. No habría orden ni palabras justos al mencionarles.

A mis maestros, que en muchos aspectos lo han sido: Luis Antonio Pineda y Emilio Ribes.

A mis compañeras, por todos esos días de esfuerzos y aprecio: Angela y Diana.

A todos los compañeros de la UIICSE y del L-604, en especial: Susana, Hortensia, - Rosa María, Gerardo, Juan José, Salvador y Angel.

A todos mis profesores y con especial afecto al Dr. Elías Robles porque, en efecto, profesa todo lo que es.

A Cuca, Paty y Jorge.

A todos mis amigos.

Y, por qué no, a "Teresita".

I N D I C E.

IZT. 1000438

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. Esquizofrenia.	
1.- Desarrollo del concepto	7
2.- Características:	
Consideraciones generales	9
Atención	12
Percepción	15
Afectividad	16
Motricidad	18
3.- Tipos de esquizofrenia	19
4.- Etiología	
Teorías bioquímicas	23
Factores genéticos	25
Interacción familiar	27
5.- Tratamiento	31
CAPITULO II. Lenguaje y esquizofrenia.	
1.- Alteraciones de lenguaje y comunicación...	40
2.- Alteraciones del pensamiento	46
3.- Esquizofrenia y lenguaje	49
CAPITULO III. Método	56
CAPITULO IV. Resultados	70
CAPITULO V. Conclusiones	79
TABLAS Y GRAFICAS	92
BIBLIOGRAFIA	117
NOTAS	124
ANEXOS	127

R E S U M E N

Cuatro pacientes esquizofrénicas (grupo E) y - cuatro estudiantes de Psicología (grupo C), partici_ paron en una tarea de comunicación. Para evaluar la relación entre las conductas de escucha y de hablante, las descripciones, preguntas y respuestas se clasifi_ caron en "diferenciales" y "no diferenciales" y se obtuvieron índices de la incomunicación, precisión y redundancia de las interacciones. Los sujetos menos eficientes como hablantes también lo fueron como escu_ chas. Contrario a lo sugerido por otros estudios, las pacientes sí mostraron deficiencias como escuchas. Se caracterizaron también por describir no diferencialmente, por una mayor frecuencia de preguntas y menor precisión en las interacciones. Se observó que los intercambios pregunta-respuesta en el grupo E no tuvieron funciona_ lidad; que las pacientes no modularon su conducta en función de las condiciones de estímulo y que no parecen plénamente susceptibles de ser puestas en contacto con dichas condiciones mediante una interacción lingüística.

I N T R O D U C C I O N

Hace ya casi un siglo, en 1896, la "demencia precoz" - quedó incluida en la nosología psiquiátrica. Poco después, en 1911, se decidió llamarle "esquizofrenia" aclarando que se trata más bien de un grupo de enfermedades y no de una sólo entidad. Desde entonces se han aventurado ideas y explicaciones respecto a su origen y tratamiento que han ido desde la mayor prudencia hasta el más grande absurdo, extendiéndose y suscitando polémicas en terrenos de lo más variado. Con todo, nada claro hay aún y quienes propusieron soluciones "definitivas" sólo han logrado un lugar más entre el gran número de fracasos.

En medio de todo ello, me referiré a lo que he presenciado, el único interés manifiesto y constante de muchas pacientes es regresar a su casa; algo que a la mayoría nunca se le cumplirá y que parece de una inmensa sencillez en comparación con lo que se diserta acerca de "su problema". No creo que en otros lugares la situación sea diferente.

Ante esto, investigar acerca de la esquizofrenia debe tener como fin último la reintegración del individuo a su ámbito, cosa que de hecho se busca pero a menudo queda oculta en parte porque en los reportes no se precisan los objetivos finales del programa investigativo y en parte porque cada paso en su consecución resulta demasiado pequeño comparado con la formidable complejidad del problema y más tomando en cuenta que éste es menos la esquizofrenia que lo que se supone respecto a ella.

Así, decidimos tener un primer capítulo en el que se expongan de modo general no sólo las características de la esquizofrenia sino también datos experimentales acerca de su estudio y algunos de los procedimientos e hipótesis correspondientes. También hemos querido mostrar la visión crítica de diferentes autores, de modo general en la segunda sección del primer capítulo y sobre aspectos particulares en cada uno de los temas tratados.

¿Por qué el lenguaje?. El capítulo II está dedicado a las alteraciones del lenguaje, pensamiento y comunicación que parecen ser la marca distintiva de la esquizofrenia. Sin embargo, no es esa la razón principal para haberles tratado aparte. Lo que en la última sección de ese capítulo se describe como "función referencial del lenguaje" es, desde nuestro punto de vista, el eje en torno al cual giran las posibilidades de ajustarse plenamente al mundo de las relaciones sociales y desarrollar los procesos de pensamiento, áreas en las que, como se verá, tienen serias difi

cultades los esquizofrénicos. Creemos que una deficiencia en la adquisición (un proceso continuo) de la función referencial del lenguaje, es básica a la esquizofrenia y se ve necesariamente acompañada, conforme el individuo se desarrolla, de alteraciones en el pensamiento y en el ajuste social. Si las razones de dicha deficiencia son biológicas, sociales o de ambas no está claro aún; hay evidencia para cada caso y puede decirse que toda es veraz en tanto el ser humano no se comporta de un modo independientemente del otro.

El fin último es proponer una terapia alternativa. Si se pretende reintegrar al individuo a su ámbito, ésta deberá enfocarse hacia la rehabilitación o modificación de aquellos aspectos del comportamiento que permiten a la persona desenvolverse con plenitud en un ambiente cuya esencia son las convenciones lingüísticas. Por supuesto que hay otros factores de gran importancia, como los perceptuales y afectivos, a los que tal vez se ha tratado con cierto descuido. Empero, en tanto el lenguaje es la esencia del comportamiento humano, es posible que la investigación de los procesos referenciales, que resultan en el comunicarse con los demás y con uno mismo, nos indique o proporcione un modo de acercarse adecuadamente a las diferentes manifestaciones de lo que se ha llamado "esquizofrenia".

Nuestra hipótesis es, pues, que a las alteraciones esquizofrénicas subyace una deficiencia evolutiva (por razones biológicas y/o sociales), en la adquisición de los pro

cesos de sustitución referencial y, por ende, en las funciones que históricamente les siguen -los procesos de pensamiento-, y en la posibilidad de una integración social ajustada a las convenciones normativas generales.

Con ese fundamento, el proyecto "Análisis de los procesos referenciales en esquizofrénicos y su alteración como procedimiento terapéutico"⁽⁺⁾ incluye una serie de estudios controlados con el fin de evaluar: (a) la existencia de trastornos de la función referencial del lenguaje en pacientes -esquizofrénicos; (b) la posibilidad de modificar dichas alteraciones bajo procedimientos que promuevan la comunicación referencial y (c) la evaluación de cambios asociados en los trastornos del pensamiento y en las relaciones sociales como efecto de la modificación del lenguaje referencial.

Correspondiente a la primera fase del proyecto, el presente REPORTE DE INVESTIGACION tiene como objetivo presentar -una evaluación cuantitativa de la relación entre las conductas de escucha y de hablante durante una tarea de comunicación entre pacientes esquizofrénicos.

La tarea y las medidas que se describen en el capítulo III fueron pensadas en congruencia con nuestros planteamientos

(+) Este proyecto se ubica en la modalidad de "programas interinstitucionales", con la participación del Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Iztacala".

y procurando delinear una respuesta ante las necesidades - señaladas por diversos autores. La tarea es similar, por ejemplo, a la usada por Cohen y cols. (1974) pero incluye estímulos de naturaleza más cercana a lo cotidiano y de tres tipos -"objetos", "estados" y "acciones"-, que representan básicamente distintos niveles de organización de los mismos elementos y, por ende, diferentes niveles de respuesta para quien describe. Además, la posibilidad de preguntar y responder, ausente en otros estudios, permite una visión más amplia del comportamiento lingüístico y un acercamiento a su característica esencial: ser una forma de interacción. Por otra parte, son aspectos que pueden examinarse en forma particular si para algún caso se considera útil. Similarmente, los índices de incomunicación, precisión y redundancia de las interacciones fueron pensados para evaluar éstas y no tanto la conducta de cada sujeto como hablante o escucha.

Finalmente, las conclusiones en el capítulo IV se fundamentan en la noción de que interacciones como las analizadas implican una modulación mutua entre las conductas del hablante y del escucha, y de cada una en función de las condiciones estimulativas; una idea que, hasta donde sabemos, no se ha planteado anteriormente respecto al comportamiento lingüístico de los esquizofrénicos.

CAPITULO I.
ESQUIZOFRENIA

1.- Desarrollo del concepto.

La primera descripción de lo que posteriormente fue llamado "demencia precoz" y más tarde "esquizofrenia", parece haber sido la de John Conolly, del Hanwell Asylum, Inglaterra, en 1849. Conolly indicó que "ciertas personas jóvenes caen en un estado parecido a la melancolía, se vuelven indolentes y realizan sus ocupaciones en forma mecánica. El intelecto, los afectos y las pasiones se vuelven amortiguados." (Kolb, 1969, p.375). En 1868, el psiquiatra B.A. Morel utilizó por primera vez la expresión "demencia precoz" en el caso de un joven brillante que con gran rapidez se transformó "como si operara la transición hacia un estado de demencia precoz" (Ibid). Tales procesos de deterioración, explica Bleuler (1960), afectan principalmente a personas jóvenes y de ahí que Morel usara el término. En 1871, Hecker describió la "hebefrenia" como un proceso ligado a la pubertad y "de rapidísima evolución hacia un debilitamiento psíquico", con una forma característica de deterioro final (Kolb, op.cit., p. 375). En 1874, Kahlbaum ya había usado el término "hebefrenia" y describió también el complejo de síntomas "catatónicos". La mayoría de los psiquiatras rechazaron estas formulaciones pero E. Kraepelin, en 1896, propuso que podría haber un denominador común a los síntomas descritos por Hecker y Kahlbaum. Distinguió un cierto número de síntomas presentes en efeciones con pronóstico muy pobre y ausentes en otros grupos de enfer-

medades; las psicosis caracterizadas por esos síntomas - fueron reunidas bajo el rubro "demencia precoz" aunque no ya como necesariamente asociadas a un deterioro final (demencia) y a una temprana aparición (precoz) (Kolb, 1969; - Bleuler, 1960).

Kraepelin dividió las enfermedades mentales en dos grandes grupos: psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz. Pero este último concepto era rechazado por existir - otros tipos de enfermedad que, según sus síntomas, quedaban incluidas en esa categoría pero no conducían a un deterioro completo ni aparecían tempranamente. En opinión de Bleuler (op.cit.), la mayoría de los psiquiatras parecían haberse aferrado al sentido literal del término ignorando el concepto básico delineado por Kraepelin (1). Decidió usar un nuevo nombre para la enfermedad, "menos apto para ser mal interpretado" y acuñó el término "esquizofrenia" según él mismo porque: "el desdoblamiento de las funciones psíquicas es una de sus características más importantes" (Bleuler, op.cit., p. 14): el afecto, el intelecto y la conciencia no están coordinados como en otras personas. Su curso es a veces crónico y a veces intermitente; puede detenerse o retroceder pero nunca permite una restitución completa. Se caracteriza por un tipo de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior que - en ningún otro caso se da de tal modo y que conforma los síntomas "fundamentales", comunes a todos los pacientes - esquizofrénicos: pérdida de las asociaciones, afecto in-

(1) Consúltense las notas al final del texto.

apropiado (emoción que no se adapta a las circunstancias), ambivalencia afectiva (emociones opuestas respecto a un mismo objeto) y autismo (inclinación a divorciarse de la realidad y apego por la fantasía). Bleuler también distinguió los síntomas "accesorios", que pueden faltar completamente o estar ausentes en ciertos períodos y que pueden aparecer en otras enfermedades: alucinaciones (percepción sin objeto que la determine), ilusiones (percepción errónea o falsa de objetos existentes) e ideas delirantes (falsas ideas fijas que el paciente no puede abandonar ni por razonamiento ni con base en la experiencia). Pensó que la esquizofrenia se debía a una enfermedad cerebral y denominó síntomas "primarios" a las consecuencias directas del trastorno; las reacciones del paciente en sus intentos por adaptarse a ellos conforman los síntomas "secundarios", cuyas características dependen en buen grado de la experiencia particular del paciente (Bleuler, 1960; Kolb, 1969; Nathan y Harris, 1983).

2.- Características de la esquizofrenia.

Consideraciones generales.

Hasta la fecha no parece haber común acuerdo respecto a la pertinencia exclusiva -y por tanto definitoria-, de tales o cuales síntomas a la esquizofrenia ni acerca de las implicaciones o significados de los muy diversos términos empleados para describirlos (Andreasen, 1980; Bannister,

1968, 1982; Carpenter y cols., 1981; Hemsley, 1984; Hoffman y cols., 1982; Kolb, 1969; Manscreck y cols., 1981; Nathan y Harris, 1983). Se ha sugerido que es una búsqueda estéril y que el término "esquizofrenia" debiera desaparecer (Bannister, 1968; Mancuso, 1982) o que es necesaria una nueva taxonomía (Colby, 1982). Los criterios especificados por la "American Psychiatric association" en el DSM-III (1980), que presentamos en el anexo I, han sido muchas veces cuestionados y no es raro leer reportes o revisiones en los que se indica falta de confiabilidad entre diagnosticadores (Carpenter y cols., 1981; Hemsley, 1984; Knight, 1983; Schwartz, 1982).

La expresión "desorden formal del pensamiento" (2) puede encontrarse en casi toda la literatura concerniente a la esquizofrenia y aparece como el concepto central para explicar muchas de las anormalidades en el comportamiento de los esquizofrénicos (Andreasen, 1979a; Dingemans y cols., 1983; Faber y Reichstein, 1981; Meehl, 1962). El término en cuestión se usa a menudo como sinónimo de "habla desorganizada" (3) debido principalmente a las suposiciones de que el pensamiento se refleja en el habla y de que mecanismos de acopio, almacenamiento y procesamiento de información son mediadores o representantes de tal expresión, bajo diversas modalidades cuyas anomalías responden por las irregularidades en la producción verbal de los esquizofrénicos (4) (Cohen y cols., 1974; Dingemans y cols., 1983; Hemsley, 1982; Nuechterlein y Dawson, 1984; Schwartz, 1982).

Sin embargo, la diversidad de esas manifestaciones y, más que nada, el que a cada caso se le ha visto como entidad - aislada o diferente, ha producido un cuerpo de información algo difuso (Andreasen, 1979a,b, 1980; Hoffman y Cols., - 1982). Andreasen (op.cit.), por ejemplo, informa que el re conocimiento de la gran variedad de conceptos y términos - ha llevado a la especificación de dieciocho tipos diferen- tes de "desórden del pensamiento" (subrayado mío) y de ahí que abogue por la desaparición del concepto. Otro problema especial es el relativo a la génesis y papel social del - lenguaje. Chaika (1981), hace notar que "la psiquiatría, - especialmente el psicoanálisis, generalmente subestima la naturaleza pública y social del lenguaje. Más bien se le - trata como un sistema privado que cada persona puede usar y usa a su antojo" (p.1). Similarmente, Rutter (1981, 1982) ha indicado que los estudios de "lenguaje y comunicación" en pacientes esquizofrénicos se han basado en descripciones de monólogos y no se ha reportado un sólo estudio de con- versaciones. Finalmente, Blakar y su equipo (Blakar y Nafs tad, 1982; Mossige, Petersen y Blakar, 1979; Solvberg y - Blakar, 1975), han expresado que a pesar de que desde 1951 se propuso redefinir la psicopatología en términos de al- teraciones en la comunicación, en el caso de la esquizofre nia hasta ahora se ha intentado explicar un misterio con - otro pues no se tiene una teoría general de ella ni de la comunicación y menos de sus instancias patológicas.

No obstante, la persistencia del concepto "desórden

formal del pensamiento" refleja que las manifestaciones -
más obvias del problema son el empleo del lenguaje y la
forma de pensar de los esquizofrénicos y que el resultado
de ello es, en general, la pérdida de sus capacidades comu
nicativas y una desarticulada visión del mundo (Bannister,
1981; Cohen y cols., 1974; Kantorowitz y Cohen, 1977; -
Knight, 1983; Nathan y Harris, 1983; Neuringer y cols., -
1974; Pogue-Gueille y Oltmanns, 1980; Oltmanns, 1982; -
Smith, 1970).

Comúnmente los trastornos o deficiencias asociados a la
esquizofrenia se dividen en tres grandes grupos: cognosci_
tivos, afectivos y perceptuales. Menos frecuentemente se -
considera la desorganización motriz. El caso que recibe más
atención es el de las alteraciones cognitivas: pensamien
to, lenguaje, comunicación y atención.

Atención.

La hipótesis de que una alteración a nivel atento es
una característica que distingue a la esquizofrenia su_
giere que tal deficiencia es mediadora de los síntomas, -
especialmente de las alteraciones del lenguaje. Sin embar_
go, la naturaleza específica del problema es aún poco clara
(Pogue-Gueille y Oltmanns, 1980; Knight, 1983; Manschreck
y cols., 1981).

Bajo el supuesto de que la atención funciona como un -
control en el procesamiento de información⁽⁴⁾ se ha hipote
tizado la existencia de mecanismos internos que sirven -

para "editar" (retractarse de) las expresiones que un hablante juzga inadecuadas o imprecisas, antes de emitir las y que los esquizofrénicos sufren una falla en ellos (Cohen y cols., 1974; Kantorowitz y Cohen, 1977; Smith, 1970), a la que contribuyen (a) su inhabilidad para desatender o apartar la estimulación irrelevante y su hiperresponsividad ante ella (características, como se verá, del pensamiento "sobreinclusivo") y (b) que los esquizofrénicos responden con prioridad a la estimulación inmediata: en general, que no responden a la estimulación distante en tiempo y espacio; en particular, que cualquier respuesta verbal del discurso de un esquizofrénico está principalmente relacionada a los segmentos cercanos y no a los iniciales y más lejanos (Cohen y cols., 1974; Salzinger, 1979; Schwartz, 1982).

Oltmanns (1982), ha indicado que los esquizofrénicos no atienden a la estructura sintáctica de lo que oyen, al parecer procesando las palabras como una sucesión de estímulos no relacionados más que como un conjunto de unidades con significado, dando así respuestas que pueden parecer tangenciales o irrelevantes. Kolb (1969), señalan que muchas veces las respuestas del paciente muestran que ha entendido la pregunta pero son erróneas, triviales y no informativas; Andreasen (1980) cita el caso de "habla distraíble" en que el paciente cambia los temas de conversación en respuesta a un estímulo cercano; la sensibilidad del paciente parece aumentar ante las imágenes o sonidos extraños; su respuesta a tales estímulos interrumpe las transac

ciones humanas (Kolb, 1969). Hemsley (1982) y Manschreck y cols. (1981), han observado una relación crítica entre respuestas atencivas y funcionamiento motriz; Maher (1972, en Cohen y cols., op.cit.) propone que los esquizofrénicos no pueden inhibir -y son distraídos por-, intromisiones de asociaciones internas a causa de un déficit atencivo y Neuringer (1974) supone que los esquizofrénicos desatienden - las señales contextuales que probabilizan un significado de una palabra sobre otros posibles.

Recientemente se ha puesto énfasis en la atención selectiva como parte de los sistemas de procesamiento de información visual y auditiva, y a los efectos de estímulos distractores sobre tareas que la requieren. La mayoría de las discusiones giran en torno al modelo propuesto por Broadbent (1971, en: Schwartz, 1982), que postula dos etapas en el proceso: una de "filtrado" en que se elige la información ante la que se va a responder y otra de "clasificación" (pigeonholing) en que se elige la respuesta ante la información seleccionada. Aparentemente los esquizofrénicos no tienen problemas en la primera etapa y sí en la segunda, ya que pueden desatender un estímulo distractor basándose en su localización física pero no de acuerdo a su significado. Por otra parte, el modelo ha sido interpretado de muy diversas formas y a veces lo que unos citan como experimento sobre "filtrado" otros lo ven como de "clasificación" (Hemsley, 1982; Nuechterlein, 1984; Schwartz, 1982).

Percepción.

Las principales manifestaciones del trastorno perceptual en la esquizofrenia son las ilusiones y las alucinaciones, factores que producen una creciente falta de espontaneidad en los contactos interpersonales de los pacientes. Puede notarse una hipersensibilidad a los estímulos auditivos y visuales o bien una indiferencia ante cualquier tipo de estimulación (Kolb, 1969; Nathan y Harris, 1983). Esas alteraciones no son exclusivas de la esquizofrenia: también pueden presentarse en pacientes maníacos, depresivos, neuróticos, alcohólicos o histéricos; incluso en personas normales bajo estados extremos de ansiedad o fatiga (Ibid.).

A veces los pacientes reportan que partes de su cuerpo o todo él cambian de tamaño o de forma, o que objetos inanimados se mueven o se alteran. Otras veces indican que pueden desprenderse de partes de su cuerpo voluntaria o accidentalmente (Ibid.). Sucede también que sientan que han perdido su identidad ("despersonalización"), dejando de ser ellos mismos pero no necesariamente identificándose con personajes; simplemente reportan que les parece presenciar la vida "desde fuera", algo que también sucede en casos de neurósis o ansiedad pronunciada (Kolb, 1969).

Nathan y Harris (1983), mencionan que los esquizofrénicos no se desempeñan como los normales en tareas de igualdad y copia de patrones o de estimación de tamaños, distancias y pesos. Polyakov (1979), presentó a los pacientes oraciones cuya última palabra quedaba oculta por ruido

blanco en diferentes grados, teniendo que ser conjeturada de acuerdo al contexto de la oración. Observó que los esquizofrénicos tendieron a dar terminaciones menos probables en mayor grado que los normales; especialmente cuando la palabra oculta era de baja probabilidad respecto al contexto de la oración y el ruido blanco estaba en su mayor intensidad. Bajo otras condiciones no hubo diferencias entre los grupos. Similarmente, presentando imágenes que variaban de "muy común" a "poco común", en diferentes grados de claridad, halló que los esquizofrénicos tendieron a reconocer las imágenes menos comunes, en especial cuando su claridad fue mínima. Polyakov señala que las diferencias entre los grupos en ambos experimentos surgieron cuando el sujeto debía hacer uso de un sistema de hipótesis cuyas probabilidades de aplicación estuvieron determinadas por la experiencia, lo que indica una posible incapacidad de los esquizofrénicos para usar su experiencia al aplicar las hipótesis en un contexto particular.

Afectividad.

En tanto los delirios, las alucinaciones y la incoherencia abarcan el grueso de los criterios del DSM-III (anexo I), las alteraciones del afecto ocupan un segundo plano. Respecto al caso, el DSM-III indica: "El elemento afectivo se vuelve secundario y en ningún caso define a la esquizofrenia. Se elimina como elemento particular a algún subtipo y por ello no es primordial" (en: Arámbula, 1985, p. 46).

Como en el caso de los trastornos perceptuales, los -
afectivos también son observados en personas normales, -
aunque en una modalidad no tan intensa e incapacitante -
(Kolb, 1969). En la obra de Bleuler (1960), las alteracio_
nes afectivas pertenecen a los síntomas fundamentales: emo_
ción que no se adapta a las circunstancias y ambivalencia
afectiva. El segundo caso consiste en el sentimiento, a ve_
ces reportado como simultáneo, de emociones opuestas res_
pecto a un mismo objeto. El primer caso ha quedado inclui_
do en la actual categoría de "responsividad emocional ina_
decuada" (Kolb, 1969): los pacientes responden con indife_
rencia ante lo que en otros sería causa de alegría o tris_
teza; muestran el sentimiento opuesto al normalmente es_
perado o su reacción es exagerada respecto al estímulo. -

A menudo reportan una incapacidad para sentir placer -
("anedonia") o muestran un aplanamiento afectivo (los afec_
tos son expresados sin el tono que les es común). Por otra
parte, debe siempre tenerse en cuenta que muchas veces es_
tos trastornos resultan en una conducta caprichosa e impul_
siva que puede conducir a la agresión hacia los demás o a
sí mismo, incluso al suicidio (Kolb, 1969; Nathan y Harris,
1983).

Neuringer (1974), al observar que los pacientes de un -
experimento evitaron palabras emocionales, ha sugerido que
se tome en cuenta el impacto afectivo de los estímulos al
estudiar las alteraciones lingüísticas de la esquizofrenia.

En general, parece como si un miedo al contacto humano

hubiera conducido al paciente a un estado de regresión y - aislamiento: no confía en nadie, se siente rechazado, el - afecto es superficial y su capacidad para responder emocionalmente está disminuida en su riqueza (Kolb, 1969).

Desorganización motriz.

Con el uso de la farmacoterapia en la actualidad es raro encontrar el cuadro del paciente psicótico que ríe, grita, gesticula, salta, etc. Por otra parte, los neurolépticos - frecuentemente inducen alteraciones en la motricidad, pero generalmente involuntarias y que no afectan las secuencias de movimientos que el paciente domine (Manschreck y cols., 1981; Nathan y Harris, 1983).

Manschreck (op.cit.), ha reportado una correlación significativa entre índices de alteración lingüística y desorganización motriz. Los últimos incluyen: manerismos, estereotipias, ecopraxia, catalepsia, negativismo, latencias de respuesta largas, demasiado tiempo para completar un movimiento, persistencia postural y alteraciones en el cambio y coordinación de los movimientos. De ellos, los cinco primeros son los casos generalmente citados (Kolb, 1969; - Nathan y Harris, 1983; Vallejo-Nágera, 1977) como alteraciones de la motricidad en los esquizofrénicos:

Comúnmente los pacientes repiten o persisten en ciertos gestos como muecas y sonrisas. Otras veces los patrones - repetitivos consisten en cambiar de un lugar a otro o regresar siempre al mismo lugar para mostrar la misma con...

ducta una y otra vez o efectuar ciertos actos procediendo como en un ritual. El negativismo se manifiesta como una notable oposición al ambiente o a los deseos de otras personas; en casos extremos el paciente guarda un mutismo absoluto, rechaza los alimentos o se niega a orinar o defecar. Por otro lado, puede mostrar una gran sugestionabilidad y obedecer órdenes sin tomar en cuenta quién las da ni sus consecuencias. A veces responden imitando siempre los movimientos de cualquier persona (ecopraxia).

Algunos pacientes pueden permanecer inmóviles por largo tiempo aparentemente sin darse cuenta de la estimulación externa, la incomodidad o el dolor. Tales estados de "estupor" o "catalepsia" pueden incluir una condición de "flexibilidad cérica" en la que el sujeto permanece en la posición en que otros le acomodan, como un muñeco. También pueden acompañarse del rechazo a cualquier actividad espontánea y un estado de inactividad (anergia), que supone la pérdida de interés en el medio externo. Los casos más graves y desorganizados muestran a menudo enfriamiento y cianosis de manos y pies o fallas en los reflejos pupilares.

3.- Tipos de esquizofrenia.

Tradicionalmente se han propuesto diez tipos de esquizofrenia: simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo, latente, residual, esquizo-afectivo, de la niñez y crónico-no diferenciado. Se distinguen por la predominancia

de unos síntomas sobre otros pero pocas veces en forma por completo clara (Nathan y Harris, 1983), por lo que se han propuesto un conjunto de dicotomías como clasificación alternativa: proceso-reactiva, crónica-aguda y paranoide-no paranoide (Ibid.).

En el DSM-III (op.cit.) se elimina el subtipo "simple"-pues se había prestado para incluir a cualquier paciente sospechoso; el caso reactivo ya no es visto como esquizofrenia sino otra clase de psicosis y el tipo latente es equiparado a los trastornos fronterizos o esquizo-afectivos.

Tipo hebefrénico: parece ser el caso de mayor desorganización. El pensamiento está súmamente trastornado y las respuestas afectivas son notablemente inapropiadas. Las alucinaciones y delirios son profundos pero breves (Nathan y Harris, 1983).

Tipo catatónico: comprende dos subtipos: excitado y aislado (también "excitación y estupor"). El primero se caracteriza por una conducta motora excesiva y a veces violenta. El subtipo aislado se distingue por su estupor, mutismo y negativismo y, en casos extremos, flexibilidad cérea. Un catatónico aislado puede pasar al estado de excitación.

Tipo paranoide: Parece ser el tipo más común y de ahí que se haya sugerido la dimensión "paranoide-no paranoide" cuyo segundo caso abarca a todos los demás tipos. Los delirios y las alucinaciones son notables y duraderos, generalmente de persecución o de grandeza. Como resultado de sus delirios los pacientes son frecuentemente suspicaces,

hostiles y agresivos.

Tipo agudo: por lo general se aplica al primer episodio de un paciente. Se caracteriza por gran confusión, depresión, agitación y ansiedad. Puede desarrollar gradualmente los síntomas de algún otro tipo o presentar episodios agudos recurrentes. A veces nunca se vuelve a presentar el episodio.

Tipo fronterizo (límite, latente o pseudo-neurótico): se refiere a las personas que muestran algunas conductas esquizofrénicas pero nunca francamente psicóticas. Implica siempre el peligro de etiquetar a una persona como "esquizofrénica" con todas las consecuencias que ello trae. Los síntomas pueden considerarse neuróticos (obsesiones, compulsiones, histeria), pero mientras el paciente neurótico puede describir en detalle su problema, las explicaciones del esquizofrénico son vagas, mal definidas, a menudo contradictorias y se repiten sin detalles en una forma estereotipada.

Tipo esquizo-afectivo: muestra las alteraciones de la esquizofrenia y las del síndrome maniaco o depresivo. Por tanto, se subdividen en excitados y deprimidos: el paciente puede sufrir una depresión profunda y hasta llegar al suicidio, o bien ser maniaco y grandioso. El trastorno del pensamiento es notable.

Tipo residual: se aplica a quienes han tenido episodios de esquizofrenia y muestran los síntomas residuales que se describen en el DSM-III (anexo I).

La "esquizofrenia de la niñez" se supone en los pacientes en quienes las conductas de esquizofrenia aparecen antes de la pubertad. La distinción entre autismo y esquizofrenia infantil ha sido un tema de gran controversia; para unos son equivalentes mientras que para otros representan trastornos distintos.

Tipo crónico-no diferenciado: esta es la categoría que corresponde al caso de "otros" que en cualquier clasificación se aplica a las instancias que no quedan en ninguna de las divisiones propuestas. Implica un trastorno de larga duración pero las alteraciones del paciente no se ajustan a una categorización precisa aunque sí lo distinguen de otras psicosis.

Dimensión "de proceso-reactiva": el caso de proceso implica un trastorno de lento desarrollo en el que los síntomas aparecen y empeoran gradualmente. El caso reactivo presenta síntomas agudos y una brusca aparición. En la medida en que el paciente reactivo responde a tensiones emocionales, es potencialmente curable; el caso de proceso es de pronóstico menos favorable, incluye problemas psicológicos tempranos, enfermedad grave o duradera, dificultades en la interacción social o familiar, largo tiempo de hospitalización y poca respuesta al tratamiento, paranoia, desesperación y fracaso ante la adversidad, delirios y pérdida o rechazo de las normas y costumbres.

Dimensión "crónico-agudo": después de un episodio esquizofrénico los pacientes pueden llegar a recuperarse o

permanecen alejados, aislados y confusos en forma crónica. En caso de un retorno del episodio, los pacientes de tipo agudo luchan intensamente contra los síntomas mientras los de tipo crónico se van volviendo apáticos e indiferentes. Como el tipo reactivo, al agudo surge como respuesta a un evento mientras que el tipo crónico, como el de proceso, - se desarrolla en forma gradual.

Dimensión "paranoide-no paranoide": se basa en la su-
gerencia de que los esquizofrénicos de tipo paranoide -
pueden formar una categoría y las demás, en conjunto, que-
darían en el extremo no paranoide. Se fundamenta en los -
datos estadísticos: el tipo paranoide ha ocupado siempre
desde más de una tercera parte hasta casi la mitad de los
diagnósticos.

4.- Etiología.

Teorías bioquímicas:

Dos hipótesis han predominado en la investigación de -
las anormalidades bioquímicas en la esquizofrenia: (a) que
en el organismo hay enzimas capaces de efectuar una metila-
ción del neurotransmisor DOPamina o del neurotransmisor -
Serotonina. Sabiendo que los alucinógenos LSD y Mezcalina
son, respectivamente, una serotonina metilada y una dopami-
na metilada, se cree que una anomalía genética permite una
metilación patológica que resulta en esos alucinógenos o -
sustancias similares a ellos (Aguillón, 1985).

(b).- Una anormalidad en la actividad de la dopamina a nivel cerebral: todas las sustancias conocidas por su actividad estimuladora de la acción de la dopamina agravan los síntomas esquizofrénicos o provocan, en sujetos normales a dosis repetidas, cuadros de esquizofrenia paranoide. Por otro lado, todos los productos capaces de bloquear la actividad de la dopamina, disminuyendo la neurotransmisión, alivian los síntomas psicóticos. Esos son los llamados neurolépticos (Ibid.).

Hay datos en apoyo de ambas hipótesis: en la orina de pacientes esquizofrénicos se ha encontrado derivados anormales de la serotonina, conocidos por existir en algunos hongos alucinógenos, y no presentes en la orina de sujetos normales o pacientes no esquizofrénicos (Kolb, 1969; Nathan y Harris, 1983). Respecto a la actividad de la dopamina, se ha encontrado que las deficiencias en dos sustancias que modulan la neurotransmisión (Colecistoquinina y Beta-endorfina), pueden incrementar el efecto de la dopamina. Igualmente, en estudios post-mortem de pacientes esquizofrénicos se ha observado una cantidad anormalmente baja de la enzima Descarboxilasa glutámica que juega un papel inhibitorio en la acción de la dopamina (Aguillón, 1985).

Hay muchas otras suposiciones y hallazgos pero ninguno será conclusivo mientras no se demuestre su especificidad. No obstante, se han aventurado explicaciones como las siguientes: (1) la estereotipia motriz causada por sustancias como las anfetaminas o la apomorfina se ha relacionado con

la liberación excesiva de dopamina y se sugiere que la -
perseveración del pensamiento y la falta de habilidad para
desechar la estimulación irrelevante son análogos mentales
de la conducta motora estereotipada (Ellinwood, 1977, en:
Aguillón, 1985); (b) la dopamina facilita la emergencia de
movimientos desde un estado subumbral y tendría también una
función análoga en la esfera mental: regular el umbral para
la emergencia de pensamientos preconcientes e imágenes con-
cientes. La esquizofrenia podría ser la perseveración de -
tales pensamientos e imágenes debida a una excesiva acción
dopaminérgica. (Ibid.).

Factores genéticos:

Se han usado tres técnicas para la investigación de la
genética en la esquizofrenia: el método genealógico, el -
método familiar y las investigaciones con gemelos. Los dos
primeros han tenido profundas deficiencias en cuanto a con-
trol de variables y muchas veces se han reportado datos -
contradictorios (Aguillón, 1985). En términos generales se
han hecho las siguientes estimaciones: en la población ge-
neral el riesgo de esquizofrenia es del 1% al 2% pero en -
casos de consanguineidad (hermanos e hijos de esquizofrén-
cos), el riesgo varía entre el 7% y el 10%. Si ambos padres
son esquizofrénicos el riesgo para un hijo está entre el -
40% y el 60% (San Martín, 1981, en: Aguillón, 1985).

Los estudios con gemelos realizados por Kallman en -
1946 son tal vez los más citados. Ha reportado que si el -

padecimiento se presenta en un gemelo monocigótico, el otro lo sufrirá en un 85.8% de los casos; si los gemelos son dicigóticos, en un 14% (Kolb, 1969). Gottesman y Shield (1973 en: Nathan y Harris, 1983), también obtuvieron mayores probabilidades (3.3 veces más) en el caso de gemelos monocigóticos que en el de dicigóticos e indican que los datos de Kallman son exagerados. Rosenthal (1971, en Nathan y Harris, op.cit.), otro de los investigadores de más relevancia en el tema, encontró que la mayoría de los padres biológicos de niños que más tarde fueron diagnosticados como esquizofrénicos, también resultaron esquizofrénicos, lo que no se observó con los padres adoptivos de niños posteriormente esquizofrénicos. También observó que la mayoría de los niños adoptados con padres biológicos esquizofrénicos mostraron el trastorno; no así niños adoptados con padres biológicos normales.

No obstante éstos y otros datos, aún no es claro hasta qué grado interviene la herencia en la esquizofrenia. Se prefiere suponer una predisposición, genéticamente determinada, que interactúa con factores sociales para desencadenar un episodio de esquizofrenia (Aguillón, 1985; Kolb, 1969; Nathan y Harris, 1983).

Kay (1975a, 1979a,b), propone la existencia de dos estratos componentes del desorden cognoscitivo en la esquizofrenia: uno de ellos, responsivo al tratamiento con drogas, puede constituir un proceso desorganizativo tal vez relacionado a un incremento en el estado de emotividad de los

pacientes, tal como se refleja en las alteraciones de la atención y el sueño; es esencialmente biológico. El otro, resistente a las drogas, que se manifiesta como un funcionamiento cognoscitivo primitivo y desadaptado, puede ligarse a una historia de comunicación personal inefectiva (ver más adelante "Interacción familiar"). Asarnow (1983), señala que se ha acumulado evidencia de que ciertas formas de alteraciones en el procesamiento de información, el funcionamiento motriz y la atención observadas en niños con familiares esquizofrénicos podrían ser claros indicadores de vulnerabilidad ante la esquizofrenia. Nuechterlein y Dawson (1984), presentan evidencia respecto a esa vulnerabilidad en niños con familiares esquizofrénicos: latencias largas ante estímulos visuales y auditivos, fallas en el mantenimiento de la atención, problemas en atención selectiva (ver también Knight, 1983), dificultades en la memoria a corto y largo plazo, y anormalidades en las asociaciones de palabras.

Interacción familiar.

Hacia 1959 se operó un cambio "...de la idea inicial de que las dificultades en las familias de esquizofrénicos - eran causadas por el miembro 'enfermo'...al énfasis en que los tres miembros (padre, madre, hijo) están implicados en un sistema patológico de interacción (Haley, 1959, en: Solberg y Blakar, 1975). A esta transición contribuyeron las sugerencias de Kuesch y Bateson (Ibid.) respecto a la -

posibilidad de redefinir la psicopatología en términos de alteraciones en la comunicación; de Bateson (1956) acerca del "doble vínculo" ("double bind") como un aspecto crítico en la génesis de la esquizofrenia, y las observaciones de Wynne (1958, en: Mossige y cols., 1979) y Lidz (Lidz y Fleck, 1960), respectivamente de la "pseudo-mutualidad" y de la "discordia y asimetría" imperantes en los matrimonios con hijos esquizofrénicos.

En la situación de "doble vínculo" el sujeto (a) está involucrado en una relación interpersonal en la cual cree que es muy importante comprender qué clase de mensaje le está siendo transmitido (no necesariamente sólo con palabras, pero (b) la otra persona proporciona dos mensajes contradictorios simultáneos y (c) el sujeto no puede juzgar los mensajes conflictivos ni determinar a cual de ellos debe responder (Bateson, op.cit.). Lidz (op.cit.) observó que en los matrimonios con hijos esquizofrénicos existían "...tremendos conflictos entre los padres, lo cual dividía a la familia en dos bandos hostiles, en torno a cada uno de los cónyuges, buscando ganar, desafiando los deseos de el otro, socavando el mérito del esposo ante los niños..." y que "...la patología sería de uno de los padres (alcoholismo, obesidad grave, dependencia y pasividad excesivas, inseguridad y confusión respecto a tendencias sexuales e incluso esquizofrenia), era aceptada pasivamente por el otro (pp. 332-333). En esas familias se da también una historia de comunicación interpersonal inefectiva que hace -

crecer al sujeto bajo la influencia de falsos constructos simbólicos para conceptuar la realidad y juzgar experiencias. Kay (1975a, 1979a,b) considera que el funcionamiento cognoscitivo de los esquizofrénicos está ligado a esa historia y observa que ciertos aspectos del desorden del pensamiento se clasifican como "residuales" o "prodrómicos" - (verlos en el anexo I), cuando pudieron haber estado presentes mucho tiempo antes de la manifestación de la enfermedad. En forma similar, Bannister (1968, 1971, 1982), propone, con base en los trabajos de Kelly (1955, en: Bannister, op.cit.), que el desorden formal del pensamiento resulta de "experiencias repetidas de invalidación" (p.2); cuando una persona se ve constantemente obligada a cambiar su evaluación de las cosas, eventos o personas, en términos de los constructos que de ellas hace, la interrelación entre los constructos se debilita progresivamente resultando la desarticulada visión del mundo a la que se llama "desorden del pensamiento".

Blakar y sus colaboradores (Blakar y Nafstad, 1982; - Blakar y Vladimarsdottir, 1981; Mossige, Petersen y Blakar, 1979; Solvberg y Blakar, 1975), han dado forma experimental a los estudios de comunicación entre familiares de esquizofrénicos. Partiendo de que la precondition más elemental para una comunicación exitosa es que todos los participantes tengan una realidad social compartida, un aquí y ahora dentro del cual se realice el intercambio de mensajes, diseñaron una tarea en la cual puede manipularse tal

situación (Solvberg y Blakar, 1975): uno de los esposos - tiene un mapa con una ruta marcada para ir de un extremo a otro. Su compañero tiene el mismo mapa pero con una "calle" de más, lo cual hace imposible que éste llegue al punto - final mediante las explicaciones del primero; uno no ve - el mapa del otro. La solución esperada es que las parejas se den cuante de la diferencia.

Los autores reportaron que todas las parejas con hijos normales resolvieron el problema mientras que sólo una de las parejas con hijo esquizofrénico lo hizo. Estas últimas se caracterizaron por: mayor rigidez en las estrategias de explicación y de distribución de roles; menos habilidad - y/o disposición para tomar en cuenta lo que el otro dijo; lenguaje (definiciones y conceptos) impreciso y difuso; - "pseudo-acuerdo" (aceptar la sugerencia del otro a sabien_ das de que está equivocado); mayor proporción de comentarios irrelevantes a la solución del problema y mayor proporción de instrucciones de uno ignoradas por el otro. Usaron ex_ presiones como "ahora estamos aquí" o "luego vamos allá", inútilès puesto que uno no veía el mapa del otro; tuvieron menos intentos para ponerse de acuerdo e ignoraron más ve_ ces tales intentos. Por último, podían recomenzar la tarea varias veces sin ser capaces, al menos explícitamente, de atribuir a algo sus dificultades.

Concluyeron que las parejas con hijo esquizofrénico - fueron muy poco capaces de tomar el punto de vista del - otro; fueron "egocéntricas", misma conclusión a la que lle_ garon Rutter (1980, 1981) y Rochester y Martin (1979), -

respecto a las conversaciones entre esquizofrénicos.

Parece haber cierto acuerdo respecto a la convergencia de factores biológicos y sociales, aunque no en cuanto a su naturaleza. Brown, (1973), por ejemplo, afirma que quienes estudian las interacciones familiares van por el camino adecuado, aunque no se explica cómo en algunas familias tanto o más conflictivas que aquellas de las que han surgido pacientes esquizofrénicos, nunca aparece un miembro con el trastorno. La diferencia, sugiere, podría deberse a la predisposición biológica. Por otro lado, autores como Laing (1967) y Cooper (1976) opinan que "...tanto las familias psicóticas como las normales se caracterizan por un alto grado de alienación respecto a la realidad personal de cada uno de sus miembros. Uno se siente tentado a considerar la osada hipótesis de que en las familias 'psicóticas' el paciente identificado por su episodio esquizofrénico está tratando de liberarse y, por tanto, es menos enfermo que los vástagos 'normales' de familias normales." (Cooper, 1976, p. 52).

5.- Tratamiento.

La historia del tratamiento de la esquizofrenia de ha - caracterizado por el uso de métodos que temporalmente han tenido entusiastas partidarios pero no han logrado resistir la prueba del tiempo (Kolb, 1969), ni del advenimiento de las fenotiazinas. La neurocirugía, el coma insulínico,

y la terapia electroconvulsiva se usan muy rara vez en la actualidad y siguen dejando una estela de críticas y fra casos (Nathan y Harris, op.cit.).

Actualmente los enfoques psicológicos al tratamiento de la esquizofrenia deben enmarcarse en el contexto casi universal de la medicación antipsicótica. Esta ha tenido un efecto benéfico en muchos casos pero en otros a menudo se observa la permanencia de serias deficiencias sociales. Por tanto, la medicación generalmente se emplea paralela mente a un tratamiento psicológico, por lo común una vez que se han obtenido efectos óptimos en la medicación y se han controlado problemas residuales y/o adicionales (Hemsley, 1983). Por otra parte, algunos efectos secundarios de los antipsicóticos pueden ser irreversibles, como la "diskinesia tardía". Otros, comúnmente controlables, son: rigidez muscular, temblor, pérdida de la coordinación motriz, inquietud, salivación excesiva, expresión "como de máscara" y pesadez al caminar. Ante estos efectos generalmente se prescriben medicamentos "anti-parkinsonianos", pues corresponden a los síntomas de la enfermedad de Parkinson.

Las fenotiazinas más empleadas son: clorpromazina, flufenazina, perfenazina, procloroperazina, tioridazina y trifluoperazina. Aunque hasta ahora se desconocen sus mecanismos de acción (el nombre comercial "largactil" de la clorpromazina se refiere a la amplia variedad de sus efectos), han probado ser eficaces para superar notablemente la apatía y el retardo motriz, la irritabilidad, la lentide

tud en el habla, los síntomas hebefrénicos, la falta de interés en la higiene y el arreglo, la indiferencia ante el medio, la agitación y la tensión, así como las ideas de persecución y las alucinaciones auditivas (Baldessarini, 1981; Hemsley, 1983; Nathan y Harris, 1983).

Generalmente se aplican dosis iniciales de 25 a 50 mg. diarios que pueden aumentarse hasta 100 ó 200 mg. diarios y a veces hasta 400 mg. Se han reportado aplicaciones hasta de 2000 mg. sin presentarse problemas e incluso se ha visto que intentos suicidas por ingestiones hasta de 10g, sobrevivieron cuando no hubo complicaciones secundarisa (Baldessarini, 1981).

Tratamiento psicológico.

Comúnmente los intentos por modificar la conducta de pacientes esquizofrénicos institucionalizados han tomado la forma de programas de economía de fichas (PEF). Uno de los casos más conocidos es el de Ayllon y Azrin (1965), por haber constituido el primer PEF en un hospital psiquiátrico (Nathan y Harris, 1983). En términos generales, en estos programas se dan fichas ante la ocurrencia de conductas terapéuticamente deseables; las fichas son intercambiables por diversos materiales y/o privilegios. La mayoría de los programas se han enfocado a conductas de auto-cuidado, ejecución de tareas y control de conductas disruptivas, lo cual ha ocasionado críticas respecto a que en ellos se refuerzan valores sociales poco estimables: docilidad,

obediencia y servilismo. También se ha expresado que mucha de la investigación con estos programas sufre serias deficiencias metodológicas (Hemsley, 1984). No obstante, han tenido éxito muchas veces: Paul y Lentz (1977, en Hemsley, 1984), comparando un PEF con uno de terapia ambiental y con el programa rutinario del hospital, observaron mejores logros con el PEF que con los otros y, después de 4 años, mayor porcentaje de bajas sin readmisión por parte de los pacientes que estuvieron bajo PEF.

- Tratamiento de las alucinaciones.

Se han hecho relativamente pocos intentos por modificar las alucinaciones con métodos no farmacológicos. Slade (1972, en Hemsley, op.cit), usó el método de desensibilización sistemática y obtuvo un decremento en el reporte de alucinaciones. Fonagy y Slade (1982, en Hemsley, op.cit), observaron que un ruido blanco presentado concurrentemente al reporte de alucinaciones disminuyó su frecuencia y produjo algunos efectos de generalización. En general, los estudios de caso sí han obtenido resultados; no así los estudios controlados o de grupo (Hemsley, 1984). También se ha notado que los procedimientos no operantes han sido más efectivos que los operantes y se ha criticado que podrían estarse modificando los reportes del paciente pero no necesariamente la experiencia fundamental (Ibid.).

- Tratamiento de los delirios.

Lamontagne y cols. (1983, en Hemsley, 1984), aplicaron la técnica de "detener el pensamiento" como tratamiento a

los delirios de persecución y las alucinaciones, logrando cambios en los primeros pero no en las alucinaciones. En este caso también hay el riesgo de igualar la presencia o ausencia de un síntoma particular con su expresión verbal (Hemsley, 1984). Además, la mayoría de los estudios se han realizado con pacientes que muestran delirios sistemáticos y no con aquellos que constantemente cambian sus ideas irracionales (Ibid.).

- Habla incoherente y mutismo.

Meichenbaum y Cameron (1973, en Hemsley, op.cit.), desarrollaron una técnica llamada "enseñando a los esquizofrénicos a hablarse a sí mismos" en la que se enseña al paciente cómo pensar en voz alta y usar eso para solucionar un problema. Gradualmente se enseña al paciente cómo internalizar la estrategia. Se intenta, luego, hacer al paciente sensible ante las reacciones de otros frente a su habla incoherente, usando esas señales para iniciar sus auto-instrucciones y cambiar su conducta. Un grupo de pacientes bajo esta técnica logró reducir más su habla incoherente que otro a quienes sólo se dio reforzamiento social. Meyers y cols. (1976, en Hemsley, op.cit.) hicieron una réplica exitosa.

Frase y cols. (1981, en Hemsley, 1984), lograron reinstalar el habla a un paciente con 48 años de mutismo, usando procedimientos de moldeamiento, instigación, modelamiento, desvanecimiento, reforzamiento y extinción. Después de 69 sesiones el paciente comenzó a emitir oraciones y, después

de 40 horas de tratamiento, respondía a las preguntas con oraciones. Entre otras cosas este experimento demostró que no es suficiente reforzar palabras aisladas para esperar - que el paciente produzca oraciones espontáneamente.

Uno de los principales problemas con estas técnicas es que con algunos pacientes resulta un modo de hablar como - de autómeta; de contenido y forma predecibles, a menudo - despojado de cualquier cosa que indique pensamiento (Hems_ ley, 1984).

- Entrenamiento en habilidades sociales.

Estos programas generalmente han incluido técnicas de - modelamiento, práctica de conductas y retroalimentación. El modelamiento a veces se ha hecho por video o por audio; la práctica generalmente consiste en juego de roles y la - retroalimentación comúnmente incluye entrenamiento en res_ puestas alternativas y reforzamiento de ejecuciones adecua_ das. Los mayores problemas del entrenamiento en habilida_ des sociales han sido de durabilidad, generalización, per_ sistencia de deficiencias cognoscitivas y, algunas veces, un incremento en las alteraciones del paciente cuando tiene que enfrentarse a decisiones más complejas que a las que - está acostumbrado (Hemsley, 1984). Es claro, entonces, que debe enfatizarse la obtención de respuestas más relevantes a la vida diaria y que tengan una alta probabilidad de re_ forzamiento. Especialmente importante -y difícil-, es con_ vencer a la familia o a quienes conviven con el paciente - para que le acepten y refuercen nuevas respuestas (Ibid.).

- Intervención en familia.

Parece haber una fuerte relación entre la emotividad de las familias y el comportamiento y recaídas de los pacientes que viven con ellas. Muchos estudios recientes han usado índices de la emotividad familiar para diseñar estrategias de intervención. Leff y cols. (1982, en Hemsley, op. cit.), por ejemplo, diseñaron un programa de intervención para reducir la alta emotividad de los familiares de un grupo de pacientes a quienes compararon con otro grupo bajo el tratamiento de rutina para pacientes externos. En el grupo experimental la tasa de reincidencia fue del 9% y en el grupo control del 50%. Resultados similares han sido reportados por Falloon (1982), Snyder y Liberman (1981) y Anderson (1981) (todos citados en: Hemsley, 1984). Las intervenciones generalmente han incluido práctica de conductas, modelamiento, retroalimentación y reforzamiento social, entrenamiento en la expresión de afectos, aprender a escuchar a otros y mostrar reciprocidad en los intercambios (Hemsley, 1984).

- Modificación de alteraciones cognoscitivas.

Aunque no fue aplicado a un paciente esquizofrénico, el siguiente tratamiento ha constituido un enfoque novedoso.

Adams (1981, en Hemsley, 1984), diseñó un programa multidimensional con técnicas enfocadas a la modificación directa de la atención a estímulos externos e internos: simular una conversación bajo condiciones distractivas y practicar atención auditiva. Las prácticas de atención a estímulos -

internos implicaron la descripción de información aprendida, bajo condiciones de distracción visual y auditiva. Además, se enseñó al paciente a reconocer y eliminar pensamientos irrelevantes mediante detención del pensamiento y retroalimentación. El paciente practicó tener deliberadamente esos pensamientos para luego cambiarlos; se le instruyó para que no expresara sus pensamientos inapropiados ante nadie. Después del tratamiento y de seis meses de seguimiento, el paciente no mostraba índices de "dsorden del pensamiento" ni sintomatología depresiva, y sus interacciones sociales mejoraron notablemente.

IZT. 1000438



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

C A P I T U L O I I .
L E N G U A J E Y E S Q U I Z O P R E N I A .

1.- Lenguaje y comunicación.

La atención a las alteraciones lingüísticas y del pensamiento en la esquizofrenia no es ningún nuevo enfoque ante el problema. Bleuler (1960), distinguió como síntomas primarios lo que él llamó "pérdida de las asociaciones". Con los intentos por delinear una sintomatología exclusiva y definitoria de la esquizofrenia, el concepto de pérdida de las asociaciones quedó incluido en el más general de "desorden del pensamiento". Pero de éste se ha cuestionado no sólo su validez sino su especificidad a la esquizofrenia (en especial: Andreasen, 1979a,b, 1980) ⁽⁵⁾. De hecho, como puede verse en el DSM-III (anexo I), la "incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa...", etc. son condiciones suficientes pero no necesarias para diagnosticar esquizofrenia, aunque el caso es que la mayoría de los esquizofrénicos son clasificados como tales precisamente por esas alteraciones (Manschreck y cols., 1981; Nathan y Harris, 1983). Que sean vistas como producto de un desorden en el pensamiento no es sino una instancia de la diversidad de aproximaciones al origen de las alteraciones de la conducta y muestra de un enfoque particular ante el comportamiento humano.

Andreasen (1980), distingue como desórdenes del lenguaje aquellos casos en que "el hablante viola las convenciones sintácticas y semánticas que regulan el uso del lenguaje" y como alteraciones de comunicación aquellos en que el

hablante "no sigue el conjunto de reglas que convencionalmente se usan para facilitar el entendimiento al escucha" (pp. 1-2). Lo que incluyen esas categorías comprende la mayor parte de las cosas extrañas y sin sentido que dicen los esquizofrénicos y que a veces son interpretadas como desórdenes del lenguaje, a veces como alteraciones en el pensamiento, en el habla, en la comunicación ("aspectos pragmáticos del lenguaje"), o en los sistemas de procesamiento de información. Si bien, es claro que mismos fenómenos se han analizado desde diferentes perspectivas, como puede verse en el artículo "Is there a schizophrenic language?" de Schwartz (1982) y los comentarios de los diversos autores que incluye.

El esquizofrénico es fácilmente identificado por lo que dice. De hecho, el criterio definitivo en el diagnóstico ha sido el juicio clínico generalmente del habla producida durante las entrevistas (Manschreck y cols., 1981; Nathan y Harris, 1983). Se ha sugerido que las medidas relativas se abocan a detectar tales alteraciones fundamentándose en conceptos descriptivos que implican únicamente las experiencias subjetivas de un escucha (Hoffman y cols., 1982). Por otra parte, parece haber cierto acuerdo en dos aspectos: que los esquizofrénicos hablan coherentemente la mayor parte del tiempo (Schwartz, 1982) y que cuando sucede que dicen cosas sin sentido o de poco valor comunicativo lo hacen en forma gramatical, fonológica y sintácticamente correcta (Cohen y cols., 1974; Nathan y Harris, 1983; Oltmanns, 1982; Pogue-Gueille y Oltmanns, 1980; Schwartz, 1982).

Sin embargo, Bannister concluye que lo que dicen es simplemente ruido (1971); Brown (1972) afirma que habla perfectamente gramatical puede sonar perfectamente loca y, en general, se reconoce que a pesar de aquella adecuación su habla permanece incoherente; ininteligible. En tareas de comunicación, los escuchas que atienden a un hablante esquizofrénico encuentran las referencias del paciente frustrantemente elusivas (Cohen y cols., 1974; Smith, 1970; Schwartz, 1982).

Entre las anormalidades que dificultan el entendimiento de lo que el esquizofrénico dice se citan comúnmente los neologismos, "ensaladas de palabras" y asociaciones fonéticas. Los neologismos son palabras que no existen en el vocabulario; el paciente las ha inventado. A veces puede deducirse su significado pero el paciente cree que son formas convencionales que no requieren explicación (Brown, 1958; Gómez y cols., 1981; Nathan y Harris, 1983). Andreasen (1980) indica que son más bien raros. Las "ensaladas de palabras" consisten en una sucesión de vocablos carente de gramática y sentido. A veces resultan de la inclusión aparentemente azarosa de palabras o frases; otras veces simplemente faltan las palabras que coordinan o subordinan las frases (Andreasen, 1980; Nathan y Harris, 1983). En el caso de las asociaciones por sonido el discurso se organiza con base en la fonética más que en los significados (Hoffman y cols., 1982).

Otros casos son: la organización del discurso por temas

(glosomanía semántica), que surgen como cambios en el patrón o nivel de conversación: las ideas que se van sucediendo cambian a otra que puede estar indirectamente relacionada o que no guarda ningún nexo con lo dicho. A este cambio se le ha llamado también "derailment" (literalmente: "descarrilamiento") y es, en esencia, correspondiente al concepto inicial de "pérdida de las asociaciones". A menudo el discurso sufre de una falta de cohesión entre cláusulas u oraciones y de un patrón anormal en la distribución de las pausas (Resnick y Oltmanns, 1984; Rutter, 1980). Cohen y cols. (1974) han reportado que los pacientes producen pausas más largas justo antes de sus respuestas más anormales. Otras veces, el paciente se bloquea o interrumpe la conversación en el momento en que se introducen temas abstractos (Kolb, 1969) y, después de un período de silencio, el paciente reporta que no puede recordar lo que ha estado diciendo (Andreasen, 1980).

Muchas veces es notable que la cantidad de habla del paciente es normal pero proporciona muy poca información; tiende a ser vaga, repetitiva o estereotipada. Las respuestas del paciente pueden incluir gran número de las palabras de la pregunta o ser ecológicas por completo (Andreasen, 1980; Gómez y cols., 1981). En ocasiones los pacientes hablan usando términos supuestamente científicos o científicos, en un discurso que no dice nada pero aparenta la exposición de un tema complejo ("fuga hacia el intelectualismo") o adoptan un vocabulario excesivamente formal que

puede parecer obsoleto, pomposo o extremadamente político, generalmente por la elección de alternativas largas y elaboradas cuando existen fórmulas más simples para emitir una opinión (Andreasen, 1980; Kolb, 1969). Con tareas de comunicación en las que el paciente describe un referente (por lo general un color), para que un escucha lo distinga de no-referentes similares, se ha encontrado que las descripciones hechas por esquizofrénicos son menos útiles que las hechas por sujetos control para identificar el referente y que no incluyen al no-referente para comparar (Cohen y cols, 1974; Kantorowitz y Cohen, 1977; Smith, 1970). Esa imprecisión comunicativa se acentúa cuando hay mucha similitud entre el referente y el no referente pues los pacientes usan descriptores comunes a los diferentes estímulos. También sucede cuando la tarea requiere respuestas poco usuales (Ibid.). Rutter (1979, 1980, 1981), usando un método de reconstrucción de discursos o conversaciones a partir de sus fragmentos, ha notado que las conversaciones entre esquizofrénicos son más difíciles de reconstruir que las realizadas entre un esquizofrénico y un control o entre dos sujetos control; que las secuencias de preguntas y respuestas -generalmente más fáciles de reconstruir que otras partes de las conversaciones-, fueron, en efecto, reelaboradas con mayor precisión en el caso de los sujetos control pero no en el de los pacientes y que los pacientes hicieron menos referencias a un contexto compartido por el escucha, dando referencias ambiguas. Rutter concluyó que los esqui_

zofrénicos no son capaces de tomar el punto de vista del -
escucha para estructurar sus conversaciones, alterando la
exposición de sus ideas y generando secuencias de pregun_
tas y respuestas sin correspondencia entre sí. Esta imposi_
bilidad o dificultad para "descentrarse" y tomar el punto
de vista del escucha también ha sido reportada por Roches_
ter y Martin (1979, en: Rutter, op.cit). Similarmente, en
estudios de comunicación entre familiares de pacientes es_
quizofrénicos se ha revelado tal dificultad (Solvberg y -
Blakar, 1975; Mossige y cols., 1979; Schwartz, 1982). En
general se observa que los esquizofrénicos dan pocas res_
puestas "populares" o comunes y que no parecen darse cuenta
de que no han proporcionado el número y calidad de estímu_
los lingüísticos necesarios para que un escucha les entien_
da (Kolb, 1969; Resnick y Oltmanns, 1984), de modo que a -
sus descripciones y explicaciones les falta validez consen_
sual (Cohen y cols., 1974).

Otras observaciones respecto a la imprecisión comunica_
tiva de los esquizofrénicos son: que tienen un vocabulario
reducido (Manschreck y cols., 1981); que usan más palabras
de acción y menos descriptivas (Maher, 1966 en: Nathan y -
Harris, 1983); que emplean exageradamente los pequeños de_
talles (Andreasen, 1980; Kolb, 1969) y una tendencia a re_
petir cláusulas adyacentes o a hacer repeticiones perse_
verativas al final de las cláusulas (Schwartz, 1982). Es -
también común que el habla del esquizofrénico se enfoque a
sus delirios siendo inaccesible a los demás (Kolb, 1969).

A estos aspectos puede aunarse que los esquizofrénicos comúnmente olvidan o rechazan las convenciones; les importan cada vez menos las costumbres y con frecuencia tienen una apariencia desagradable por el descuido de su higiene (Kolb, 1969; Nathan y Harris, 1983).⁽¹⁴⁾

2.- Alteraciones del pensamiento.

Las principales dimensiones del "desorden del pensamiento" son: la disociación de ideas, la ilógica silogística, poca informatividad del lenguaje, las asociaciones fonéticas y los casos de bloqueo y habla repetitiva (Faber y Reichstein, 1981; Hoffman y cols., 1982; Manschreck y cols., 1981). Con excepción de la "ilógica" todas ya han sido descritas anteriormente. Esta última, también llamada "paralógica" o "paleológica", consiste en que el pensamiento no prosigue hasta su objetivo lógico tomando la forma de inferencias inductivas falsas o conclusiones con base en premisas falsas (Andreasen, 1980; Nathan y Harris, 1983).

Es común que el pensamiento del esquizofrénico sea descrito como "primitivo" (Broga y Neufeld, 1977; Brown, 1958; Kay, 1979a,b), o como "autista" (Bleuler, 1960; Nathan y Harris, 1983). En general, el pensamiento y el funcionamiento intelectual del esquizofrénico -y en particular sus capacidades de abstracción-, se han asociado con los estilos conceptuales observados en la infancia hacia los 6 años e incluso antes (Kay, op.cit.), aunque también se ha propuesto que la cognición de los esquizofrénicos no es como la -

de los niños sino una dificultad específica a la enfermedad (Brown, 1958). El paciente con pensamiento autista - (derefista, irreal), no siempre puede distinguir entre la realidad y sus deseos, temores y anhelos (Bleuler, 1960). El pensamiento primitivo (concreto, regresivo), siendo - propio de las edades tempranas, se considera patológico al mantenerse en etapas posteriores (Hospital Psiquiátrico de La Habana -HPLH-, 1981).

En las descripciones del pensamiento, la dicotomía - "concreto-abstracto" se refiere a la formación de conceptos y a la capacidad de superar las condiciones de estímulo inmediatas (Nathan y Harris, 1983). Los esquizofrénicos con pensamiento concreto tienden, por ejemplo, a interpretar - los refranes literalmente y las palabras por sus significados más comunes, desatendiendo contextos que probabilicen otras interpretaciones; aunque, como se vió antes, pueden elegir significados poco usuales ante estímulos emocionales, tal vez como una forma de evitación (Brown, 1958; Nathan y Harris, 1983; Neuringer y cols., 1974). La dicotomía - "sobreinclusivo-subinclusivo" se refiere al proceso de incorporación de objetos o ideas en un concepto (Ibid.). Los esquizofrénicos con pensamiento sobreinclusivo encuentran identidades donde otros no las ven o apenas las supondrían. Dan un amplio número de respuestas inusuales, aceptan una cantidad anormalmente grande de sinónimos para una palabra y en general establecen enlaces conceptuales por medio de atributos comúnmente no apreciados por los demás. Son muy

distractibles y responden excesivamente, sin poder desatenderla, ante la estimulación irrelevante (Broga y Neufeld, 1977; Brown, 1958; Kolb, 1969; Nathan y Harris, 1983; Sims-Knight, 1977).

Otras veces los pacientes muestran "zonas de delusión" (Brown, 1973): temáticas particulares ante cuyo tratamiento el paciente empieza a "botarse"; a referir planes o eventos, imaginarios o reales, que no checan con el contexto de la realidad del momento. Similarmente, ante un problema algunos pacientes funcionan de manera adecuada hasta que se les presenta una situación sin pistas claras acerca de cual es la acción apropiada (Kolb, 1969). Andreasen (1980), también cita como alteración del pensamiento la "pobreza en el habla": una restricción en el habla espontánea de modo que las respuestas del paciente tienden a ser breves, concretas y poco elaboradas, generalmente monosilábicas. Nótase aquí la noción común de que "el pensamiento se refleja en el habla" (Schwartz, 1982) y, por ende, éste y los anteriores casos no son sino la expresión de un fundamental desorden en el pensamiento.

En síntesis: al paciente le resulta difícil captar tanto las generalidades como las abstracciones; acaba construyendo un complicado sistema simbólico que él mismo acepta y defiende como realidad; causas y efectos parecen intercambiarse en sus explicaciones y este mal aprecio de la realidad produce alteraciones en todas las demás áreas de su comportamiento (Kolb, 1969; Neuringer y cols., 1974).

3.- Esquizofrenia y lenguaje.

En el estudio de las alteraciones lingüísticas en la esquizofrenia ha predominado el enfoque de que lenguaje, habla y pensamiento son fenómenos diferentes: "el lenguaje es un conjunto abstracto de reglas sintácticas, semánticas y fonológicas aprendidas (e internalizadas) por cada hablante. El habla (lo que uno dice), refleja el conocimiento de esas reglas pero también se ve afectada por muchos otros factores, incluyendo (pero sin limitarse a), el contexto situacional, los motivos y habilidades cognoscitivas del hablante e incluso su estado emocional. El pensamiento se refleja en el habla pero no es el mismo fenómeno. El pensamiento puede proceder sin habla y puede ser estudiado independientemente de las producciones verbales" (Schwartz, 1982, p. 581).

Pero recientemente unos han urgido a otros a salir de su "reclusión Chomskiana" en donde lo que no es fonología, sintáxis o semántica no es lenguaje (Martin, 1982); a ver el lenguaje como un fenómeno multidimensional que no es simplemente seguir reglas sino "las reglas mismas; conducta verbal y no verbal, pensamiento, deseos de comunicar; percepción y evaluación de los ambientes externo e interno; actividad bioquímica en las neuronas; todo eso y más." (Neuringer, 1982 en: Schwartz, 1982, p. 609); a advertir que los procesos de "filtrado" o "clasificación" pueden ser alterados radicalmente por variables sociales (Cohen, 1982 en: Schwartz, 1982, p. 596) y que, ultimadamente,

el asunto es de naturaleza social, no privada (Buckingham, 1982 en: Schwartz, 1982, p. 592; Chaika, 1981; Rochester y Martin, 1982 en: Schwartz, 1982, p. 607; Rutter, 1980). - Conforme estas ideas se han ido incorporando a los sistemas conceptuales, se ha puesto énfasis en el estudio de los - eventos lingüísticos interactivos implicados en los proce_ - sos de comunicación (Ibid.), procurando interpretarlos en términos de las relaciones que se establecen entre los par_ - ticipantes (Hoffman y cols., 1982; Solvberg y Blakar, 1975) y con la idea general de que su característica esencial - consiste en que "algo es dado a conocer a alguien" en lo - que se ha denominado un "episodio de comunicación referen_ - cial" (Asher, 1979; Blakar, 1980; Cohen y cols., 1974). - Sin embargo, al mismo tiempo se ha señalado que no se tiene una teoría general de la comunicación y menos de sus ins_ - tancias patológicas. Sabemos tan poco, apunta Bannister - (1982, en: Schwartz, op.cit.), acerca de la naturaleza ge_ - neral del lenguaje, que es poco probable que podamos expli_ - car sus singularidades (p.591), en especial aquellas que - constituyen el conjunto de trastornos al que llamamos - "esquizofrenia".

Entonces, si bien como hemos visto, los datos experimen_ - tales confirman que los esquizofrénicos no son capaces de comunicar adecuadamente sus pensamientos, que sus procesos de conceptualización están alterados, que sus descripciones son menos útiles para identificar un referente, que sus con_ - versaciones son más difíciles de reconstruir que las de -

personas normales, que no son capaces de "descentrarse" para tomar el punto de vista de los demás, que atienden a atributos rara vez notados por el común de la gente y que no siguen las reglas de lógica, se ha carecido de un sistema conceptual capaz de vincular estas perturbaciones entre sí y con otras como el aislamiento, las conductas grotescas y fuera de lugar, las incoherencias, los neologismos y la falta de correspondencia entre los afectos esperados y su expresión (Ribes, 1982a). Se esboza aquí una hipótesis relativa a esa problemática, que se desprende del análisis sistemático del desarrollo y organización del comportamiento "normal" (Ribes, 1982; Ribes, 1985), fundamentada en los planteamientos de Kantor (1936, 1979) y Vigotsky (1977). El concepto que subyace a esta hipótesis es la naturaleza social del lenguaje humano y su plasticidad funcional en diferentes niveles de desarrollo (y complejidad), como proceso básico de interacción del individuo con su realidad física y social.

El lenguaje, como parte esencial del comportamiento humano, no consiste simplemente en la posibilidad de hablar ajustándose a la fonética y sintaxis particulares. Implica fundamentalmente la posibilidad de comunicar, esto es: referirse a algo, referirse acerca de algo a alguien. Es poner en contacto indirecto a una persona con objetos, acontecimientos o personas con las que no tiene contacto directo en un momento particular. Por tanto, no es sólo hablar; también es leer o escribir a alguien acerca de algo.

Ese algo puede estar presente y no se requiere que sea un acontecimiento ya ocurrido o por ocurrir, o que esté - ocurriendo fuera del ámbito de la persona a la que se está dirigiendo la referencia, esto es: la referencia puede ser de propiedades no aparentes en un objeto o acontecimiento presente y observado. Lo que define a la referencia es que constituye un puente entre lo que se refiere y una persona que, con base en la acción referencial, puede interactuar directa y/o indirectamente con los acontecimientos y objetos que se han referido.

Esta mediación del contacto entre las personas y su ambiente físico y social es posible en tanto el lenguaje humano constituye una forma de interacción ajustada a convenciones sociales tanto en lo que toca a su forma (la lengua hablada y escrita) como a su función (su correspondencia - con prácticas sociales y acontecimientos en la realidad - física). En la medida en que el lenguaje representa un nivel convencional de comportamiento, la persona, en su respuesta a las circunstancias físicas y sociales, puede desligarse de las propiedades concretas de dichas circunstancias. Este desligamiento funcional del lenguaje es el que permite que se haga referencia de acontecimientos u objetos con los que no se está en contacto directamente. Se trata de la suplementación parcial (por parte del que refiere), de una nueva relación (de la persona con lo referido) - diferente de la que implicaría la interacción sólo con el referidor o sólo con el referente; una relación de substitución referencial.

En seguida se presentan dos suposiciones respecto a la función referencial del lenguaje:

Primero, en la medida en que las relaciones sociales - se desarrollan y mantienen a través de las convenciones - lingüísticas, el lenguaje referencial es condición necesaria para que dichas relaciones correspondan a la normatividad social. Segundo: en tanto la funcionalidad de los - procesos simbólicos -de pensamiento-, está ajustada a las convenciones de una cultura, depende de su articulación - con el lenguaje referencial, de lo cual se desprende que - los procesos simbólicos surgen a partir del lenguaje referencial y no antes.

De lo anterior se deriva que las alteraciones en la función referencial del lenguaje deben verse necesariamente - acompañadas de trastornos en los procesos simbólicos y en la esfera de las relaciones sociales.

Desde esta perspectiva, el estudio del comportamiento lingüístico de los esquizofrénicos no se limita sólo a describir o intentar explicar los procesos que lo determinan, a postularlos o a tratar de circunscribir un conjunto de - alteraciones específicas al problema. Se busca en qué aspecto de dichas alteraciones puede residir el núcleo central que articula el comportamiento del esquizofrénico: - cómo se vinculan las perturbaciones en el pensamiento con las del lenguaje y el mundo de las relaciones sociales.

Nuestra hipótesis es que en las alteraciones esquizofrénicas hay una deficiencia evolutiva (por razones biológi_

cas y/o sociales) en la adquisición de los procesos de sus
titución referencial y, por ende, en las funciones que -
históricamente le siguen -los procesos simbólicos-, y en -
la posibilidad de una integración social ajustada a las -
convenciones normativas generales.

C A P I T U L O I I I .

M E T O D O

Sujetos.

Grupo E: participaron cuatro sujetos de sexo femenino, internas del hospital campestre "José Sáyago" ubicado en Tepexpan, estado de México. Los sujetos cumplieron los siguientes requisitos:

- Tener diagnóstico de esquizofrenia,
- recibir mismo tipo y dosis de medicamento,
- no presentar daño neurológico,
- poseer repertorios de: habla audible, seguimiento de instrucciones, buena condición motriz, saber leer y contar.

Contexto.

El estudio se realizó dentro del hospital, en la sala de observación del pabellón seis. Esta mide 3 x 2.6 m. y contiene: una mesa, seis sillas, un estante, un espejo unidireccional e iluminación artificial.

Grupo C: Participaron cuatro estudiantes del segundo semestre de la carrera de Psicología en la ENEP Iztacala, de sexo femenino, con edades entre 18 y 19 años.

Contexto.

El grupo de comparación trabajó en el cubículo 1 de la UIICSE en la ENEP Iztacala. Este mide 3 x 2 m. y contiene: un escritorio, cuatro sillas, un estante e iluminación artificial.

Material.

Material para registro: una grabadora estereofónica portátil marca Phillips, modelo 8310; cintas en casete marca Ampex para 60min. cada una; hojas de registro, lápices y cronómetro.

Premios para las pacientes: En general cosas agradables, útiles o necesarias a las pacientes: dulces, cigarros, cepillos y pasta de dientes, crema, jabón, etc.

Material para las tareas: se usaron tarjetas de 12.7 x 7.5 cm. con dibujos de los siguientes tipos:

1.- Tarjetas de "objetos": en estas tarjetas se representaron objetos diversos. Hubo doce juegos de cinco tarjetas cada uno y cuatro copias de cada juego, una para cada sujeto. De las cinco tarjetas de cada juego tres fueron similares entre sí y dos diferentes entre sí y de las demás. - Por ejemplo: el juego número uno incluyó: tarjeta 1.- una silla con respaldo rectangular; tarjeta 2.- una silla con respaldo cuadrado; tarjeta 3.- una silla con respaldo redondeado; tarjeta 4.- un barco y tarjeta 5.- un reloj. Al realizar la tarea, cuando se asignó un juego de "objetos" cada sujeto tuvo una copia de él.

2.- Tarjetas de "estados": se representaron personas o animales en diferentes actitudes. En las tres tarjetas similares se presentó el mismo actuante. Por ejemplo: tarjeta 1.- una niña llorando; tarjeta 2.- la misma niña, riendo; tarjeta 3.- la misma niña, asustada; tarjeta 4.- un perro brincando y tarjeta 5.- una señora enojada.

Hubo doce juegos de cinco tarjetas cada uno y cada sujeto recibió su copia del juego asignado.

3.- Tarjetas de "acciones": incluyeron representaciones de personas o animales interactuando. Lo relativo a juegos, tarjetas y copias fue igual que en los casos anteriores.

En ninguna de las ilustraciones se incluyeron textos.

Diseño.

Se usó un diseño de línea base múltiple, mismas conductas en diferentes sujetos (Hersen y Barlow, 1977). La representación gráfica del diseño es la siguiente:

Sujeto	Fases					
S1	LB(a)	ENT(a,b)	SE(a)	SE(a)	SE(a)	G(a)
S2	LB(a)	LB(a)	ENT(a,b)	SE(a)	SE(a)	G(a)
S3	LB(a)	LB(a)	LB(a)	ENT(a,b)	SE(a)	G(a)
S4	LB(a)	LB(a)	LB(a)	LB(a)	ENT(a,b)	G(a)
Sesiones:	1	2-5	6-9	10-13	14-17	18-21

Secuencia de fases: LB = Línea base; ENT = Entrenamiento; SE = Seguimiento; G = Generalización. Entre paréntesis se indican las tareas que se realizaron durante cada fase y que se describen en el texto.

El primer período de línea base, común a los cuatro sujetos, duró una sesión. En adelante, cada fase tuvo una duración de cuatro sesiones que se llevaron a cabo una diaria excepto durante la fase de entrenamiento en la cual se rea_

lizaron diariamente dos sesiones: una de la tarea "a" con el sujeto en entrenamiento y una de la tarea "b" con todos los sujetos inmediatamente después de la sesión de entrenamiento.

Procedimiento.

Tarea "a".- La secuencia de ensayos, el juego usado en cada ensayo y la tarjeta que se describió se determinaron al azar como se explica más adelante. También se asignó al azar quién sería el hablante en cada caso.

Los sujetos jugaron en equipos de dos integrantes: el equipo uno, formado por los sujetos 1 y 2, y el equipo dos, formado por los sujetos 3 y 4. Se pidió a los sujetos que se sentaran en la siguiente colocación, que fue siempre la misma:

S1	S2
S3	S4

Se colocaron separadores sobre la mesa de modo que los sujetos pudieran verse entre sí pero no mirar las tarjetas de los demás. Una vez acomodados los sujetos, se hizo funcionar la grabadora dando inicio a la sesión y desarrollándose cada ensayo del siguiente modo:

El experimentador dijo en voz alta el hablante, el juego y la tarjeta asignados para el ensayo en curso. Uno de los sujetos fue hablante y los demás escuchas. Cada escucha recibió su copia del juego asignado y el hablante recibió su

copia con una de las tarjetas, según se asignó, señalada con una liga, siempre una de las tres tarjetas similares que estuvieron señaladas en cada juego con los números del 1 al 3. Se permitió al hablante empezar a describir cuando todos tuvieron las tarjetas y después de la descripción sólo se permitió hacer preguntas al compañero de equipo del hablante; todas las que quisiera hasta decidir qué tarjeta había sido descrita. Cuando el compañero del hablante seleccionó una tarjeta sin hacer más preguntas, todos los demás tuvieron que elegir una -si no lo habían hecho antes-, y colocarla sobre la mesa con el dibujo hacia abajo; no se permitió cambiar la elección. El tiempo límite para hacer preguntas y elegir tarjeta fue de un minuto a partir del fin de la descripción. Una vez puestas las tarjetas elegidas se pidió a los sujetos que las mostraran y se registraron los aciertos o errores tanto en forma escrita como enunciándolos para enterar a los sujetos y tener un registro grabado. Cuando no hubo elección dentro del tiempo límite, se adjudicó un desacierto al sujeto. Hechos los registros, se recogieron las tarjetas y se pasó al siguiente ensayo con el hablante, juego y tarjeta indicados por la secuencia.

Cada sesión consistió de 48 ensayos: los primeros 16 (4 por sujeto) fueron de "objetos"; los segundos 16 (cuatro por sujeto), de "estados" y los últimos 16 (cuatro por sujeto), de "acciones".

Instrucciones para la tarea "a": El trato de "usted" o "tú" a las pacientes se estableció según se advirtió más -

conveniente. Las instrucciones fueron:

"Ustedes dos forman el equipo uno y ustedes el equipo - dos. A todas les vamos a dar las mismas tarjetas pero a - una le va a tocar una liga en una de sus tarjetas...

- Se tomó un juego cualquiera y se repartieron las co_pias mostrando cómo una de las tarjetas estaba señalada y a quién le fue asignada.

"...lo que tú tienes que hacer (al hablante asignado), es decir lo que hay en la tarjeta que tiene la liga para - que tu compañera gane un punto si adivina qué tarjeta es y tú también ganes un punto por decirlo bien. Tú puedes hacer preguntas (a la compañera del hablante), pero ustedes nó. Todas tienen que escoger una tarjeta sin tardarse mucho - porque las que tarden más de un minuto pierden. Las que le atinen ganan un punto bueno...

- Se modeló un ensayo instigando, si era necesario, al hablante para que describiera e interrogando a la compa_ñera de equipo si deseaba hacer preguntas. Luego se pidió a todas que eligieran una tarjeta y se mostró cual fue la tarjeta descrita indicando en voz alta quién acertó y quié_r no, señalando las diferencias entre la tarjeta descrita y las otras. Finalmente se le dijo:

"...ahora vamos a comenzar el juego. Las que ganen más

puntos se llevan un premio" -Y se preguntó si había dudas.

Las instrucciones se repitieron total o parcialmente - si había dudas. Los ensayos modelados no contaron para el registro. En realidad, los premios se dieron a todas las - pacientes por su participación diaria y quienes ganaron más puntos pudieron elegir algo más si deseaban.

Tarea "b".- Se usó el mismo material que en la tarea "a". En cada sesión participaron un experimentador y el sujeto en fase de entrenamiento de acuerdo al diseño. La secuen _ cia de juegos y tarjetas se determinó del mismo modo que - para la tarea "a". Cada sesión consistió de doce ensayos: los primeros cuatro de "objetos"; los siguientes de "esta _ dos" y los últimos cuatro de "acciones".

Se pidió al sujeto que se sentara ante la mesa frente - al experimentador y se tomó un juego cualquiera de tarje _ tas colocándolo en la mesa de frente al sujeto. Una de las tres tarjetas similares fue señalada con una liga y se - dieron las siguientes instrucciones:

"Ahora vamos a jugar con las tarjetas sólo tú y yo. Esta es la que se va a describir (indicando la señalada). Primero la voy a describir yo y luego tú. Fíjate bien cómo lo digo."

El experimentador describió la tarjeta con los siguien _ tes criterios:

1.- Mencionar: nombre del objeto o personaje, tamaño, - forma, color, estado o acción que se representa y coloca _ ción de la figura en la tarjeta.

2.- Enfatizar las diferencias con las otras tarjetas por medio de la fórmula "no es la tarjeta (en la que)...", describiendo la tarjeta como se indicó anteriormente.

Luego, el experimentador pidió al sujeto que describiera la tarjeta y, de haber alguna duda, se aclaró. En seguida se dio inicio a la sesión con la grabadora funcionando y aplicando los siguientes criterios:

Para considerar "correcta" una descripción, el sujeto debió cubrir los mismos puntos que se indican para el experimentador. Si el sujeto describía correctamente se pasaba al siguiente ensayo. Si no, se usaron un máximo de tres modelamientos antes de pasar al siguiente ensayo. Se registraron por escrito el número de modelamientos y si la descripción fue correcta o no.

Terminada la sesión con la tarea "b" se llamó a los demás sujetos para iniciar la sesión con la tarea "a".

Fase de Generalización.

Durante esta fase se realizó la tarea "a" con juegos de tarjetas diferentes en contenido a los usados en las fases anteriores pero idénticos por lo que respecta a número de tarjetas por juego, número de tarjetas similares y diferentes, número de juegos y tipo de representaciones.

Elaboración de la secuencia de hablantes y estímulos.

Se usó una microcomputadora TRS-80-III y lenguaje BASIC para generar secuencias pseudo-aleatorias. El programa impuso la condición de "sin reemplazo" a la elección de

números; ejecutó además la impresión de los formatos de registro con las secuencias incluidas. El programa y una muestra de su ejecución se presentan en el anexo II.

Categorías de análisis.

Cada sesión quedó grabada en una casete y se hizo la transcripción del contenido íntegro. Las descripciones, preguntas y respuestas fueron clasificadas como:

DCD = Descripción del contenido de la tarjeta, diferencial.

DCØ = Descripción del contenido de la tarjeta, no diferencial.

DØ = Descripción de elementos o eventos no contenidos en la tarjeta.

TCU = Alusión (referencia temática), al contenido de la tarjeta, no diferencial.

TCØ = Alusión al contenido, no diferencial.

TØ = Alusión a eventos o aspectos no contenidos en la tarjeta.

La distinción "diferencial-no diferencial" se refiere a si la descripción contiene o hace alusión a los elementos que distinguen de las demás a la tarjeta descrita (caso diferencial) o si incluye únicamente aspectos comúnea a todas las tarjetas (no diferencial).

PEC = Pregunta sobre aspectos específicos del contenido de la tarjeta.

PEØ = Pregunta sobre aspectos específicos no contenidos.

- PCC = pregunta sobre dos o más aspectos específicos ex-
cluyentes entre sí (colativa), contenidos en la -
tarjeta.
- PCØ = Pregunta colativa sobre aspectos no contenidos.
- PTC = Pregunta temáticamente alusiva al contenido de la
tarjeta.
- PTØ = Pregunta alusiva a elementos o eventos no conteni-
dos en la tarjeta.
- PIn = Pregunta inespecífica.
- REC = Respuesta que refiere aspectos específicos del -
contenido.
- REØ = Respuesta que refiere aspectos específicos no con-
tenidos.
- RTC = Respuesta temática acerca de elementos o eventos
contenidos.
- RTØ = Respuesta temática acerca de elementos o eventos
no contenidos.
- RIn = Respuesta inespecífica.
- ARV = Ausencia de respuesta verbal.

Análisis de las interacciones.

Una vez categorizadas las transcripciones, se obtuvieron por sesión, para cada sujeto, los totales y porcentajes de:

- Cada tipo de descripción, pregunta y respuesta.
- Cantidad de preguntas ante cada tipo de descripción.
- Cantidad de cada tipo de pregunta ante cada tipo de -
descripción.
- Tipo de respuesta ante tipo de pregunta.
- Tipo de respuesta ante tipo de descripción.

- Aciertos (identificar la tarjeta descrita) y
- Ensayos: cada vez que hubo una descripción se contaron tres ensayos -uno por escucha-, más el número de preguntas realizadas por los escuchas.

Para evaluar los episodios interactivos se calcularon - tres índices:

1.- Índice de incomunicación. Es relativo a la no-informatividad de las interacciones cuando las descripciones han sido no diferenciales y el episodio supone un intercambio de preguntas y respuestas específicas que hagan informativa la interacción. Se define:

$$\text{Inc} = \frac{\text{Pr}_{\text{D}} - \text{RE}_{\text{D}}}{\text{Tpr}}$$

y fue calculado por sesión para cada sujeto como hablante. Así:

Pr_{D} es el total de preguntas realizadas por los escuchas ante las descripciones no diferenciales del hablante para quien se calcula el índice.

RE_{D} es el total de respuestas específicas dadas por el hablante ante aquellas preguntas.

Tpr es el total de preguntas hechas por los escuchas.

Los valores del índice pueden fluctuar entre 1 (máxima incomunicación) y 0 (no-incomunicación). El caso $\text{Inc} = 1$ - se da cuando se cumplen: (a) ausencia de respuestas específicas ($\text{RE}_{\text{D}} = 0$) y (b) el total de preguntas corresponde a

las Pr_D ($Tpr = Pr_D$, por tanto: $Pr_D / Tpr = 1$). El caso de $Inc = 0$ se da cuando todas las respuestas del hablante han sido específicas ($Pr_D = RE_D$, por tanto: $Pr_D - RE_D = 0$).

Por definición, los casos de ausencia de preguntas no se tomaron en cuenta para el cálculo del índice.

2.- Índice de redundancia: es relativo a la no informatividad en términos de episodios en los que se ha dado una descripción diferencial pero los escuchas hacen preguntas que no añaden información a lo dicho, reiterando sobre ello y haciendo redundante el episodio. Se define:

$$Red = Pr_D / D$$

y se obtuvo por sesión para cada sujeto como escucha. Así:

Pr_D son las preguntas ante eventos diferenciales, hechas por el sujeto para el que se calcula el índice. Una pregunta NO se incluyó en este caso cuando: (a) incluyó únicamente los mismos elementos preguntados antes por otro escucha y (b) tal pregunta del otro escucha quedó sin respuesta.

D son los eventos diferenciales: descripciones diferenciales y respuestas específicas en el contexto de una descripción diferencial, realizadas por los hablantes.

Los valores del índice pueden fluctuar entre 1 (máxima redundancia) y 0 (no-redundancia). El caso $Red = 1$ se da cuando todas las preguntas son ante eventos diferenciales ($Pr_D = D$, por tanto: $Pr_D / D = 1$). El caso $Red = 0$ corresponde a $Pr_D = 0$. Si se consideró la ausencia de pre

guntas puesto que el índice se define por la reiteración, - en forma de preguntas, sobre lo informado.

3.- Índice de precisión: relativo a la efectividad de - las interacciones en términos de los aciertos por ensayo. Será calculado por sesión para cada sujeto y es:

$$\text{Pre} = \text{Ac}/\text{E}$$

Ac son los aciertos de los escuchas durante la sesión.

E son los ensayos: cada vez que el hablante dió una - descripción se contaron tres ensayos -uno por escu_ cha-, más el número de preguntas realizadas por los escuchas.

Teniendo E un valor mínimo de 36 (doce descripciones de un hablante, por tres escuchas, sin haber preguntas), y - Ac un valor máximo de 36 (tres aciertos posibles, uno por escucha, ante cada descripción), el índice puede variar - entre $\text{Pre} = 1$ (máxima precisión) y $\text{Pre} = 0$ (total imprecisión). Una interacción será más precisa, entonces, mientras menos ensayos se requieran y se den más aciertos. El caso de $\text{Pre} = 1$ supone que no hubo preguntas ($E = 36$) y que los escuchas siempre acertaron ($\text{Ac} = 36$, por tanto $\text{Ac}/E = 1$). El caso $\text{Pre} = 0$ supone $\text{Ac} = 0$.

Una vez calculados los índices se correlacionaron para cada sujeto: (a) incomunicación contra precisión y (b) inco_ municación contra redundancia, ambos casos por sesión.

CAPITULO IV.
RESULTADOS

La paciente designada como E4 abandonó el experimento - justo después de la primera sesión. Se presentan los datos relativos a las interacciones de E1, E2 y E3 con esta pa_ciente durante la primera sesión pero no los pertinentes a ella. Después de cinco sesiones se incluyó a otra paciente también designada como E4 y cuyos datos se presentan a par_tir de la sexta sesión.

Durante el curso del experimento, las pacientes (grupo E), nunca acataron la instrucción respecto a sólo hacer pregun_tas a la compañera de equipo. Al indicarles que lo hicieran se dieron constantes interrupciones y se decidió permitir que preguntaran libremente. Los sujetos del grupo de com_paración (grupo C), sí tomaron en cuenta esa instrucción - pero además compitieron intentando que las del equipo con_trario no identificaran la tarjeta. Esas diferencias en el comportamiento de los grupos definitivamente invalidaron - las comparaciones dependientes de las frecuencias y porcen_tajes, y dificultaron la categorización de las descripcio_ nes, preguntas y respuestas del grupo C, de modo que se - prefirió omitir las comparaciones aunque se presentan los datos.

Las descripciones, preguntas y respuestas fueron clasifi_cadas como "diferenciales" o "no diferenciales" agrupándolas como sigue:

Descripciones diferenciales: DCD y TCD

Descripciones no diferenciales: DC~~D~~, D~~D~~, TC~~D~~ y T~~D~~.

Preguntas diferenciales: PEC, PCC y PTC.

Preguntas no diferenciales: PEØ, PTØ, PCØ y PIn.

Respuestas diferenciales: REC y RTC

Respuestas no diferenciales: REØ, RTØ, RIn y ARV.

Descripciones.

La tabla 1 muestra el número, frecuencia por sesión y porcentaje de descripciones diferenciales y no diferenciales de cada sujeto de los grupos E y C y los totales por grupo.

La frecuencia grupal de descripciones por sesión fue de 11.55 en el grupo E y 11.65 en el grupo C. Esta frecuencia debió ser de 12 descripciones por sesión pero se eliminaron algunos casos por ser ininteligibles en la grabación o por fallas de equipo durante el experimento.

Como puede verse en la tabla 1 el grupo E hizo un 59.69% de descripciones diferenciales (6.89 por sesión) y 40.30% de descripciones no diferenciales (4.65 por sesión). El grupo C hizo un 69.97% de descripciones diferenciales (8.15 por sesión) y 30.02% de descripciones no diferenciales (3.5 por sesión).

En el grupo E dos de los sujetos (E1 y E4), tuvieron prácticamente el mismo porcentaje y frecuencia de descripciones diferenciales que de no diferenciales (tabla 1) y además no difirieron entre sí. Por otra parte, E3 tuvo mayor porcentaje de descripciones diferenciales y menor de no diferenciales que dos de los sujetos del grupo C. En el grupo C las diferencias entre los sujetos fueron menores y

la frecuencia de descripciones diferenciales resultó como mínimo (C1), 1.7 veces mayor que la de no diferenciales.

Preguntas.

La tabla 2 muestra el número, frecuencia por sesión y porcentajes de preguntas diferenciales, no diferenciales, ante descripciones diferenciales y ante no diferenciales de cada sujeto de los grupos E y C y los totales por grupo.

En el grupo C la frecuencia total de preguntas fue de 2.56 preguntas por sesión, lo que corresponde a 0.22 preguntas por descripción. En el grupo E la frecuencia resultó de 18.85 preguntas por sesión, correspondiente a 1.46 preguntas por descripción. Considerando que en el grupo C cada sujeto sólo pudo preguntar a uno de los hablantes mientras en el grupo E cada escucha preguntó a cualquiera de los hablantes, se dividió entre tres la frecuencia de preguntas de cada sujeto del grupo E y se promediaron los resultados. Con esto, la frecuencia de preguntas en el grupo E resultó el doble que en el grupo C; la diferencia entre los grupos resultó significativa ($P(U) = 0.029$) según la prueba U de Mann-Whitney (Siegel, 1976). En ambos grupos las preguntas fueron predominantemente diferenciales (tabla 2).

En el grupo E los sujetos preguntaron más ante descripciones no diferenciales que ante diferenciales, aunque E1 y E4 hicieron más preguntas ante descripciones diferenciales. En el grupo C las preguntas se hicieron 50% ante cada tipo de descripción pero también dos de los sujetos -

preguntaron más ante descripciones diferenciales (casos de C1 y C3, tabla 2).

Respuestas.

La tabla 3 muestra el número, frecuencia por sesión y porcentaje de respuestas en cada grupo. Tanto en el grupo E como en el grupo C las respuestas fueron predominantemente diferenciales.

Indices.

La tabla 4 muestra los índices de incomunicación, precisión y redundancia (por sesión, promedio por fase y promedio general), de los sujetos del grupo E. La tabla 5 muestra esos mismos datos en el grupo C.

Índice de incomunicación: El promedio de incomunicación en el grupo E resultó de 0.10 y en el grupo C de 0.06. La proporción de instancias en las que $Inc = 0$ fue mayor en el grupo C (81.3%) que en el grupo E (30.4%). La paciente E3 obtuvo $Inc = 0$ en todas las sesiones de la fase III durante la cual recibió entrenamiento⁽⁺⁾. En el grupo de comparación C4 obtuvo $Inc = 0$ en todas las sesiones. En el

(+) Los resultados de las sesiones de entrenamiento (la tarea "b"), se presentan en el reporte de A. Hermosillo (1984).

grupo E el promedio por fase (PF) disminuyó al transcurrir las fases I a IV e incrementó, especialmente para E1 y E4, durante la fase de generalización (GEN). En el grupo C el cambio a nuevos estímulos en la fase GEN no aumentó los índices de incomunicación. Finalmente, en el grupo E se observaron cuatro instancias en las que no hubo preguntas - ante descripciones no diferenciales y el índice no se calculó (NC, tabla 4). Esos casos no se tomaron en cuenta al elaborar los promedios y las correlaciones.

Índice de redundancia: el promedio general del índice de redundancia en el grupo E fue de 0.16 y de 0.12 en el grupo C. No se observó una tendencia clara en los promedios por fase (PF) de ninguno de los grupos ni cambios consistentes al pasar a la fase de generalización. Las instancias de Red = 0 correspondieron al 7.6% en el grupo E y al 31% en el grupo C.

Índice de precisión: la precisión promedio del grupo E resultó de 0.54; la del grupo C, de 0.83. La prueba U indicó diferencia significativa entre los grupos ($P(U) = 0.014$). En el grupo E los promedios por fase (PF) de los sujetos incrementaron gradualmente hasta la fase GEN durante la cual la precisión disminuyó notablemente. En el grupo C, al pasar a esa fase sólo se observó un cambio notable en C3 cuyo promedio bajó. Dentro de cada grupo los promedios generales (PF en la tabla) de cada sujeto fueron muy similares entre sí.

Correlaciones entre los índices.

La tabla 6 muestra los coeficientes obtenidos para cada sujeto al ser correlacionados (a) sus índices de incomunicación y precisión y (b) sus índices de redundancia y precisión. Los datos con que se calcularon las correlaciones son los de las tablas 4 y 5. Con esos mismos datos se graficó una recta de ajuste para cada correlación (gráficas 1 a 16).

Las correlaciones y las gráficas se realizaron para dos conjuntos de sesiones: en el grupo E, con las sesiones 1 a 17, correspondientes a las fases I a IV (sesiones 6 a 17 - en el caso de E4) y con las sesiones 1 a 21, correspondientes a las fases I a GEN (6 a 21 de E4). En el grupo C, con las sesiones 1 a 4 (fase I) y con las sesiones 1 a 8 (fases I y GEN). En todas las gráficas las sesiones de generalización se indican con circunferencias.

Sólo dos de las correlaciones obtenidas en el grupo E - resultaron significativas (gráfica 3) y ninguna del grupo C. Con excepción de las sesiones 6 a 17 de E4 (gráfica 4, línea discontinua), las rectas ajustadas mostraron una tendencia de covariación negativa entre los índices de incomunicación y precisión del grupo E; esto es: a mayor incomunicación, menor precisión, aunque sólo en el caso de E3 (gráfica 3), la correlación resultó significativa. Cuando se incluyeron las sesiones de generalización en el cálculo de las correlaciones (línea discontinua, gráficas 1 a 4), esa tendencia resultó más acusada -excepto para E3-, e incluso

cambió de positiva a negativa en el caso de E4 (gráfica 4). No se observó alguna covariación entre los índices correspondientes a las sesiones de generalización.

Las gráficas 9 a 12 muestran las rectas de ajuste de las correlaciones entre incomunicación y precisión en el grupo C. Sólo en el caso de C1 se observó una tendencia negativa (gráfica 9, sesiones 1 a 4) pero nótese que valores de incomunicación prácticamente idénticos se asociaron a uno de los más altos y al menor valor de precisión. Similarmente, C3 obtuvo un valor de Inc = 1 en una de las sesiones (gráfica 11) pero sin un cambio asociado en la precisión y en las demás sesiones sus índices de precisión variaron entre 0.55 y 0.97 mientras el de incomunicación fue siempre cero (tabla 5).

Al correlacionar incomunicación contra redundancia (gráficas 5 a 8 para el grupo E y 13 a 16 para el grupo C), los coeficientes resultaron siempre muy bajos y nunca significativos sin observarse una consistencia respecto a las tendencias de covariación.

Aciertos y errores.

La tabla 7 muestra el número y porcentaje de aciertos y errores ante descripciones diferenciales y ante no diferenciales en los grupos E y C.

Ante descripciones diferenciales, seis de los ocho sujetos (todos los del grupo C y dos del grupo E), acertaron entre el 90% y el 95% de las veces. Los otros dos sujetos

-E1 y E4-, acertaron, respectivamente, 83% y 79% de las veces. El grupo E promedió un 86% de aciertos ante descripciones diferenciales y el grupo C un 92.5%. La diferencia no resultó significativa ($P(U) = 0.1$).

Ante descripciones no diferenciales, cinco de los ocho sujetos (tres del grupo E y dos del grupo C), acertaron entre el 62% y el 68% de las veces. Los demás -E3, C3 y C4-, acertaron 79%, 93% y 81% de las veces, respectivamente. En el grupo E se acertó, en promedio, 70% de las veces ante descripciones no diferenciales y en el grupo C un 76% de las veces. No se obtuvo una diferencia significativa entre los grupos.

Ante descripciones diferenciales, los sujetos del grupo E fallaron, en promedio, 14% de las veces en tanto los del grupo C fallaron, en promedio, 7.5% de las veces, sin haber diferencia significativa entre los grupos. Seis de los ocho sujetos fallaron entre el 5% y el 10% de las veces ante descripciones diferenciales.

Ante descripciones no diferenciales los sujetos del grupo E fallaron 30% de las veces, en promedio, mientras en el grupo C lo hicieron un 24% de las veces. La diferencia entre los grupos no resultó significativa.

Tomando a todos los sujetos como un sólo grupo sí se obtuvieron diferencias significativas entre aciertos ante descripción diferencial y ante no diferencial, y entre errores ante descripción diferencial y ante no diferencial; en ambos casos (p . menor que 0.001) según la prueba de Walsh (Siegel, 1976).

C A P I T U L O V
C O N C L U S I O N E S

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

Habiendo omitido las comparaciones entre los grupos E y C, analizamos algunos extractos de los datos de Cohen (1978) para contrastar con el grupo E, aunque con las debidas reservas principalmente en términos del tipo de estímulos y la ausencia de escuchas en el momento de la descripción durante esos experimentos.

La competencia que se estableció en el grupo C permitió observar que los sujetos de ese grupo describieron generalmente en forma temática citando eventos o situaciones relacionados al estímulo o correspondientes a una relación entre el escucha y el estímulo y (supuéstamente) sólo conocida por el primero, algo que nunca sucedió en el grupo E. Más adelante se discutirá este caso.

IZT: 1000438

Relación entre las conductas de hablante y de escucha.

Las pacientes E1 y E4, quienes describieron no diferencialmente en mayor grado dentro de su grupo, mostraron asimismo los mayores porcentajes de preguntas recibidas, de preguntas no diferenciales y los menores índices de precisión, aunque sin diferir mucho respecto a las demás del grupo. También, y sí distinguiéndose dentro del grupo, exhibieron los mayores porcentajes de preguntas ante descripción diferencial (Pd), los mayores índices de incomunicación, los mayores porcentajes de errores y menores de aciertos ante descripciones diferenciales. En el grupo C sucedió algo similar pero únicamente con C1 quien tuvo el mayor porcentaje de descripciones no diferenciales, el mayor



porcentaje de Pd y el mayor porcentaje de errores ante - descripciones no diferenciales. Así, en cierto grado, los sujetos que fueron menos eficientes como hablantes también lo fueron como escuchas. La correspondencia entre descripciones no diferenciales y Pd se dio en ambos grupos y si - bien los datos no son conclusivos sugieren que se trata de una relación que merece ser explorada.

Cohen y cols. (1974), señalaron que los esquizofrénicos son deficientes como hablantes pero no como escuchas. La - posibilidad de hacer preguntas, una condición no presente en esos experimentos, parece indicar que también tienen - problemas en el segundo caso.¹ Por una parte, la frecuencia de preguntas por descripción fue el doble en el grupo E - que en el grupo C y la precisión resultó significativamente mayor en el grupo C. El índice de precisión se calculó como proporción de aciertos a ensayos; las preguntas - fueron consideradas como ensayos y puesto que no hubo di - ferencia en los aciertos entre los grupos, es claro que la menor precisión en el grupo E resultó de la mayor frecuen - cia de preguntas.¹ Esto es: las pacientes acertaron tanto - como las normales pero requirieron, en promedio, el doble de preguntas.¹ Por otro lado, la distribución de los acier - tos y errores ante los tipos de descripción plantea una - cuestión respecto a la funcionalidad de los intercambios - pregunta-respuesta en el grupo E: en ambos grupos las res - puestas fueron predominantemente diferenciales y las pre - guntas, también en su mayoría diferenciales, se distribu -

yeron por igual ante descripciones diferenciales y no diferenciales, de modo que no parece haber razón para que el porcentaje de aciertos haya sido significativamente menor ante descripciones no diferenciales. En el grupo C ello se explica porque cada sujeto escuchó a otros dos a quienes no les hizo preguntas y sólo a uno a quien las hizo, y los porcentajes no distinguen ante las descripciones de quién se acertó o falló. Mas no fue el caso en el grupo E, donde todas hicieron preguntas a todas. Podemos suponer que cuando el evento inicial del episodio -la descripción-, fue no diferencial, se afectó de algún modo la funcionalidad de los intercambios pregunta-respuesta subsecuentes. Los datos sobre la distribución de tipo de pregunta ante tipo de descripción y de tipo de respuesta ante tipo de pregunta - (Hermosillo, 1984), no parecen indicar eso. También podemos asumir que, sencillamente, dichos intercambios no tuvieron funcionalidad alguna y que se eligió la tarjeta únicamente con base en la descripción. En apoyo de esto último tenemos: primero, que la distribución de las preguntas indicó que los sujetos no las hicieron en función del tipo de descripción; segundo, en todas las sesiones del grupo E los índices de precisión fueron cercanos al 50%, esto es: un acierto por cada dos ensayos. Si no se hubieran hecho preguntas esos ensayos corresponderían sólo a las descripciones y se esperaría una precisión cercana al 50% dado que aproximadamente el 50% de las descripciones fueron diferenciales. Por supuesto, no siempre se acertó ante descripciones diferen-

ciales, hubo cierta probabilidad de hacerlo ante no diferenciales y la ausencia de preguntas y respuestas no tiene por qué ser una condición idéntica a su falta de funcionalidad. En tercer lugar, la reiteración sobre lo informado (preguntas ante respuestas diferenciales), también se dio en el contexto de descripciones no diferenciales y tuvo la consecuencia de no agregar información (lo que muy rara vez fue hecho espontáneamente), de modo que la información en que se basó la elección de una tarjeta fue prácticamente la misma antes que después de las preguntas y respuestas, una situación que puede verse como equivalente a elegir la tarjeta sólo mediante la descripción. De modo semejante, a veces las respuestas consistieron en meras repeticiones de lo descrito y, al igual que en el caso anterior, no agregaron información. Por último, los sujetos participaron como escuchas en dos casos: ante las descripciones, caracterizándose por hacer preguntas reiterativas, y ante las preguntas, dando respuestas diferenciales. Al parecer su contacto con el estímulo fue más preciso tras haber visto la tarjeta para describirla que cuando se enfrentaron al referente sólo mediante la descripción, por lo que hicieron preguntas reiterativas. Esto es: en cierto grado tienen que afrontar directamente las condiciones de estímulo sin ser capaces de contactar con ellas mediante una interacción lingüística; no parecen plénamente susceptibles de ser puestos en contacto con dichas condiciones por medio del lenguaje. Si entendemos una interacción comunicativa como

la presente en términos de la modulación mutua entre las conductas del hablante y del escucha ⁽⁶⁾ y de cada una de ellas en función de otros eventos, parece que los esquizofrénicos tienen serias dificultades para llevarla a cabo ⁽⁷⁾.

Correlaciones entre los índices.

No se obtuvo una clara muestra de covariación entre los índices calculados por sesión para cada sujeto. El índice de precisión, por ejemplo, varió en el mismo grado cuando la incomunicación fue cero que cuando tomó otros valores - en el grupo C. Por otra parte, parece importante que E3, el sujeto más eficiente como hablante y con mayores porcentajes de aciertos en su grupo, haya sido el único cuyas correlaciones entre incomunicación y precisión resultaron significativas. Si los sujetos del grupo E respondieron al azar y los intercambios pregunta-respuesta no tuvieron funcionalidad, es de esperarse que los índices no correlacionen. Sin embargo, y desafortunadamente, no hubo medios para saber si esas medidas fueron sensibles puesto que los datos del grupo C no pueden compararse con los del grupo E. También es posible que se requieran algunos ajustes como, por ejemplo, considerar que aunque las respuestas ante preguntas reiterativas sean específicas, no adicionan información y no hacen más comunicativo el episodio. No obstante, los índices fueron sensibles a ciertos cambios: conforme transcurrieron las sesiones de evaluación (Fases I a IV), los valores de precisión tendieron a incrementar y los de

incomunicación a disminuir (promedios por fase). Esas tendencias se invirtieron en la fase de generalización aproximándose mucho a los niveles iniciales (fase I), lo que coincide con el reporte de Hermosillo (1984) respecto a cambios no generalizados en los porcentajes y frecuencias de las diferentes categorías. También se notó que los índices de incomunicación de E3 fueron siempre cero precisamente durante las cuatro sesiones de su entrenamiento en las cuales todas sus respuestas fueron diferenciales, aunque volviendo después al nivel de las fases previas. No se observaron otros cambios asociados por parte de E3 ni de los demás sujetos durante esa fase⁽⁺⁾ y el entrenamiento no incluyó aspectos relativos a las respuestas; así que, por lo pronto, no tenemos explicación para ese cambio en las respuestas de E3 durante su entrenamiento.

Como hablantes.

En el grupo E, en promedio, se hicieron descripciones diferenciales con la misma frecuencia y proporción que de no diferenciales y dos de los sujetos (E1 y E4), de hecho

- (+) Las descripciones diferenciales de E3 durante el entrenamiento aumentaron muy poco en comparación con las fases previas. El mayor nivel de descripciones diferenciales de E3 fue después de esta fase, durante el entrenamiento de E4, pero con porcentajes de respuestas diferenciales e índices de incomunicación como los de las fases anteriores al entrenamiento.

describieron no diferencialmente al mismo nivel que diferencialmente y sin distinguirse entre sí. Cohen y sus colaboradores (Cohen y cols., 1974; Kantorowitz y Cohen, 1977; Smith, 1970), han reportado resultados similares y varios autores informan que los esquizofrénicos hacen referencias ambiguas (Andreasen, 1980; Rochester y Martin, 1979 en: Rutter, 1982). Entonces, no obstante las diferencias las diferencias entre los sujetos del grupo E -diferencias que pueden ser muy notables aún teniendo sujetos con el mismo diagnóstico (Mancuso, 1982)-, creemos confirmado que describir no diferencialmente es una de las deficiencias de los esquizofrénicos - como hablantes y que resta, por tanto, analizar las condiciones asociadas a ello.

En ninguno de los grupos se hicieron comparaciones entre los estímulos: en el grupo E a pesar de que hacerlas se incluyó como parte del entrenamiento y en el grupo C, obviamente, porque hacerlo hubiera sido contradictorio con la situación de competencia. Por otro lado, una buena parte de las descripciones hechas en el grupo E fueron categorizadas como diferenciales por ser sumamente detalladas incluyendo tanto los elementos distintivos como los comunes a las tarjetas. Andreasen (1980) y Kolb (1969), también informan que los esquizofrénicos hacen uso exagerado de los pequeños detalles al tratar de explicar algo. Notamos que eso ocurrió en mayor grado con estímulos más similares entre sí, aunque en realidad no exclusivamente bajo esas condiciones. Analizando los extractos de las descripciones hechas por sujetos

normales en los experimentos de Cohen (1978), podemos describir su comportamiento en función de la similitud entre los estímulos: con poca similitud, descripciones cortas - (una o dos palabras) y sin hacer comparaciones con los no-referentes; con alta similitud, descripciones largas y comparativas; con la mayor similitud, descripciones aún - más amplias pero sin hacer comparaciones y más bien enfocadas al referente, incluyendo analogías e instrucciones y explicaciones a los escuchas. Los extractos de las descripciones hechas por esquizofrénicos muestran que muy rara vez hicieron comparaciones y que si bien ampliaron sus descripciones fue porque incluyeron elementos temáticos relativos a obsesiones y delirios particulares⁽⁸⁾. En el grupo E, similarmente, la respuesta fue detallar (más con estímulos parecidos entre sí), sin hacer comparaciones. Así, el comportamiento de los esquizofrénicos varió en forma distinta al de los normales en función de las condiciones cambiantes de estimulación.

Como se mencionó en un principio, los sujetos del grupo C describieron en forma temática citando eventos o situaciones correspondientes a una relación entre el referente y el escucha, algo que nunca sucedió en el grupo E. Rutter (1980, 1982), ha reportado que los esquizofrénicos hacen muy pocas referencias enmarcadas en un contexto compartido por el escucha; un hallazgo similar. Empero, quisiéramos dejar esta cuestión abierta porque las condiciones en que viven las pacientes son sumamente pobre en términos de la -

variedad de estimulación, comparadas con aquellas en las que se desenvuelven los sujetos del grupo C y que propiciaran tales referencias. Además, en la medida de lo anterior, las interacciones entre las pacientes no son más substanciales. De cualquier modo, queremos señalar que hacer referencia a una relación entre el referido (escucha, en este caso) y el referente está implicado en la posibilidad de mediar lingüísticamente las relaciones entre ambos; el nivel de comportamiento respecto al cual hemos propuesto está centrada la fenomenología de la esquizofrenia.

En síntesis, nuestros datos han mostrado que las pacientes: (1) al describir no diferencialmente y mostrar también una deficiencia como escuchas, dejan ver que no modularon su comportamiento en función de las condiciones de estimulación -condiciones que incluyen la conducta de otro-, y (2) sin parecer plénamente susceptibles de contactar con dichas condiciones mediante una interacción lingüística.

Tales modulación y disposición a una mediación lingüística son procesos cuya génesis se entiende conforme el individuo adquiere y desarrolla un sistema de respuesta por el cual se ajusta a las convenciones normativas generales que le permiten comportarse como hablante y como escucha de un modo efectivo; ese sistema es el lenguaje. Si no se logra ese ajuste, será observable que el sujeto no es capaz de apreciar situaciones desde el punto de vista de otro (Solvberg y Blakar, 1975; Rutter, 1982; Rochester y Martin, op.cit.); que, en efecto, no se apega a las convenciones o

estrategias útiles para una comunicación efectiva (Andreasen, 1980; Buckingham, 1982); que su habla carece de validez consensual (Sullivan, 1946 en: Cohen y cols., op.cit) o que no "edita" (se retracta de) sus expresiones, antes de emitirlas, cuando son imprecisas respecto a un referente (Cohen y cols., 1974). También es posible que esa falta de avenimiento a las convenciones se relaciones con la observación de que los esquizofrénicos son incapaces de desatender o son hiperresponsivos a la estimulación irrelevante⁽⁹⁾, noción considerada fundamental al concepto de pensamiento sobreinclusivo (Broga y Neufeld, 1977; Brown, 1958; Kolb, 1969; Nathan y Harris, 1983; Sims-Knight, 1977).

Estas proposiciones deben ser vistas en el marco del desarrollo: nuestra hipótesis es que a las alteraciones esquizofrénicas subyace una deficiencia en la adquisición de los procesos de substitución referencial (véase nota 7). - Dichas alteraciones no son un resultado inmediato de esa deficiencia sino que se van conformando en la historia del sujeto; de ahí que puedan mostrarse en gran variedad de formas junto con algunos aspectos comúnes a los pacientes⁽¹⁰⁾. Desde esta perspectiva, creemos, junto con autores como Mancuso (1982), que es posible eliminar una variable intermediaria (y elusiva), a la que se ha llamado "esquizofrenia", en el estudio de las alteraciones del lenguaje.

Categorías de análisis y situación experimental.

Los sujetos esquizofrénicos de la serie de estudios por

Cohen y cols. (1974), generalmente usaron descriptores - comunes al referente y a los no-referentes, caso que corresponde a nuestra definición de descripción no diferencial: incluir únicamente aspectos comunes a todos los estímulos. Otras veces describieron mencionando objetos y/o eventos de algún modo asociados al referente, por ejemplo: "Un pez - nada. Lo llamas salmón. Lo cocinas. Lo pones en una lata. Abres la lata. Ahí ves el color. Salmón" (Cohen, 1978). La mayoría de estos casos corresponden claramente a alguna de las categorías que aquí agrupamos bajo el rubro de "no diferenciales": DCD, TCD, DC y TC. Los autores citados definieron esas descripciones como "menos útiles para identificar un referente" (p.11). Empero, si bien ese es un aspecto importante en una situación comunicativa, resulta un concepto empíricamente vacío; no dice nada respecto a la conducta del hablante. Sucede algo similar con términos como "disociación de ideas", "tangencialidad", etc. y en general todos los relativos al "desorden formal del pensamiento" - (Hoffman y cols., 1979). Esa terminología más bien describe las experiencias subjetivas del escucha cuando se enfrenta al habla de un esquizofrénico (Ibid.), y también debe notarse que áreas homogéneas son desarticuladas cuando se definen ciertas anormalidades como problemas del lenguaje, otras - como alteraciones en la comunicación, otras más como déficits pragmáticos, fallas en (alguna etapa de) el procesamiento de información, etc. Creemos que categorías como - las aquí usadas son una mejor herramienta en tanto permiten

analizar los eventos comunicativos en términos de la correspondencia o no entre su contenido y el de los estímulos y de la diferencialidad o no de esa correspondencia respecto a condiciones de estímulo similares, factores que pueden verse, digamos, como determinantes de la utilidad de las descripciones y que permiten indicar y describir las relaciones entre los participantes unos con otros y con las condiciones estimulativas presentes en el momento⁽¹¹⁾.

Las medidas diseñadas como índices de incomunicación, precisión y redundancia de las interacciones tal vez requieran algunos ajustes en cuanto a los factores que incluyen o a la forma de relacionarlos, aunque mostraron cierta sensibilidad a los cambios en las conductas de hablante y de escucha. Por otra parte, hasta donde sabemos no se han propuesto evaluaciones similares tal vez, en primera, porque hay un mínimo de estudios sobre interacciones comunicativas con esquizofrénicos; en segunda, porque predominan criterios relativos al "desorden del pensamiento" y finalmente porque se da prioridad al análisis de la conducta de hablante y se descuidan aspectos concernientes a la de escucha y a la interacción como un conjunto de eventos interdependientes⁽¹²⁾. Es necesario, entonces, disponer situaciones experimentales en las que los participantes interactúen entre sí, con variantes controladas en la estimulación y buscar conceptos y formas de evaluación que permitan investigar los aspectos funcionales de una interacción lingüística. La situación que se diseñó, a la par que las -

categorías y modos de análisis, ha permitido examinar el comportamiento de los sujetos cuando intentaron "dar a conocer algo a alguien" -que así se ha definido comúnmente la comunicación referencial (Asher, 1979)-, pero además nos ha dado información acerca de cómo se comportaron los sujetos ante la conducta de ese alguien y ante las características y variantes de lo que se intentó dar a conocer.⁽¹³⁾ Si bien no son estos todos los elementos que definen un caso de mediación substitutiva referencial (mediar lingüísticamente y modificar las relaciones entre referido -escucha en este caso-, y referente), es claro que si el individuo como hablante o escucha no ajusta su conducta a la del otro ni a las convenciones lingüísticas, quedará al margen de las posibilidades del lenguaje como una forma de comportamiento que le integra al ámbito de las relaciones sociales y que le permite el desarrollo de niveles superiores, los procesos de pensamiento, consistentes en relaciones puramente lingüísticas, sin referentes concretos y en donde es común que "hablante" y "escucha" sean la misma persona.

Consideraciones finales.

Tal vez el logro más importante del presente trabajo sea el haber mostrado un modo diferente de analizar interacciones comunicativas, sin acudir a criterios de adecuación asociativa o a hipótesis de procesamiento de información. Esto puede ser importante a cualquier instancia de análisis de interacciones lingüísticas, pero es más en el

caso de pacientes esquizofrénicos porque puede llevarnos a hablar de sus alteraciones comunicativas, o de cualquier índole, sin necesidad de calificarlas con los términos que dan pauta y fundamento al diagnóstico de "esquizofrenia". Por supuesto, no existen sólo esas alteraciones. Empero, y este es otro de los logros, uno común a muchas investigaciones, vemos que también nos es posible plantear preguntas diferentes. Si continuamos preguntando qué hacen los esquizofrénicos (dicen incoherencias) y por qué lo hacen (por un desorden del pensamiento), no saldremos de ahí hasta que haya acuerdo respecto a qué es el pensamiento y cómo llega a desordenarse. Pero si, por ejemplo, preguntamos qué no hacen los esquizofrénicos (entre otras cosas: no cambian su modalidad descriptiva ante referentes muy similares entre sí, ni modulan su conducta de escucha en función de la del hablante), buscar el por qué no lo hacen puede llevarnos más adelante: una pregunta así es, por principio, olvidarse de tratar de explicar lo que, según el DSM-III, es la esquizofrenia, y abordar el asunto de un modo evaluativo. Tal vez haya muchos problemas en eso, como el que el término "deficiente", además de ser también una etiqueta, parece sugerir que algo falta y sólo es necesario agregarlo, lo cual es tan ingenuo como algunas hipótesis bioquímicas, pero puede tomar interés si se le ve en el marco del desarrollo. Con todo, éstas son ideas mejorables y lo que pretenden es alejarse de la influencia que el diagnóstico ha ejercido sobre las preguntas experimentales.

Por lo pronto, la respuesta a "por qué no lo hacen" no es desconocida. Pero mientras referirse a un desorden del pensamiento hasta ahora no ha tenido vuelta de hoja, aquí podemos hacer otra pregunta: ¿cómo es que alguien aprende eso (que no hacen los esquizofrénicos)? Luego, tal vez, si localizamos en la historia del desarrollo normal los momentos y circunstancias críticos en que se aprende, digamos, a modular el comportamiento lingüístico, tengamos alguna idea de cómo es que alguien acaba diciendo "ensaladas de palabras" o neologismos innecesarios. Como se ha visto, tal respuesta supone conocer el desarrollo normal para, como apuntan Solvberg y Blakar (1975), dejar de explicar un misterio mediante otro.

Aún cuando proposiciones como las anteriores tengan más de especulativo que de estricta fundamentación teórica, creo que dan una noción de lo que puede ser una posición ante "la esquizofrenia", alejada de los conceptos que llevan casi un siglo dando vueltas -incluido el mismo de esquizofrenia. No se trata, por otra parte, de erradicar el dominio de la psiquiatría, sino de irlo ganado palmo a palmo - mediante un esfuerzo continuo de investigación, crítica, enseñanza y, sobre todo, aportaciones prácticas. Hay, por ejemplo, proposiciones de tratamiento que pudieran ser de gran interés en cualquier hospital psiquiátrico de México y que pueden aplicarse con un mínimo de presupuesto (siempre el mayor obstáculo), mediante proyectos de tesis o de investigación. Eso supone también el interés y apoyo de -

las instituciones responsables de los hospitales psiquiátricos. Por último, si se pretende que los resultados vayan delineando la posibilidad de reintegrar al individuo a su ámbito, debemos enfocarnos a aquellos aspectos del comportamiento que le permiten desenvolverse en él. Esto implica analizar y evaluar eventos interactivos en términos que correspondan, precisamente, a esa característica de los eventos, y no mediante conceptos empíricamente vacíos. Lo que hemos planteado aquí es más bien un esbozo de los que se utilicen con objetivos terapéuticos concretos.

Para terminar: se obtienen muchas cosas interesantes de trabajar en una investigación; una de ellas, la de tomar una posición respecto al problema (o al menos comenzar a hacerlo), surge no sólo de consultar bibliografía, asistir a seminarios o analizar datos. Proviene principalmente de asistir al lugar en donde está lo que se pretende entender, y de cometer errores; convivir al menos un rato con los pacientes y no usar esa experiencia cuando se piensa en el reporte de investigación, es uno de esos errores (afortunadamente visto a tiempo). Se aprende también, vía desaciertos, que un evento, un dato, puede tener mil y una interpretaciones diferentes y que resulta una gran responsabilidad la de encontrar aquella que además de ser congruente con el enfoque teórico, nos deje la sensación de que a partir de ella pueden lograrse beneficios para otros.

T A B L A S Y G R A F I C A S

DESCRIPCIONES

GRUPO E					GRUPO C						
Su	Se		D	∅	TOT	Su	Se		D	∅	TOT
E1	21	#	123	115	238	C1	8	#	60	35	95
		Fr	5.857	5.476	11.333			Fr	7.5	4.375	11.875
		%	51.68%	48.31%				%	63.15%	36.84%	
E2	21	#	145	98	243	C2	8	#	75	21	96
		Fr	6.904	4.666	11.570			Fr	9.375	2.625	12
		%	59.67%	40.32%				%	78.12%	21.87%	
E3	21	#	181	64	245	C3	8	#	68	24	92
		Fr	8.619	3.047	11.666			Fr	8.5	3.0	11.5
		%	73.87%	26.12%				%	73.91%	26.08%	
E4	16	#	96	91	187	C4	8	#	58	32	90
		Fr	6.00	5.687	11.687			Fr	7.25	4.00	11.25
		%	51.33%	48.66%				%	64.44%	35.55%	
TOT	79	#	545	368	913	TOT	32	#	261	112	373
		Fr	6.898	4.658	11.556			Fr	8.156	3.5	11.656
		%	59.69%	40.30%				%	69.97%	30.02%	

Tabla 1. Número (#), frecuencia por sesión (Fr) y porcentaje (%) de descripciones-diferenciales y no diferenciales (D y ∅) en los grupos E y C. "Se" indica el número de sesiones en que participó cada sujeto.

PREGUNTAS
G R U P O E

Su	Se		D	∅	P _D	P _∅	TOT
E1	21	#	294	28	170	152	322
		Fr	14.00	1.33	8.095	7.24	15.33
		%	91.3%	8.69%	52.8%	47.2%	24.19%
E2	21	#	295	6	130	171	301
		Fr	14.05	0.29	6.19	8.14	14.33
		%	98%	2%	43.2%	56.8%	22.61%
E3	21	#	630	10	192	448	640
		Fr	30	0.476	9.143	21.33	30.48
		%	98.43%	1.56%	30%	70%	48.08%
E4	16	#	66	2	46	22	68
		Fr	4.125	0.125	2.875	1.375	4.25
		%	97.05%	2.94%	67.64%	32.35%	5.11%
TOT	79	#	1285	46	538	793	1331
		Fr	16.27	0.58	6.81	10.04	16.85
		%	96.54%	3.45%	40.42%	59.57%	

Tabla 2. Preguntas diferenciales (D), no diferenciales (∅), ante descripción diferencial (P_D) y ante descripción no diferencial (P_∅) en el grupo E. Se reportan: número (#), frecuencia por sesión (Fr), porcentaje (%) y sesiones en que participó cada sujeto (Se).

CONTINUA...

PREGUNTAS

G R U P O C

Su	Se		D	∅	P _D	P _∅	TOT
C1	8	#	19	0.00	12	7	19
		Fr	2.375	0.00	1.5	0.875	2.375
		%	100%	0%	63.15%	36.84%	23.17%
C2	8	#	38	1	17	22	39
		Fr	4.75	0.125	2.125	2.75	4.875
		%	97.43%	2.56%	43.58%	56.41%	47.56%
C3	8	#	8	3	6	5	11
		Fr	1.0	0.375	0.75	0.625	1.375
		%	72.72%	27.27%	54.54%	45.45%	13.41%
C4	8	#	12	1	6	7	13
		Fr	1.5	1.125	0.75	0.875	1.625
		%	92.3%	7.7%	46.15%	53.84%	15.85%
TOT	32	#	77	5	41	41	82
		Fr	2.406	0.156	1.281	1.281	2.562

Tabla 2(continuación). Preguntas diferenciales (D), - no diferenciales (∅), ante descripción diferencial (P_D) y ante descripción no diferencial (P_∅) en el grupo E. - Se reportan: número (#), frecuencia por sesión (Fr), por centaje (%) y sesiones en que participó cada sujeto.

RESPUESTAS

GRUPO E'						GRUPO C					
Su	Se		D	∅	TOT	Su	Se		D	∅	TOT
E1	21	#	281	78	359	C1	8	#	30	9	39
		Fr	13.38	3.714	17.095			Fr	3.75	1.125	4.875
		%	78.27%	21.72%	26.97%			%	76.92%	23.07%	47.56%
E2	21	#	316	25	341	C2	8	#	19	0	19
		Fr	15.05	1.19	16.24			Fr	2.375	0	2.375
		%	92.67%	7.33%	25.61%			%	100%	0%	23.17%
E3	21	#	203	45	248	C3	8	#	11	2	13
		Fr	9.667	2.143	11.81			Fr	1.375	0.25	1.625
		%	81.85%	18.15%	18.63%			%	84.61%	15.38%	15.85%
E4	16	#	314	69	383	C4	8	#	10	1	11
		Fr	19.625	4.313	23.938			Fr	1.25	0.125	1.375
		%	81.98%	18.02%	28.77%			%	90.9%	9.1%	13.41%
TOT	79	#	1114	217	1331	TOT	32	#	70	12	82
		Fr	14.101	2.747	16.848			Fr	2.187	0.375	2.562
		%	83.7%	16.3%				%	85.36%	14.63%	

Tabla 3. Número (#), frecuencia por sesión (Fr) y porcentaje (%) de respuestas - diferenciales (D) y no diferenciales (∅) en los grupos E y C. "Se" indica el número de sesiones en que participó cada sujeto.

	Se	E1			E2			E3			E4		
		Inc.	Pre.	Red.									
1*	0.33	0.61	0	0	0.55	0	0.6	0.41	0				
Fase I	2	0.05	0.42	0.08	0.08	0.32	0.23	0.17	0.56	0.48			
	3	0.33	0.32	0.28	0	0.35	0.05	0.09	0.49	0.47			
	4	0.22	0.67	0.12	0	0.61	0.24	0.21	0.5	0.23			
	5	0.15	0.5	0.13	0.04	0.38	0.09	0	0.56	0.45			
	pf	0.19	0.49	0.15	0.03	0.42	0.15	0.12	0.53	0.41			
Fase II	6	0.17	0.54	0.03	0	0.7	0.27	0.11	0.69	0.16	0.08	0.43	0.09
	7	0.1	0.54	0.25	0.1	0.61	0.16	0	0.51	0.1	0.15	0.55	0.03
	8	0.29	0.63	0.06	0.09	0.57	0.07	0.13	0.66	0.33	0.26	0.45	0.16
	9	0.08	0.52	0.1	NC	0.65	0.12	0.05	0.53	0.04	0.29	0.77	0.03
	pf	0.16	0.56	0.11	0.06	0.63	0.16	0.07	0.6	0.16	0.2	0.55	0.08
Fase III	10	0.05	0.46	0.18	0.08	0.63	0.08	0	0.58	0.3	0.05	0.53	0.05
	11	0	0.58	0.21	0	0.58	0.24	0	0.65	0.11	0.18	0.57	0.03
	12	0.3	0.47	0.2	0	0.6	0.06	0	0.71	0.27	0.05	0.44	0
	13	0	0.69	0.15	0.12	0.66	0.13	0	0.73	0.23	0	0.57	0.03
	pf	0.09	0.55	0.19	0.05	0.62	0.13	0	0.65	0.14	0.07	0.53	0.03
Fase IV	14	0	0.46	0.16	0	0.65	0.24	NC	0.8	0.3	0.06	0.66	0
	15	0.23	0.5	0.16	0	0.6	0.19	0.08	0.63	0.15	0.14	0.66	0.02
	16	NC	0.59	0.27	0	0.7	0.1	NC	0.69	0.27	0	0.48	0
	17	0.08	0.67	0.25	0.08	0.63	0.27	0.06	0.59	0.06	0.05	0.55	0.15
	pf	0.1	0.56	0.21	0.02	0.65	0.2	0.07	0.68	0.13	0.06	0.59	0.04
GEN	18	0	0.52	0.14	0.03	0.37	0.29	0.13	0.49	0.3	0.19	0.36	0.04
	19	0.21	0.47	0.23	0.09	0.32	0.14	0	0.49	0.41	0.3	0.26	0.06
	20	0.24	0.38	0.27	0.05	0.5	0.03	0	0.51	0.15	0.12	0.3	0.03
	21	0.25	0.48	0.49	0	0.43	0.07	0.05	0.54	0.16	0.14	0.45	0.08
	pf	0.18	0.46	0.28	0.04	0.41	0.13	0.05	0.51	0.26	0.19	0.34	0.05
PT	0.15	0.52	0.18	0.04	0.54	0.15	0.09	0.59	0.24	0.13	0.5	0.05	

Tabla 4. Índices de incomunicación (Inc), precisión (Pre) y redundancia (Red) por sesión, promedios por fase (pf) y promedio total (PT), de cada sujeto del grupo E.

*Sesión de pre test.- no se incluyó en el promedio de la fase I.

		C1			C2			C3			C4		
Se		Inc.	Pre.	Red.									
Fase I	1	0.2	0.68	0	0	0.79	0.22	0	0.71	0.22	0	0.82	0.15
	2	0	0.87	0	0	0.89	0.31	0	0.86	0	0	0.72	0
	3	0	0.81	0.09	0.25	0.95	0.29	0	0.97	0.1	0	0.78	0.08
	4	0	0.89	0.09	0	0.97	0.14	1	0.85	0.2	0	0.87	0
pf		0.05	0.81	0.05	0.06	0.9	0.24	0.25	0.85	0.13	0	0.8	0.06
GEN	5	0	0.83	0	0	0.89	0.14	0	0.86	0.09	0	0.92	0.09
	6	0	0.8	0.11	0	0.89	0.13	0	0.94	0	0	0.89	0.1
	7	0	0.73	0.13	0.2	0.8	0.29	0	0.72	0	0	0.74	0.14
	8	0.18	0.86	0.38	0.1	0.79	0.2	0	0.55	0	0	0.86	0
pf		0.05	0.81	0.16	0.08	0.84	0.19	0	0.77	0.02	0	0.85	0.08
PT		0.05	0.81	0.1	0.07	0.87	0.22	0.13	0.81	0.08	0	0.83	0.07

Tabla 5. Indices de incomunicación (Inc), precisión (Pre) y redundancia (Red) por sesión, promedios por fase (pf) y promedio total (PT), de cada sujeto del grupo C.

		S U J E T O S				
		Se	1	2	3	4*
GRUPO E	Inc r	1-17	-0.127 (16)	-0.049 (16)	-0.590 (15)	0.379 (12)
	Pre	1-21	-0.198 (20)	-0.102 (20)	-0.465 (19)	-0.107 (16)
	Red r	1-17	-0.200 (17)	0.218 (17)	0.152 (17)	-0.333 (12)
	Pre	1-21	-0.300 (21)	0.117 (21)	0.081 (21)	-0.203 (16)
GRUPO C	Inc r	1-4	-0.930 (4)	0.412 (4)	0.015 (4)	Indefinido
	Pre	1-8	-0.37 (8)	-0.05 (8)	0.123 (8)	Indefinido
	Red r	1-4	0.457 (4)	-0.160 (4)	-0.540 (4)	0.143 (4)
	Pre	1-8	0.248 (8)	-0.190 (8)	0.089 (8)	-0.040 (8)

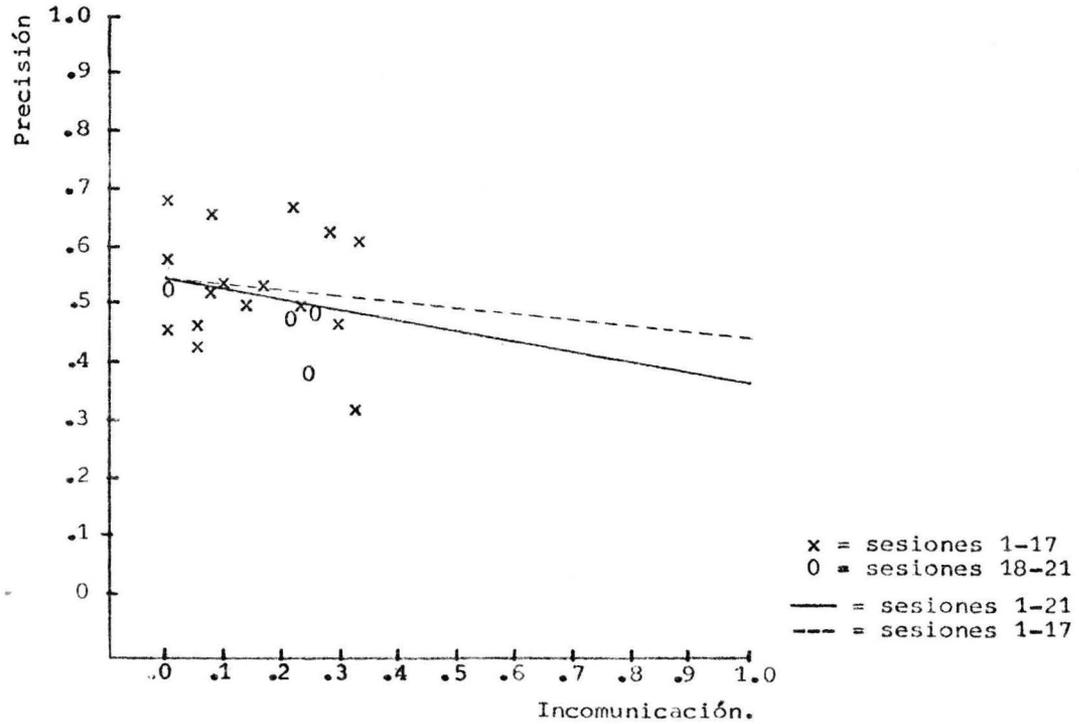
Tabla 6. Correlaciones entre los índices de incomunicación y precisión, y entre los índices de redundancia y precisión de los sujetos de los grupos E y C. El número entre paréntesis indica la cantidad de pares (sesiones) correlacionados.

*Sesiones 6 a 17 y 6 a 21.

Tipo de acierto o error		S U J E T O S				
		E1	E2	E3	E4	
A _D	#	348	359	335	277	Prom = 86%
	%	83%	90%	92%	79%	
A _Ø	#	166	182	240	135	Prom = 70%
	%	66%	68%	79%	67%	
E _D	#	73	42	28	75	Prom = 14%
	%	17%	10%	8%	21%	
E _Ø	#	86	85	65	66	Prom = 30%
	%	34%	32%	21%	33%	
<hr/>						
		C1	C2	C3	C4	
A _D	#	202	182	202	208	Prom = 92.5%
	%	91%	90%	95%	94%	
A _Ø	#	41	50	62	48	Prom = 76%
	%	62%	68%	93%	81%	
E _D	#	20	20	11	14	Prom = 7.5%
	%	9%	10%	5%	6%	
E _Ø	#	25	23	5	11	Prom = 24%
	%	38%	32%	7%	19%	

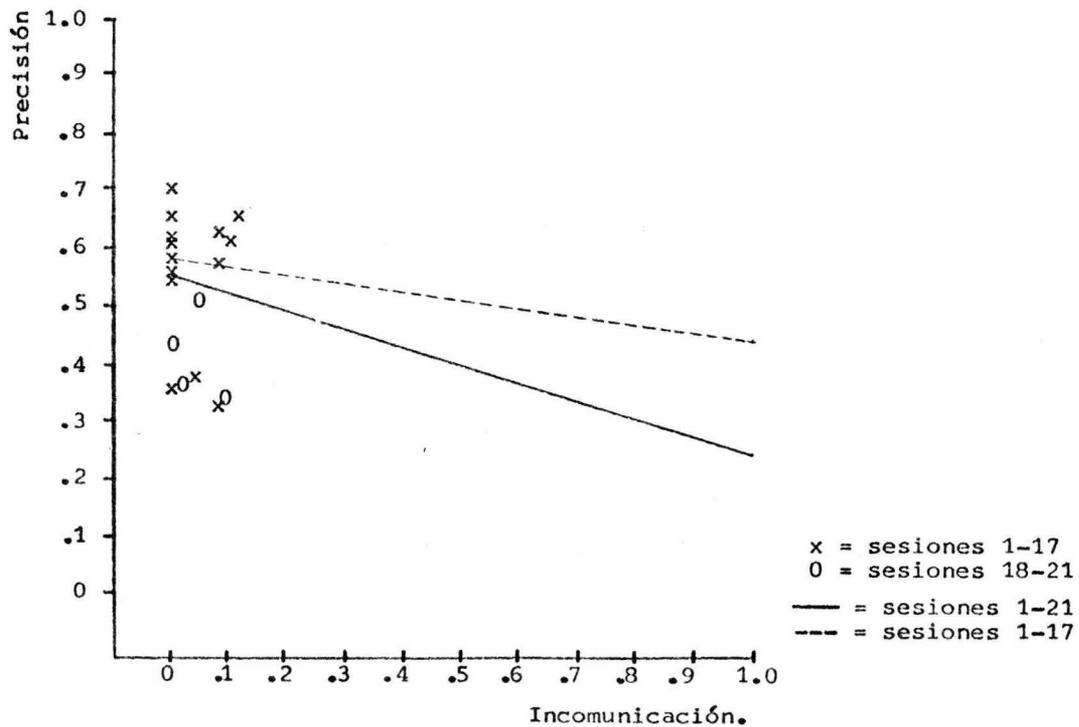
Tabla 7. Número (#) y porcentaje (%) de aciertos y errores ante descripciones diferenciales (A_D y E_D, respectivamente) y ante descripciones no diferenciales (A_Ø y E_Ø, respectivamente), de los sujetos de los grupos experimental y de comparación.

E1



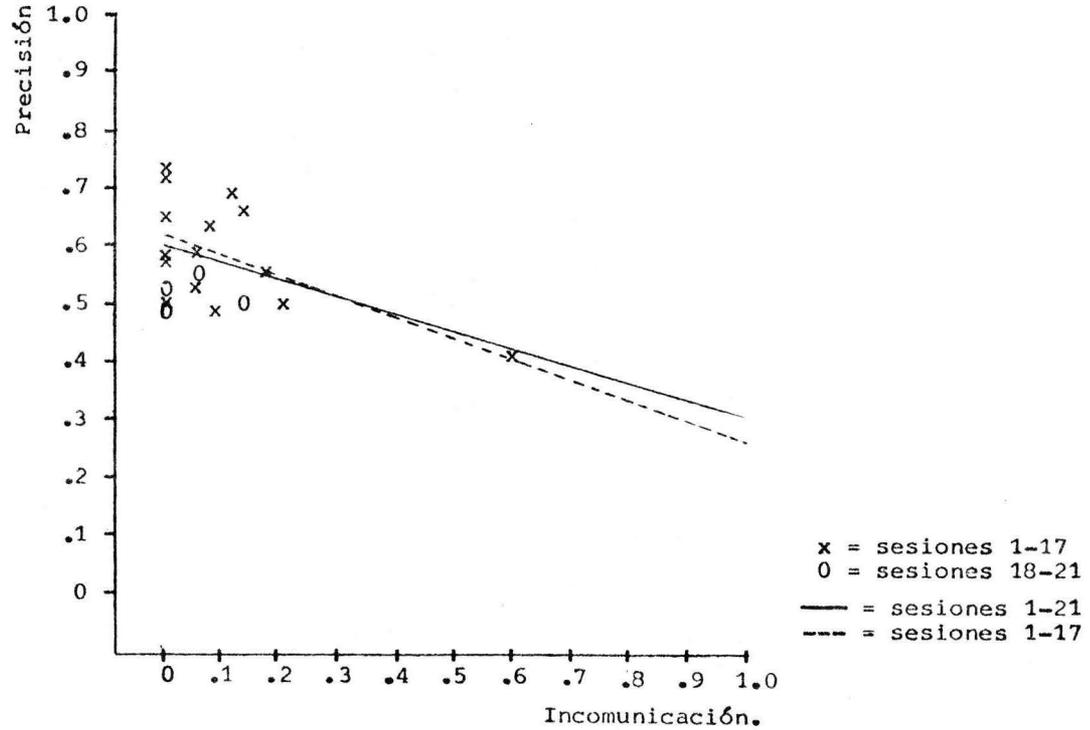
Gráfica 1. Correlación entre los índices - de Incomunicación y precisión de la paciente E1.

E2



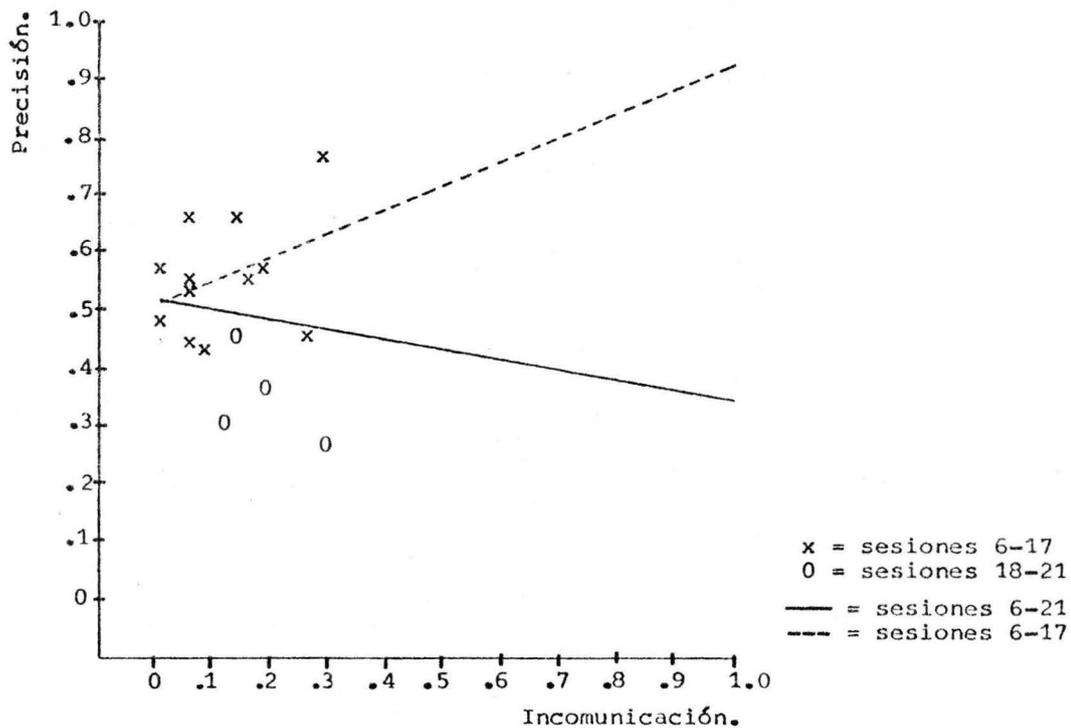
Gráfica 2. Correlación entre los índices - de incomunicación y precisión de la paciente E2.

E3



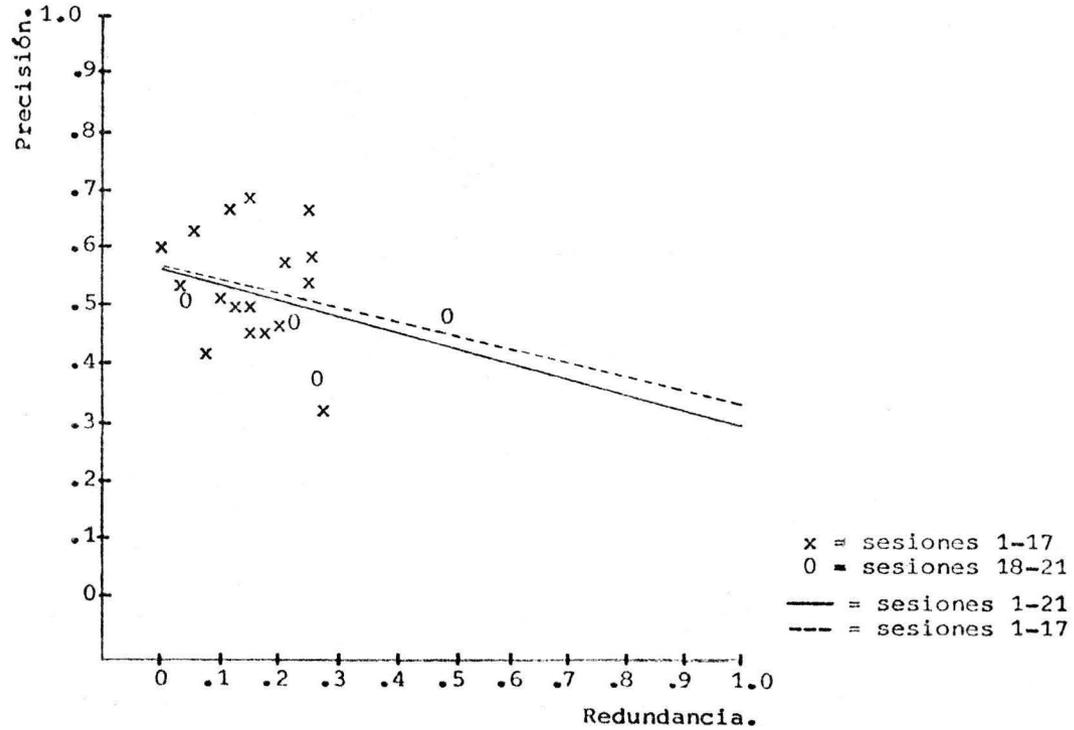
Gráfica 3. Correlación entre los índices de incomunicación y precisión de la paciente E3.

E4



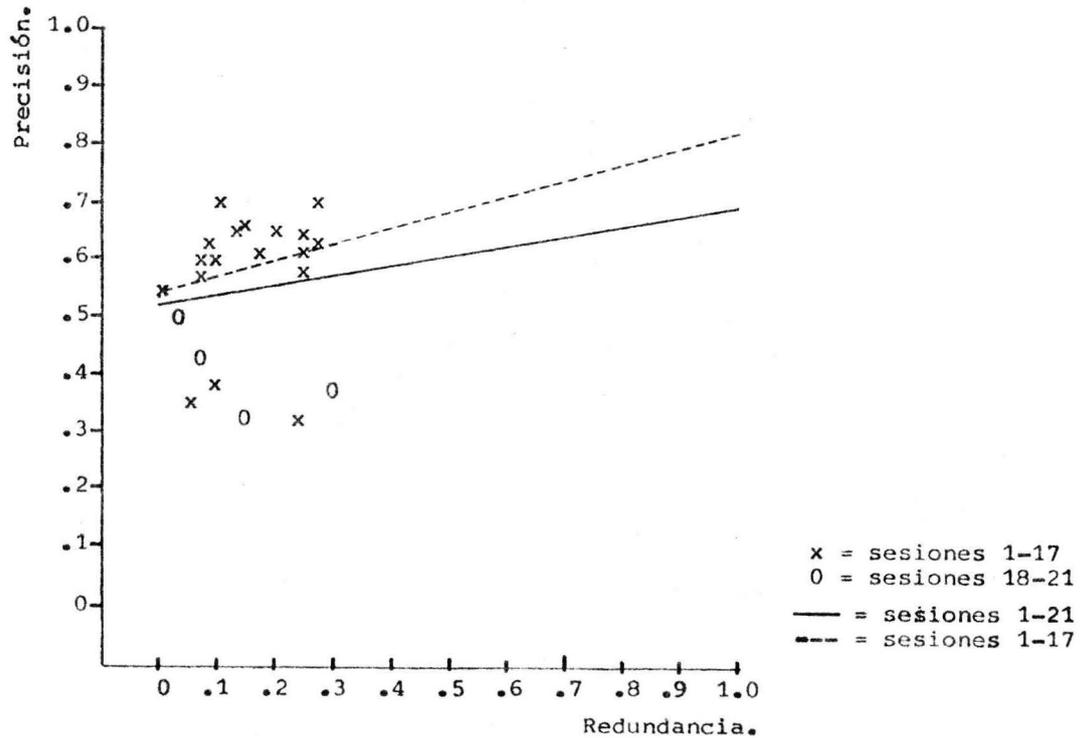
Gráfica 4. Correlación entre los índices - de incomunicación y precisión de la paciente E4.

E1

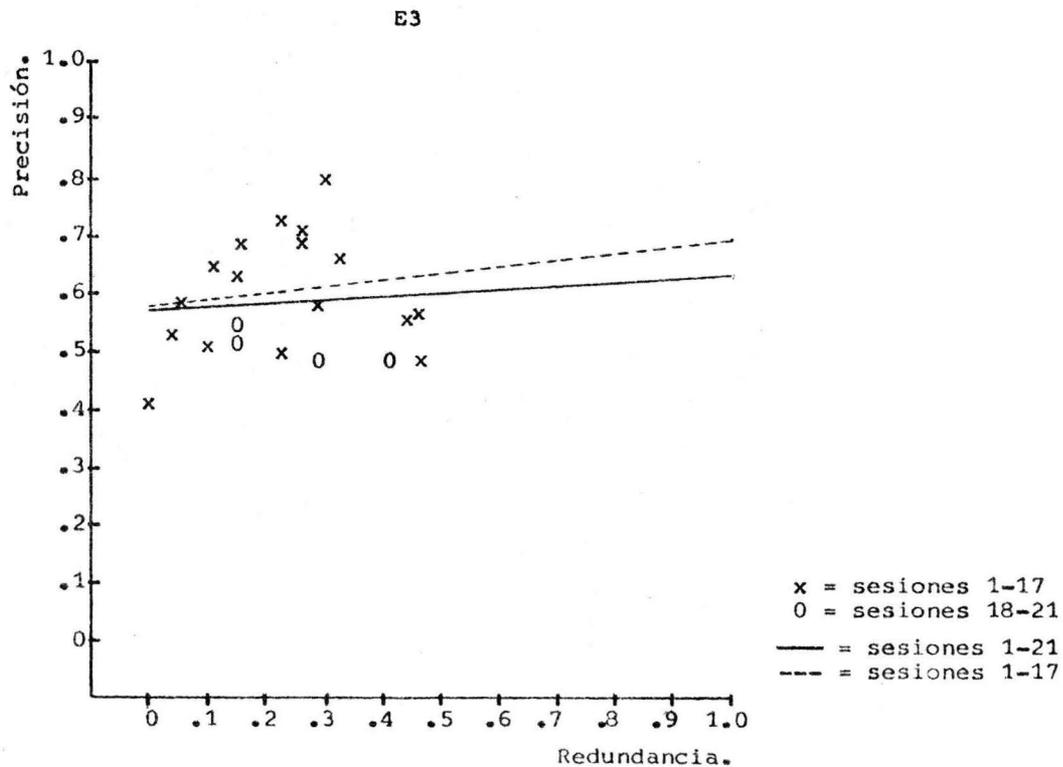


Gráfica 5. Correlación entre los índices - de redundancia y precisión de la paciente E1.

E2

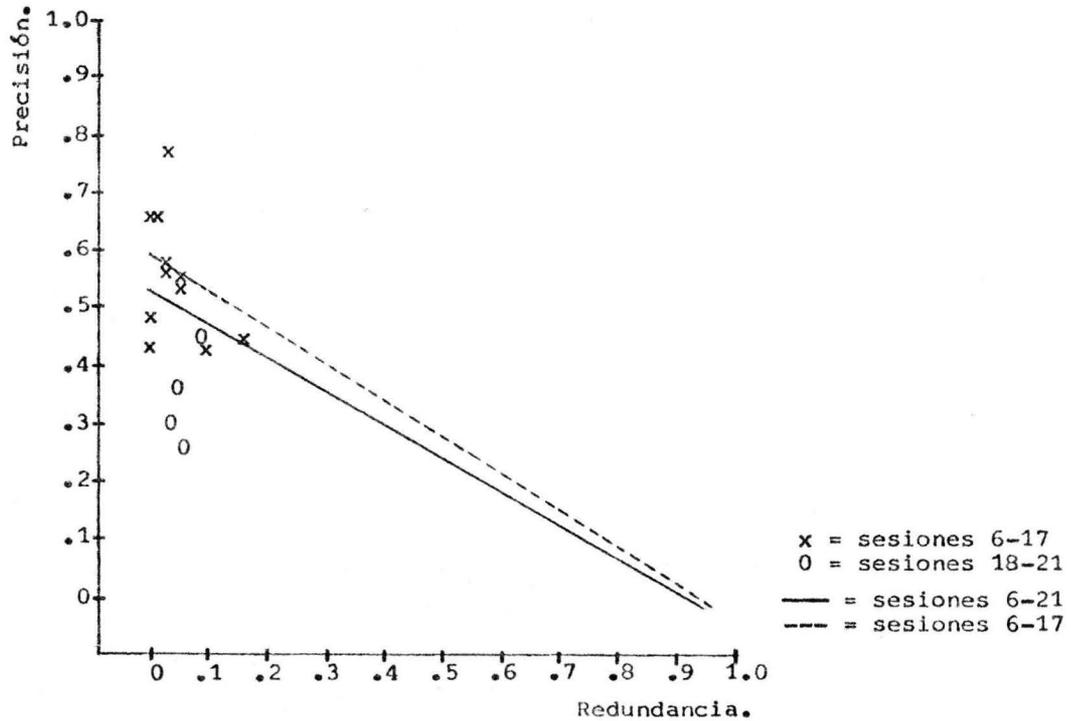


Gráfica 6. Correlación entre los índices - de redundancia y precisión de la paciente E2.

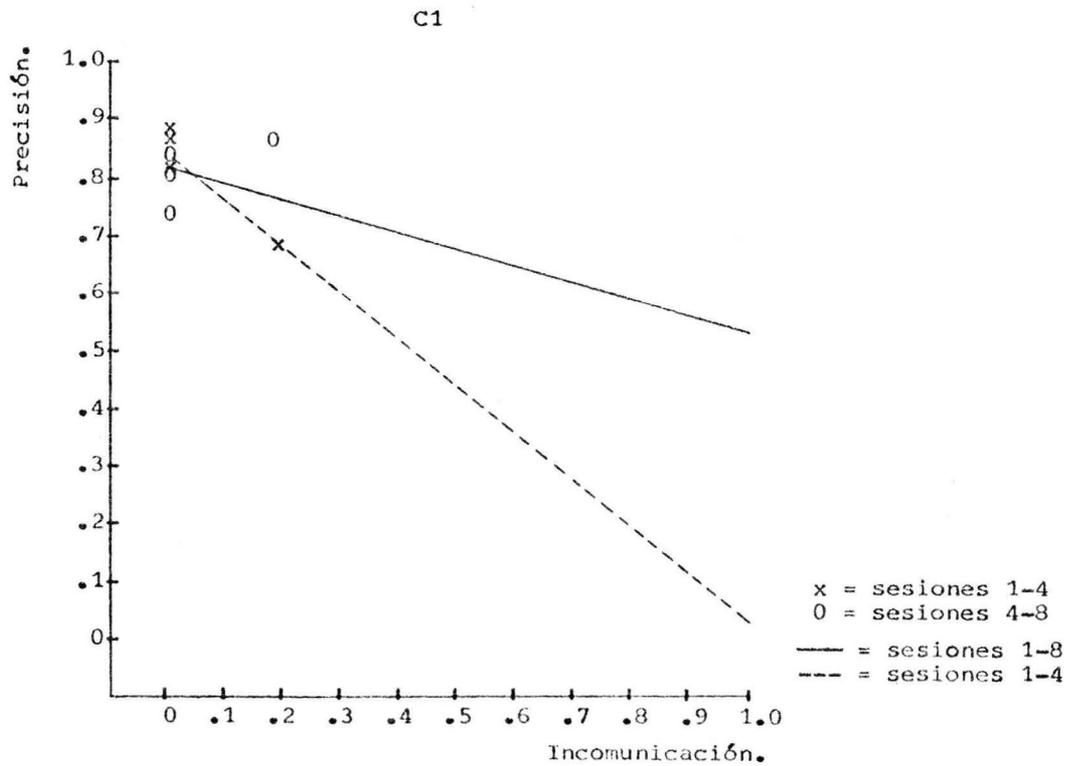


Gráfica 7. Correlación entre los índices de redundancia y precisión de la paciente E3.

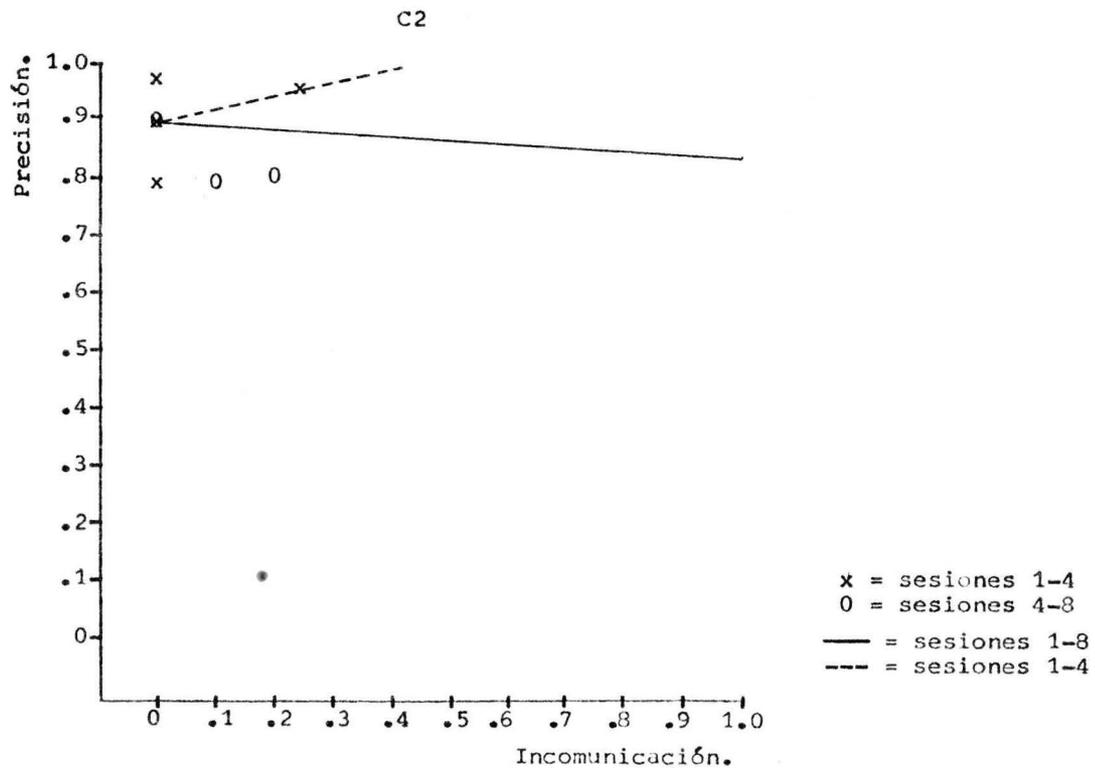
E4



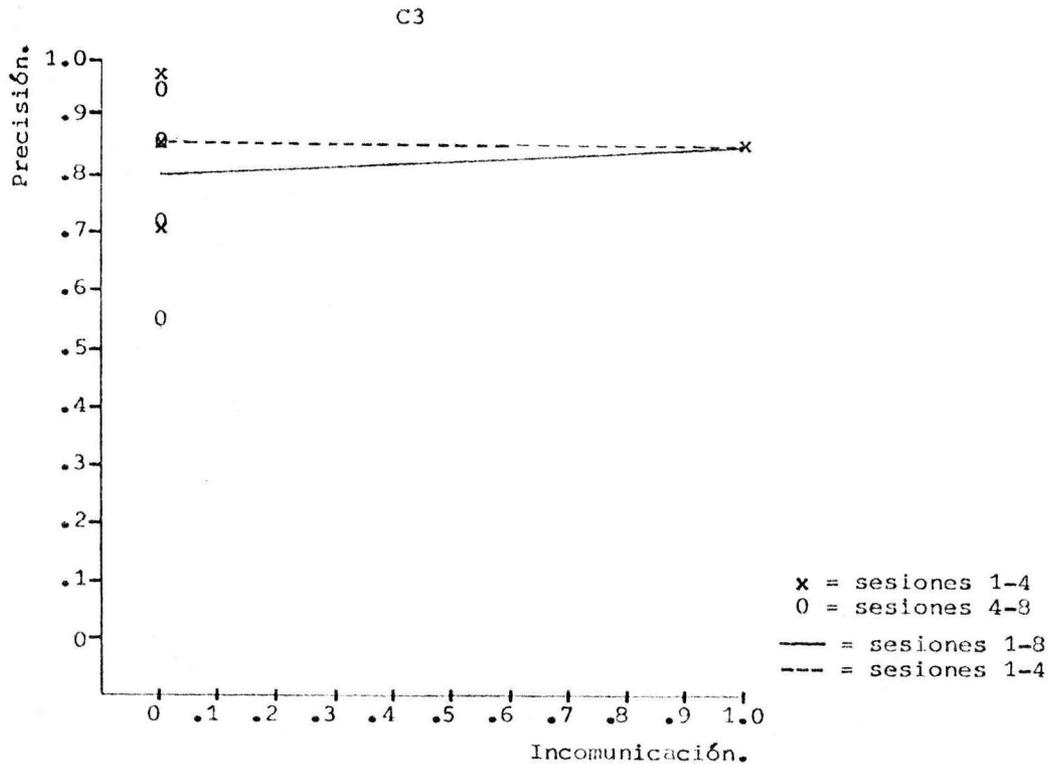
Gráfica 8. Correlación entre los índices de redundancia y precisión de la paciente E4.



Gráfica 9. Correlación entre los índices de incomunicación y precisión del sujeto C1

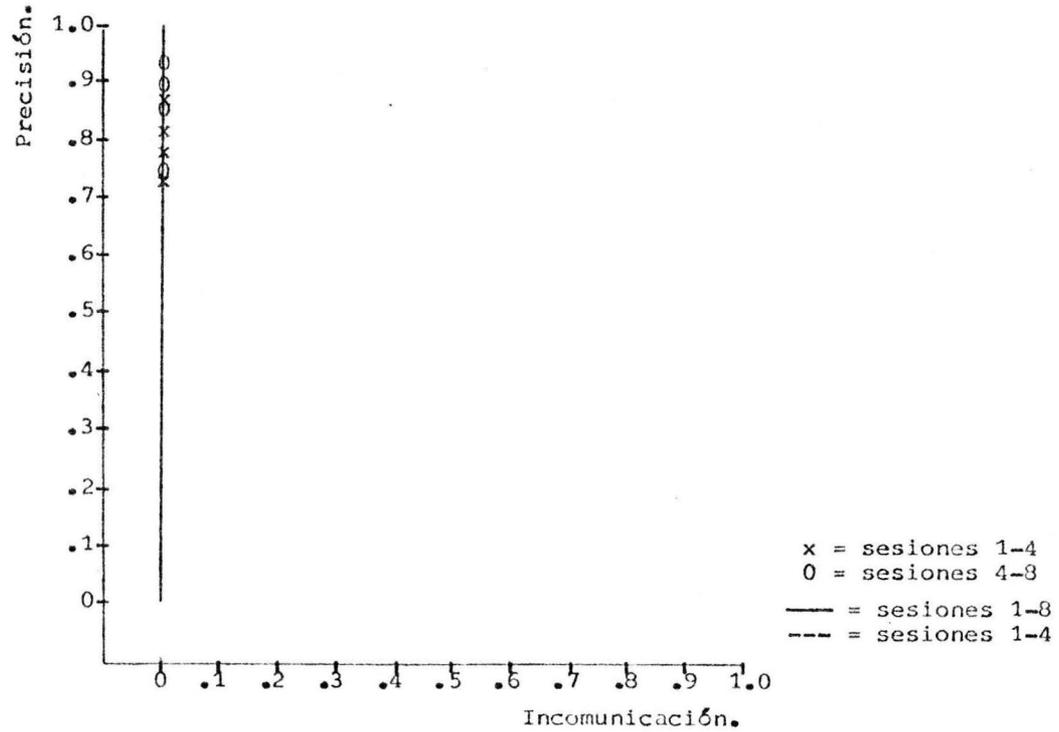


Gráfica 10. Correlación entre los índices de incomunicación y precisión del sujeto C2.

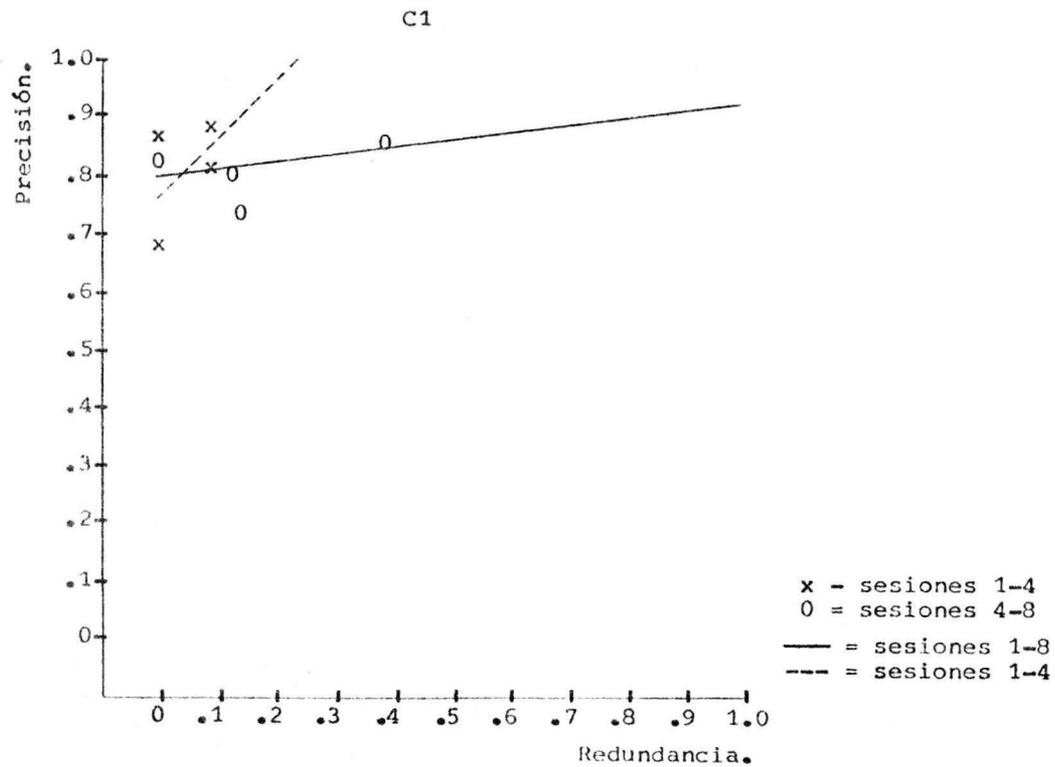


Gráfica 11. Correlación entre los índices de incomunicación y precisión del sujeto C3.

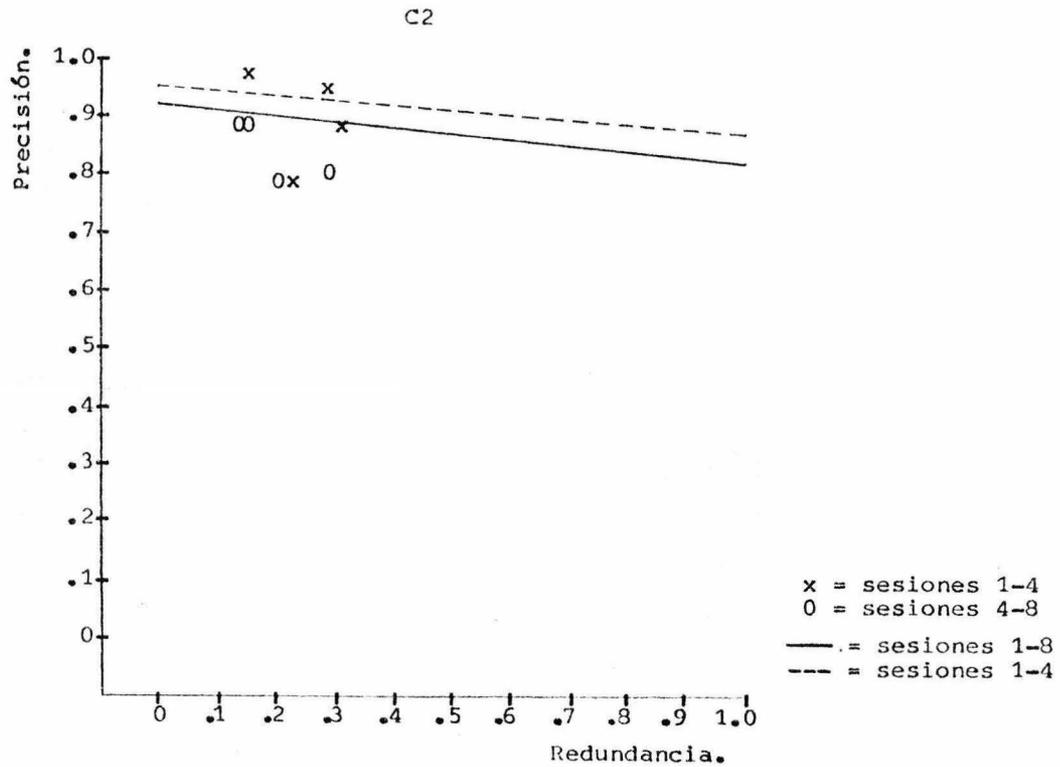
C4



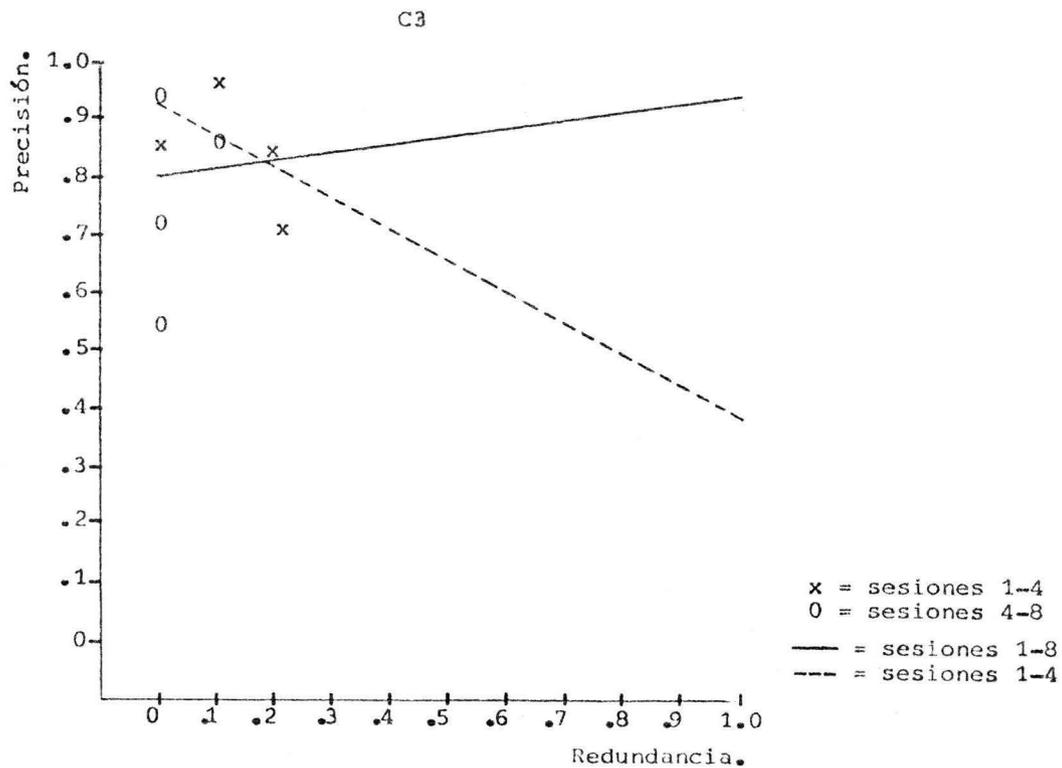
Gráfica 12. Correlación entre los índices de incomunicación y precisión del sujeto C4.



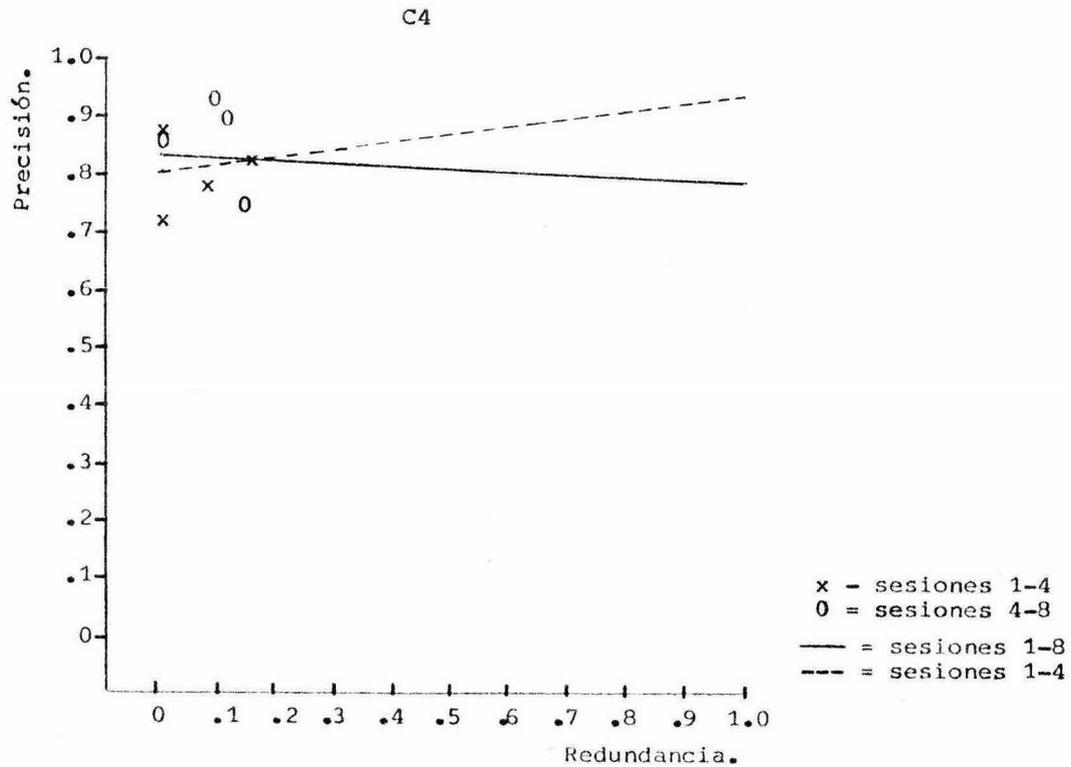
Gráfica 13. Correlación entre los índices de redundancia y precisión del sujeto C1.



Gráfica 14. Correlación entre los índices de redundancia y precisión del sujeto C2.



Gráfica 15. Correlación entre los índices de redundancia y precisión del sujeto C3.



Gráfica 16. Correlación entre los índices de redundancia y precisión del sujeto C4.

REFERENCIAS.

- Aguillón, J.A. (1985). Esquizofrenia. Ensayo elaborado en la maestría de farmacología conductual. México: ENEP Iztacala.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM III). - 3a.ed. Washington, D.C. American Psychiatric Association.
- Andreasen, N.C. (1979a). Thought, language, and communication disorders I.- Clinical assessment, definition of terms, and reliability. Archives of general psychiatry, 36, 1315-1323.
- Andreasen, N.C. (1979b). Thought, language, and communication disorders II.- diagnostic significance. - Archives of general psychiatry, 36, 1325-1330.
- Andreasen, N.C. (1980). Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). Iowa: - The University of Iowa. (disponible si se solicita).
- Arámbula, C.J. (1985). Algunos elementos psicodinámicos en la esquizofrenia. Tesina presentada para obtener la licenciatura en Psicología. México: Universidad Iberoamericana.
- Asher, S.R. (1979). Referential communication. En: Whitehurst, G.J. The functions of language and cognition. New York: Academic press. cap. 7.
- Baldessarini, R.J. (1981). La quimioterapia en psiquiatría México: Fondo de cultura económica.
- Bannister, D. (1968). The logical requirements of research into schizophrenia. The british journal of psychiatry, 14, 181-188.
- Bannister, D. (1971). Schizophrenia: carnival mirror of coherence. Psychology Today, Enero.

- Bannister, D. (1982). Is there a schizophrenic condition?
En: Schwartz, S. Is there a schizophrenic language?
The behavioral and brain sciences, 5, 579-626.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1956).
Toward a theory of schizophrenia. Behavioral science,
1, 251-264.
- Blakar, R.M. (1980). Psychopathology and familial communication.
En: Brenner, M. (ed.) The structure of action.
Oxford: Basil Blackwell, pp. 211-263.
- Blakar, R.M. y Nafstad, H.E. (1982). The family: a social-
developmental framework for the understanding of -
psychopathology and deviant behavior. Psychiatry and
social science, 2, 23-34.
- Blakar, R.M. y Vladimarsdottir, A. (1981). Schizophrenia
and communication efficiency: a series of studies -
taking ecological variation into consideration. -
Psychiatry and social science, 1, 43-52.
- Bleuler, E. (1960). Demencia precoz o el grupo de las -
esquizofrenias. Buenos Aires: Hormé editores.
- Broga, M.I. y Neufeld, R.W.J. (1977). Dimensions of think
ing among process and reactive schizophrenics. -
The psychological record, 2, 265-277.
- Brown, R. (1958). Progressions and pathologies. En: Brown,
R. Words and things. cap. 8.
- Brown, R. (1973). Schizophrenia, language, and reality. -
American psychologist, Mayo, 395-403.
- Carpenter, W.T., Strauss, J.S. y Bartko, J. (1981). Beyond
diagnosis: the phenomenology of schizophrenia. -
American journal of psychiatry, 138, 948-953.
- Chaika, E. (1981). How shall a discourse be understood?
Discourse processes, 4, 71-88.
- Cohen, B.D., Nachmani, G. y Rosenberg, S. (1974). Referent
communication disturbances in acute schizophrenia. -
Journal of abnormal psychology, 83, 1-13.

- Cohen, B.D. (1978). Referent communication disturbances in schizophrenia. En: Schwartz, S. Language and cognition in schizophrenia. New Jersey: Lawrence - Erlbaum Associates. cap. 1.
- Colby, K.M. (1982). Psychiatric diagnosis: a double taxonomic swamp. En: Schwartz, S. Is there a schizophrenic language?. The behavioral and brain sciences, - 5, 579-626.
- Colby, K.M. (en prensa). The fundamental crisis of psychiatry: unreliability of diagnosis. Indianapolis: Charles C. Thomas (Ed.).
- Cooper, D. (1976). Psiquiatría y anti-psiquiatría. - Buenos Aires: Locus hypocampus.
- Dingemans, P., Space, L. y Cromwell, R.L. (1983). How general is the inconsistency in schizophrenic behavior?. En: Dingemans, P., Space, L. y Cromwell, R.L. Applications of personal construct theory. - Canada: Academic Press. cap. 18.
- Eysenck, H.J. (1960). Handbook of abnormal psychology. New York: Basic books.
- Faber, R. y Reichstein, M.B. (1981). Language dysfunction in schizophrenia. British journal of psychology, 139, 519-522.
- Gómez, J., Moctezuma, M. y Ribes, E. (1981). Algunas relaciones entre la conducta verbal del terapeuta y la conducta sintomática del paciente en una situación de entrevista psiquiátrica. Memorias del II congreso Mexicano de análisis de la conducta.
- Hemsley, D. (1982). Cognitive impairment in schizophrenia. En: A. Burton (ed.) The pathology and psychology of cognition. London: Melhiren. cap. 7.
- Hemsley, D. (1984). Psychological treatment of schizophrenia. En: Lindsay, S. y Powell, G. (eds.) A handbook of clinical psychology. London: Gower.

- Hemsley, D. (1984a). Psychological assessment of schizophrenia. En: Lindsay, S. y Powell, G. (eds.). A handbook of clinical psychology. London: Gower.
- Hermosillo, A. (1984). Análisis de los procesos referenciales en el esquizofrénico y su alteración como procedimiento terapéutico. Tesis presentada para obtener la licenciatura en Psicología. México: ENEP Iztacala.
- Hersen, F.H. y Barlow, D.H. (1977). Single case experimental designs: strategies for studying behavior change. New York: Pergamon press. cap.7.
- Hoffman, R., KIRSTEIN, L., STOPEK, S. y CICCHETTI, D. (1982). Apprehending schizophrenic discourse: a structural analysis of the listener's task. Brain and language, 15, 207-233.
- Hospital Psiquiátrico de La Habana (1981). Glosario de semiología y sindromología psiquiátrica. La Habana: Empresa Poligráfica del Ministerio Nacional de Salud Pública.
- Kantor, J.R. (1936). An objective psychology of grammar. Bloomington: Indiana University publication science series.
- Kantor, J.R. (1979). Psychological linguistics. Chicago: Principia Press.
- Kantorowitz, D. y Cohen, B.D. (1977). Referent communication in chronic schizophrenia. Journal of abnormal psychology, 86, 1-19.
- Kay, S.R. y Singh, M.A. (1975a). A developmental approach to delineate components of cognitive dysfunction in schizophrenia. British journal of social and clinical psychology, 14, 387-399.
- Kay, S.R., Singh, M.A. y Smith, J. (1975b). Colour form-representation test: a developmental method for the study of cognition in schizophrenia. British journal of social and clinical psychology, 14, 401-411.

- Kay, S.R. y Singh, M.A. (1979b). Cognitive abnormality - in schizophrenia: a dual-process model. Biological psychiatry, 14, 155-176.
- Knight, R.A. (1983). Converging models of cognitive deficit in schizophrenia. Nebraska symposium on motivation.
- Kolb, L.C. (1969). Psicosis esquizofrénicas. En: Kolb, - L.C. Psiquiatría clínica moderna. México: La prensa médica mexicana. cap. 21.
- Laing, R.D. (1967). Sanity, madness, and the family. Vol I. Families of schizophrenics. New York: Basic books.
- Lidz, T. y Fleck, S. (1960). Schizophrenia, human integra- tion, and the role of the family. En: Jackson, D. - The etiology of schizophrenia. New York: Basic books.
- Mancuso, J.C., Sarbin, T.R. y Heerdt, W.A. (1982). Schizo- phrenic language: an ephemeron hiding an ephemeron. En: Schwartz, S. Is there a schizophrenic language? The behavioral and brain sciences, 5, 579-626.
- Manschreck, T.C., Maher, B.A. y Ader, D.N. (1981). Formal thought disorder, the type-token ratio and disturbed voluntary motor movement in schizophrenia. British - journal of psychiatry, 139, 7-15.
- Meehl, P.E. (1974). Esquizotaxia, esquizotimia, esquizofre- nia. En: Millon, T. Psicopatología y personalidad. - México: Ed. Interamericana, pp. 418-429.
- Mossige, S., Pettersen, R.B. y Blakar, R.M. (1979). Egocen- trism and inefficiency in the communication of fami- lies containing schizophrenic members. Family Process, 18, 405-425.
- Nathan, P.E. y Harris, S.L. (1983). Psicopatología y so- ciedad. México: Trillas. caps. 6 y 7.
- Neuringer, Ch., Kaplan, H.A. y Goldstein, G. (1974). - Schizophrenic avoidance of strong meaning associa- tions to emotional words. The journal of genetic - psychology, 124, 123-129.

- Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984). Information - processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. - Schizophrenia Bulletin, 10, 160-203.
- Oltmanns, T.F. (1982). The effect of distraction on sensitivity to syntactic structure in schizophrenic - and affective disorders. British journal of clinical psychology, 21, 191-198.
- Pogue-Gueille, M.F. y Oltmanns, T.F. (1980). Sentence - perception and distractibility in schizophrenic, - manic, and depressed patients. Journal of abnormal psychology, 89, 115-124.
- Polyakov, U.F. (1973). The experimental investigation of cognitive functioning in schizophrenia. En: Maltzman, Z. y Cole, M. Handbook of soviet psychology. cap. 21.
- Resnick, H.F. y Oltmanns, T.F. (1984). Hesitation patterns in the speech of thought-disordered schizophrenic, - and manic patients. Journal of abnormal psychology, 93, 80-86.
- Ribes, E. (1982). Language and symbolic behavior as - contingency-substitutional processes. En: Harzem, P. y Ribes, E. (prs.) Language as human behavior. London: Wiley.
- Ribes, E. (1982a). Esquizofrenia y lenguaje. Información científica y tecnológica (CONACYT), 4, 40-42.
- Ribes, E. y López, F. (1985). Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico. México: Trillas.
- Rutter, D.R. (1979). The reconstruction of schizophrenic speech. British journal of psychiatry, 134, 356-359.
- Rutter, D.R. (1980). The reconstruction of schizophrenic speech. B.P.S. Annual London conference (Diciembre).
- Rutter, D.R. (1981a). Language and schizophrenia: a review. B.P.S. Social Psychology section. Annual conference, Oxford (Septiembre).

- Rutter, D.R. (1981b). Language in schizophrenia: the structure of conversations. B.P.S. Annual London conference (Diciembre).
- Rutter, D.R. (1982). Language in schizophrenia: a social-psychological perspective. En: Schwartz, S. Is there a schizophrenic language?. The behavioral and brain sciences, 5, 579-626.
- Salzinger, K. (1978). Communicability deficit in schizophrenia resulting from a more general deficit. En: Schwartz, S. Language and cognition in schizophrenia. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. cap. 2.
- Sarbin, T.R. y Mancuso, J.C. (1980). Schizophrenia: medical diagnosis or moral verdict?. New York: Pergamon press.
- Schwartz, S. (1978). Do schizophrenics give rare word associations?. Schizophrenia bulletin, 4, 248-251.
- Schwartz, S. (1982). Is there a schizophrenic language?. The behavioral and brain sciences, 5, 579-626.
- Sims-Knight, J.E. y Petchers-Cassel, M. (1977). Overinclusion, broad scanning, and picture recognition in schizophrenics. Journal of clinical psychology, 33, 635-642.
- Smith, E.E. (1970). Associative and editing processes in schizophrenic communication. Journal of abnormal psychology, 75, 182-186.
- Solvberg, H.A. y Blaker, R.M. (1975). Communication efficiency in couples with and without a schizophrenic offspring. Family processes, 14, 515-534.
- Vigotsky, L.S. (1977). Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires: Pléyade.

NOTAS.

- 1.- Es curioso que la mayoría de los autores coinciden en que "según la opinión de Kraepelin" todos los pacientes con demencia precoz comparten un deterioro progresivo inevitable de temprano inicio. El mismo Bleuler aclaró: "Una de las objeciones más comunes es que...no siempre nos vemos frente a una demencia y que no siempre es precoz. Considerando la clara definición que hizo Kraepelin del concepto, una objeción como ésta debe ser calificada de grosera mala interpretación." (Bleuler, 1960, p.297).
- 2.- La palabra "formal" alude a la distinción hecha por Bleuler entre síntomas "fundamentales" y síntomas "accesorios". Los primeros se refieren a las alteraciones en la forma del pensamiento y los segundos a las alteraciones en su contenido (Andreasen, 1979a).
- 3.- De hecho se trata de una tautología: se infiere el desorden del pensamiento de la presencia de habla desorganizada y ésta se explica como producto del desorden del pensamiento (Schwartz, 1982), aunque el problema no es tanto la tautología como sus términos.
- 4.- "Las etapas de procesamiento no son directamente observables y su existencia debe inferirse de la ejecución de tareas y operaciones. Inherente al enfoque es la necesidad de una selectividad dentro del sistema y la atención puede ser vista como el principal proceso de control del paso de la información a través del sistema" (Hemsley, 1982, p. 172).
- 5.- Más aún: se ha sugerido que no hay necesidad de estudiar una variable "intermediaria y elusiva" a la que se ha llamado "esquizofrenia", para explicar las alteraciones del discurso (Mancuso y cols. en Schwartz, 1982, p. 607).

- 6.- Incluso la sola presencia de un escucha a quién dirigir la descripción parece afectar notablemente la conducta del hablante: en un estudio piloto realizado con otras cuatro pacientes esquizofrénicas y los mismos estímulos empleados en la fase de generalización, se pidió a cada sujeto "di lo que hay en la tarjeta", sin que hubiera otra persona además del experimentador. Las descripciones de 3 de las pacientes incluyeron siempre elementos temáticos y/o no contenidos, algo muy raro entre los sujetos del grupo E.
- 7.- Solvberg y Blakar (1975) analizaron en términos similares una tarea de comunicación entre padres de esquizofrénicos y sus observaciones son muy cercanas a la noción de interacción comunicativa (hablada) que hemos delineado: rigidez en las estrategias de explicación, poca habilidad y/o disposición para tomar en cuenta lo que el otro dijo y, en general, incapacidad para apreciar las situaciones desde el punto de vista del otro. Si bien todavía se discute el papel de las interacciones familiares en la génesis de la esquizofrenia, creemos que debe haber un fuerte vínculo entre ambas.
- 8.- El contenido de esos extractos es muy similar al de las descripciones hechas por las pacientes del estudio piloto citado en (6).
- 9.- Nótese en un principio que "relevante" e "irrelevante" se refieren a respuestas esperadas conforme a criterios normativos -generales o particulares-, y se podrá tener idea de lo que implica responder a lo "irrelevante".
- 10.- Incluso parece posible que esos aspectos comunes sean modificados por medios lingüísticos, como se muestra en el reporte de Meichenbaum y Cameron descrito en la p.36.

- 11.- Una clasificación similar fue propuesta por Solvberg y Blakar (1975): "...las expresiones se clasificaron como activas (iniciadas por el sujeto) o pasivas (en respuesta a un acto del otro)...Las expresiones activas fueron divididas en directivas, preguntas y comentarios, y éstos últimos en relevantes o irrelevantes (respecto a la solución del problema). Finalmente, las emisiones reactivas fueron clasificadas como adecuadas o inadecuadas (respecto a la emisión antecedente)." (pp. 435-436).
- 12.- Es común señalar que un problema de comunicación se da cuando el hablante no sigue el conjunto de reglas que convencionalmente se usan para facilitar el entendimiento a un escucha, pero no se ha planteado que los escuchas sean elementos activos y que su conducta permite, digamos, guiar o suplementar la aplicación de las reglas que el hablante omite, ni que aunque un hablante emplee correctamente esas reglas, si el escucha no es capaz de alterar su propia conducta en conformidad con la del otro también se dará un problema de comunicación.
- 13.- En la presente tarea hubo tres variantes en los referentes: "objetos", "estados" y "acciones". Un análisis posterior puede dedicarse a cómo respondieron los sujetos ante cada caso.
- 14.- Sin embargo, una persona viviendo en el ambiente de un hospital psiquiátrico puede muy bien comenzar a actuar como paciente: darse cuenta de que hay muy poco incentivo para arreglarse, cumplir con los modales, asearse, etc. Cabe preguntarse en qué grado varias características del cuadro que se describe como "esquizofrenia" están determinadas por las condiciones sociales impuestas a los pacientes hospitalizados.

A N E X O I.

Criterios del DSM-III relativos al diagnóstico de -
esquizofrenia. No se incluyen los criterios concernientes
a "síndrome maniaco depresivo" que se refieren en el -
apartado D.

A.- Uno de los siguientes síntomas, como mínimo, durante
alguna de las fases de la enfermedad:

- 1.- Ideas delirantes extrañas (contenido claramente
absurdo y sin fundamento): creerse controlado; -
difusión, imposición o robo del pensamiento.
- 2.- Ideas delirantes somáticas, de grandeza, religio
sas, nihilistas u otras ideas delirantes sin con
tenido de persecución o de celos.
- 3.- Ideas delirantes persecutorias o celotípicas si
se acompañan de cualquier tipo de alucinaciones.
- 4.- Alucinaciones auditivas en las que las voces -
comentan los pensamientos o la conducta del su
jeto, o las voces conversan entre sí.
- 5.- Alucinaciones auditivas que en ocasiones contie
nen más de una o de dos palabras, sin relación -
con la depresión o euforia.
- 6.- Incoherencia, notable pérdida de la capacidad -
asociativa, pensamiento ilógico notable, notable
pobreza en el contenido del lenguaje si se acom
pañía de los siguientes síntomas:
 - Afectividad embotada
 - Ideas delirantes o alucinaciones.
 - Conducta catatónica o grávemente desorga
nizada.

B.- Deterioro del nivel previo de actividad laboral, de
las relaciones sociales y del cuidado personal.

C.- Duración: signos continuos de enfermedad durante seis meses como mínimo a lo largo de la vida del paciente, con algunos signos de enfermedad en la actualidad. El período de seis meses debe incluir una fase activa durante la cual se presenten síntomas del criterio A, con o sin fase prodrómica o residual, tal como se define en seguida:

- Fase prodrómica: claro deterioro de la actividad antes de la fase activa de la enfermedad, no debido a alteración del estado de ánimo via un trastorno por uso de sustancias tóxicas y que, como mínimo, comprenda dos de los síntomas señalados más adelante.
- Fase residual: después de la fase activa de la enfermedad persisten como mínimo dos de los síntomas señalados más adelante, no debidos a la alteración del estado de ánimo o a trastornos por uso de sustancias tóxicas.

Síntomas prodrómicos o residuales.

- 1.- aislamiento o retraimiento social,
- 2.- notable deterioro en actividades laborales, de estudio o domésticas;
- 3.- conducta peculiar llamativa, por ejemplo: coleccionar basura, hablar solo en público o acumular comida;
- 4.- Notable deterioro en el aseo e higiene personal;
- 5.- afectividad embotada, inapropiada o aplanada;
- 6.- lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado, detallado o metafórico.
- 7.- ideación extraña o rara, o pensamiento mágico; por ejemplo: superstición, clarividencia, telepatía, "sexto sentido", contagio a otros de los propios pensamientos, ideas autorreferenciales.
- 8.- Experiencias perceptivas inhabituales: ilusiones repetidas, sentir la presencia de una fuerza o persona ausente.

- D.- Presencia de un síndrome maniaco o depresivo - completo (criterios A y B de la sección relativa a síndrome maniaco-depresivo), aparecido tras - síntomas psicóticos o de duración más breve que los señalados en el criterio A.
- E.- Inicio de la fase prodrómica o de la fase activa antes de los 45 años.
- F.- Todo ello no debido a un trastorno mental orgánico o a retraso mental.

A N E X O I I.

Programa para la elaboración de hojas de registro con la secuencia aleatoria de sujetos, grupos y - tarjetas para describir.

```

1Ø DIM A (12) : P = 1 : FOR X = 1 TO 12
2Ø A(X) = RND(12) : FOR Z = Ø TO X-1 : IF A(X) = A(Z)
  THEN 2Ø
3Ø NEXT Z, X : CLS : PRINT "Aliste impresor. La secu
  encia de grupos es:" : FOR X = 1 TO 12 : PRINT
  A(X);:NEXT X
4Ø POKE 16427, 115 : REM 115 es el # de caract's a
  imprimir.
5Ø LPRINT"Fecha.....";"Sujeto.....";"Fase.....
  .....",:FOR X = 1 TO 12:LPRINT A(X);:NEXTX:LPRINT:
  LPRINT
6Ø LPRINT"Figura";TAB(8)"Veces/Sujeto"TAB(22)"Forma
  de referenciar";TAB(96)"1"TAB(1ØØ)"2"TAB(1Ø4)"3"
  TAB(108)"4"
7Ø FOR W = 1 TO 12:FOR N = Ø TO 11Ø:LPRINT".":NEXT N:
  LPRINT" "
8Ø IF P = 9 THEN STOP
9Ø IF P = 9 THEN FOR X = 1 TO 11Ø:LPRINT".":NEXT X:
  LPRINT" "
1ØØ FOR H = 1 TO 4:IF H = 3 THEN LPRINT A(W);RND(3);
11Ø LPRINT TAB(8)":"TAB(19)":"TAB(94)":"TAB(98)":"
  TAB(1Ø2)":"TAB(1Ø6)":"TAB(11Ø)":"
12Ø NEXT H
13Ø P = P+1:IF W=12 THEN W=Ø:GOTO 15Ø
14Ø NEXT W
15Ø CLEAR:DIM A(12): P=1:FOR X = 1 TO 12
16Ø A(X) = RND(12):FOR Z = Ø TO X-1:IFA(X) = A(Z) THEN 16Ø
17Ø NEXT Z, X
18Ø P=5 : GOTO 7Ø
19Ø REM ----SECUENCIA DE SUJETOS----
2ØØ POKE 16427,68:DIM S(4):FOR X = 1 TO 4
21Ø S(X) = RND(4):FOR Y = Ø TO X-1:IF S(X) = S(Y) THEN 21Ø
22Ø NEXT Y, X:FOR X = 1 TO 4 : LPRINT S(X);:NEXTX
23Ø CLEAR:GOTO 2ØØ
  
```