



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES "ALFONSO VÉLEZ PLIEGO"

LA PRIMERA PERSONA EN EL LENGUAJE ESQUIZOFRÉNICO

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO
EN:
CIENCIAS DEL LENGUAJE**

**PRESENTA:
JOSÉ ROBERTO MARTÍNEZ BERMEO**

**DIRECTOR:
DR. JOSÉ MARCOS ORTEGA**
**ASESORES:
DRA. ALICIA FIGUEROA BARRA
DRA. JOSÉ JORGE GÓMEZ IZQUIERDO**



"ALFONSO VÉLEZ PLIEGO"

DICIEMBRE 2023

Contenido

<i>Introducción</i>	6
<i>1. Antecedentes: tres aproximaciones al estudio de la esquizofrenia</i>	7
1.1 Perspectiva Filosófica: La patología de lo normal y la invención del loco.....	8
1.1.1 La historia de la locura en la antigüedad y en la época clásica.....	12
1.1.2 La psiquiatría como ciencia y la locura como objeto de estudio.....	20
1.1.3 El nacimiento de la esquizofrenia y el lenguaje esquizofrénico: la locura como enfermedad mental reconocida.....	29
1.1.4 Alternativas a la psiquiatría moderna.....	40
1.2 Perspectiva psiquiátrica: límites y alcances del estudio moderno de la esquizofrenia y el lenguaje esquizofrénico	47
1.2.1 La regresión primitiva del lenguaje y del pensamiento esquizofrénico.....	60
1.2.2 La pérdida de las “aptitudes abstractas”.....	61
1.2.3 La <i>overinclusion</i> y la teoría de la interferencia	62
1.2.4 Alteraciones a nivel cognitivo y cerebral	65
1.2.5 Análisis de contenido.....	71
1.2.6 Estudios formales y estructuralistas.....	75
1.2.7 Estudios sobre alteración asociativa.....	80
1.2.8 Estudios sobre la estructura de la oración y la referencialidad.....	87
1.2.9 Estudios sobre el discurso esquizofrénico	93
1.2.10 Estudios computacionales	97
1.3 Perspectiva lingüística: Estudios lingüísticos que han tratado el fenómeno del “yo” ...	101
1.3.1 Estudios sobre el “yo” en el lenguaje esquizofrénico	102
1.4 Descripción y profundización de los conceptos y elementos clave.....	105
1.4.1 ‘Yo’ desde la filosofía del lenguaje.....	105
1.4.2 Funciones gramaticales del pronombre yo.....	110
1.4.3 Marcación	118
1.4.4 Otros conceptos clave relacionados con el pronombre: la oración y el verbo	122
1.4.5 Roles temáticos	125
1.4.6 Delirios del “Yo roto”: autoconciencia, referencia, autorreferencia, imagen corporal y mundos posibles	128
<i>2. Planteamiento del problema</i>	138
<i>3. Objetivos e hipótesis</i>	147
3.1 Objetivos	148
3.2 Hipótesis	151
3.3 Justificación.....	155
<i>4. Metodología</i>	158

4.1 Descripción del corpus	158
4.2 Instrumento: Análisis de la ruptura y el uso del pronombre Yo	163
5. Resultados.....	172
5.1 Organización de resultados y presentación de datos	172
5.2 Análisis de resultados.....	197
5.2.1 Análisis de las Sub-hipótesis filosóficas	198
5.2.2 Análisis de las Sub-hipótesis psiquiátricas	200
5.2.3 Análisis de las Sub-hipótesis lingüísticas.....	205
5.3 Resultados inesperados.....	210
<i>Discusión</i>	<i>215</i>
<i>Conclusión</i>	<i>224</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>228</i>
<i>Apéndice A</i>	<i>237</i>
<i>Apéndice B</i>	<i>239</i>
<i>Apéndice C</i>	<i>240</i>
<i>Apéndice D</i>	<i>241</i>
<i>Apéndice E</i>	<i>241</i>
<i>Apéndice F: Pruebas ANOVA y Tukey</i>	<i>242</i>

Índice de imágenes:

Imagen 1: Testimonios sobre el estigma de la enfermedad.....	46
Imagen 2: Criterios para diagnosticar la esquizofrenia	49
Imagen 3: Ítems y categorías con sus rangos de calificación	51
Imagen 4: Modelos factoriales de la PANSS e ítems que componen cada factor.....	52
Imagen 5: Algunas definiciones de la incoherencia en el lenguaje esquizofrénico	58
Imagen 6: Relación entre teorías y enfoques que estudian la esquizofrenia	69
Imagen 7: Factores que participan en el desarrollo del pensamiento autorreferencial.....	73
Imagen 8: Variables del descarrilamiento asociativo	85
Imagen 9: Diagrama de los procesos referenciales del hablante en una tarea de comunicación.....	92
Imagen 10: Personas gramaticales y sus pronombres	111
Imagen 11: Deixis de persona en relación con un evento de habla.....	114
Imagen 12: Subcategorías derivadas de la fuente de información y la direccionalidad.....	115
Imagen 13: Preferencia de orden en sustantivos congelados	120

Imagen 14: Ejemplo de llenado de instrumento	171
--	-----

Índice de tablas:

Tabla 1: evolución de los estudios sobre el lenguaje esquizofrénico	38
Tabla 2: La auto experiencia mórbida y sus marcas en el lenguaje	43
Tabla 3: Tratamiento Integral para Personas con Esquizofrenia, según Fase de la Enfermedad	54
Tabla 4: Tipos de trastornos del lenguaje en la esquizofrenia.....	57
Tabla 5: Principales teorías que tratan el lenguaje esquizofrénico	59
Tabla 6: Indicadores para el análisis del discurso esquizofrénico.....	89
Tabla 7 Ejemplo de conjugación verbal en los distintos modos en primera persona.....	124
Tabla 8: Tipos de delirios y su contenido.....	130
Tabla 9: Conceptualizaciones sobre el delirio de ruptura del “yo”.....	137
Tabla 10: Resumen de los problemas de investigación	145
Tabla 11: Operacionalización de variables	154
Tabla 12: Inventario de pacientes con esquizofrenia de primer episodio.....	159
Tabla 13: Inventario de pacientes con esquizofrenia crónica.....	160
Tabla 14: Inventario de grupo control.	161
Tabla 15: Preguntas realizadas en las entrevistas	161
Tabla 16: Ruptura y marcación del pronombre Yo	163
Tabla 17: Total de participaciones y oraciones analizadas	173
Tabla 18: Promedios de la prueba PANSS en EPE y ECR	173
Tabla 19: Porcentajes de uso de participaciones de subjetivación institucional, subjetivación personal y auto estigma en pacientes de primer episodio y pacientes crónicos.	174
Tabla 20: Porcentajes de uso de participaciones de Todo Significa, El Mundo en Contra del paciente, Imagen Corporal, Mundos Posibles y Daño Auto Infligido	178
Tabla 21: Porcentajes de uso de participaciones de Alucinaciones Visuales, Alucinaciones Auditivas, Desorden de Pensamientos y Fenómenos lingüísticos.....	179
Tabla 22: Uso de primera persona respecto al total de palabras utilizadas.....	182
Tabla 23: Porcentajes de oraciones usadas referentes al Tipo de Pronombre singular	183
Tabla 24: Porcentajes de oraciones usadas referentes al Tipo de Pronombre plural (Nosotros tácito y Nosotros explícito).....	185
Tabla 25: Porcentaje de oraciones referentes al Uso del Pronombre	187
Tabla 26: Porcentaje de oraciones referentes al Rol temático.....	190
Tabla 27: Porcentaje de oraciones en pasado, presente, futuro y condicional referentes al Comportamiento del verbo	192
Tabla 28: Porcentaje de oraciones en modo indicativo y subjuntivo referentes al Comportamiento del verbo.....	193
Tabla 29: Sub-hipótesis verdaderas de la investigación	196
Tabla 30: Sub-hipótesis filosóficas falsas.....	198
Tabla 31: Subjetivación y auto-estigma en el lenguaje esquizofrénico	198

Tabla 32: Sub-hipótesis psiquiátricas falsas.....	200
Tabla 33: Sub-hipótesis psiquiátricas verdaderas y su relación con la primera persona gramatical	204
Tabla 34: Sub-hipótesis lingüísticas falsas	206
Tabla 36: Diferencia significativa entre grupos	207
Tabla 37: Diferencias en el uso de oraciones en primera persona entre grupos	209
Tabla 38: Diferencia en el uso de “hablar” y “decir” en el lenguaje esquizofrénico	211
Tabla 39: Diferencia en el uso de “tener” y “sentir” en el lenguaje esquizofrénico.....	212
Tabla 40: "Experimentador" con y sin delirio	213

Índice de gráficos.:

Gráfico 1: Resultados de sub-hipótesis filosóficas.....	176
Gráfico 2: Resultados de sub-hipótesis psiquiátricas	180
Gráfico 3: Uso de las distintas formas de la primera persona	182
Gráfico 4: Sub-hipótesis lingüísticas sobre el Tipo de pronombre	186
Gráfico 5: Sub-hipótesis lingüísticas sobre el Uso de pronombre	189
Gráfico 6: Sub-hipótesis lingüísticas sobre el Rol temático	191
Gráfico 7: Comportamiento del verbo.....	195
Gráfico 8: Sub-hipótesis psiquiátricas verdaderas.....	201
Gráfico 9: Promedios de sub-hipótesis lingüísticas verdaderas	207

Introducción

En esta investigación se abordó la existencia y caracterización del "lenguaje esquizofrénico". Se planteó el objetivo de determinar si el uso de oraciones en primera persona refleja la ruptura del "yo" en la esquizofrenia. Para alcanzar este objetivo se pusieron a prueba las siguientes:

- **Hipótesis Filosófica:** Se buscó analizar cómo el discurso del paciente se ve afectado por el entorno y la evolución de la enfermedad.
- **Hipótesis Psiquiátrica:** Se investigó si la ruptura del "yo" se manifestaba en el contenido de las oraciones, relacionada con delirios y alucinaciones.
- **Hipótesis Lingüística:** Se comparó el uso de la primera persona entre grupos de pacientes con esquizofrenia y personas sin patologías.

Los resultados que se obtuvieron tienen implicaciones tanto teóricas como prácticas, en los que resalta la importancia de la lingüística y el estudio de la primera persona gramatical en la comprensión y diagnóstico de trastornos mentales, así como en la detección temprana y el desarrollo de intervenciones terapéuticas más efectivas para pacientes con esquizofrenia.

Este texto está dividido en 7 partes. En la primera se hizo un análisis de las distintas formas en las que se estudia la esquizofrenia desde la filosofía, la psiquiatría y la lingüística para determinar los límites a los que se han enfrentado estas ciencias. Partiendo de estos límites, en la segunda parte se diseñó el problema de investigación que permitió, en la tercera parte, construir los objetivos y las hipótesis con los que se trabajó. En la cuarta parte se construyó la metodología para someter a prueba dichas hipótesis y para alcanzar los objetivos planteados. En la quinta parte se hace una explicación minuciosa de los resultados obtenidos después de que se aplicó la metodología al corpus de investigación. Las últimas dos partes de esta investigación se reservaron para la discusión y la conclusión.

1. Antecedentes: tres aproximaciones al estudio de la esquizofrenia

En este capítulo se hizo un recorrido histórico y teórico sobre la forma en la que 3 distintas perspectivas han estudiado el fenómeno de la esquizofrenia. Se inició con la perspectiva histórica filosófica que indica los límites médicos y científicos en el estudio de las enfermedades mentales y cómo el concepto de normal tiene un gran peso sobre estos límites. También se señaló el momento en el que nace la psiquiatría y cómo esta disciplina construyó el conocimiento sobre el enfermo mental en la época clásica. De ahí se expuso la evolución sobre el entendimiento de la locura, ahora esquizofrenia, en la modernidad. Con estos datos se empezó a formular la hipótesis de que el discurso del psiquiatra y de la sociedad condicionan al del paciente y que este condicionamiento se ve reflejado en el tema de su discurso.

En el siguiente apartado se abordó la segunda perspectiva, la psiquiátrica. En este se exponen las teorías y estudios empíricos con los que se ha investigado el lenguaje esquizofrénico. Se definieron conceptos centrales como “delirio”, “esquizofrenia de primer episodio”, “esquizofrenia crónica”, etc. Aquí se detectó que las investigaciones psiquiátricas han trabajado bajo las hipótesis de que existe el lenguaje esquizofrénico y que hay algo que lo caracteriza, pero se ha enfrentado al problema de que no se ha dado con esta característica que lo diferencie de otro tipo de enfermedades mentales. De todas estas explicaciones surgió la necesidad de estudiar el “yo” del paciente y cómo este se “rompe” durante la enfermedad. Esto permitió diseñar la hipótesis de que esta ruptura se refleja en el uso de la primera persona gramatical.

La tercera perspectiva esboza la forma en la que se entenderá gramatical y filosóficamente el concepto de “yo” para así circunscribirlo en estudios del lenguaje. Aquí se concluyó que dicha palabra no refiere a nada en el mundo, ni físico ni metafísico, sino que únicamente significa por el uso que las personas hacen de ella. Asimismo, se expusieron algunos estudios emanados desde la lingüística que analizaron el lenguaje esquizofrénico y que intuyeron que existen situaciones problemáticas cuando los pacientes utilizan la primera persona en sus oraciones. Esto último sirvió para delimitar el problema de la investigación, a saber, que el uso del pronombre Yo, de la primera persona, es una característica de dicho lenguaje, pero aún no se ha investigado del todo desde las ciencias del lenguaje.

El último apartado se reservó para describir y profundizar sobre los conceptos clave que se abordaron en esta investigación. Lo que sirvió para enmarcar conceptualmente las nociones que se utilizaron en la metodología y en los resultados de este trabajo.

1.1 Perspectiva Filosófica: La patología de lo normal y la invención del loco

En su investigación sobre el conocimiento científico y la forma en la que se llega a él, Bachelard (2000) afirmó que existe un conjunto de obstáculos epistemológicos que aparecen en el proceso de conocer. Para él, un primer obstáculo al que se enfrenta un investigador es lo que ya sabe del mundo. Es decir, siempre se inicia una investigación con un bagaje sociocultural y académico que impone una pauta predefinida en el trabajo. Incluso, dicho autor afirma que el cerebro es parte de este primer obstáculo:

Desde ahora en adelante el cerebro ya no es en absoluto el instrumento adecuado al pensamiento científico, vale decir que el cerebro es el obstáculo al pensamiento científico. Obstáculo en el sentido de ser un coordinador de gestos y de apetitos. Hay que pensar en contra del cerebro (2000, pág. 295).

El sentido común, el lenguaje común y las nociones teóricas comunes son otros obstáculos que impiden o incluso hacen retroceder el avance científico. Para este autor el científico tiene que saber plantear problemas, en otras palabras, todo conocimiento es una respuesta a una pregunta.

Bachelard (2000) también afirma que, en cada momento de su historia particular, cada ciencia produce sus propias verdades; su propio sistema cerrado en el que se desarrollan sus teorías. Pero esta no es una crítica a las ciencias en sí, sino a la filosofía y las disciplinas que, según él, no tiene un objeto de estudio. Por ello, la medicina fue por mucho tiempo parte de esta crítica.

En este orden de ideas, Canguilhem (1971) afirmó que es muy difícil definir los conceptos de enfermedad y salud con bases estrictamente científicas:

Tomada en absoluto, la salud es un concepto normativo que define un tipo ideal de estructura y de comportamiento orgánico; en este sentido, hablar de buena salud es un pleonismo,

porque la salud es el bien orgánico. La salud calificada es un concepto descriptivo, que define determinada disposición y reacción de un organismo individual frente a posibles enfermedades (1971, pág. 102).

De acuerdo con esta afirmación, estar sano no hace referencia a un hecho científico, sino a una norma establecida por una verdad científica en un momento determinado. La enfermedad (lo patológico) sería solo una variación cuantitativa de un estado fisiológico o psicológico considerado como normal. La función de la medicina desde esta perspectiva es corregir los comportamientos y conductas “anormales” que afectan el cuerpo; es decir, restablecer la normalidad, aunque esta sea una convención a la cual se llegó en un momento dado. Esta premisa implica problemas como el de la cura; el restablecimiento de la salud. Dicho con un ejemplo: si una persona pierde para siempre una extremidad, se podría afirmar que nunca recuperará su salud.

El concepto de norma es un concepto original que no se deja reducir —en fisiología más que en cualquier otra parte— a un concepto objetivamente determinable por métodos científicos. Por lo tanto, hablando con rigor no hay una ciencia biológica de lo normal. Hay una ciencia de las situaciones y condiciones biológicas llamadas "normales". Esta ciencia es la fisiología (Canghilhem, 1971, pág. 176).

El autor continúa diciendo que la medicina es el conjunto de técnicas biológicas de producción e instauración de lo normal. Sobre esta aseveración, Foucault (2001) profundiza en la forma en la que la ciencia médica es una ciencia de la mirada, de la descripción, en donde se dice lo que se ve:

Describir, es seguir el ordenamiento de las manifestaciones, pero es también seguir la secuencia inteligible de su génesis; es ver y saber al mismo tiempo, ya que al decir lo que se ve, se lo integra espontáneamente en el saber; es, también aprender a ver ya que es dar la clave de un lenguaje que domina lo visible (2001, pág. 165).

Esta producción del saber médico a partir de la descripción de lo que se ve es una de las principales formas en las que define el síntoma, la enfermedad y al enfermo. Con ella se alcanza cierto grado de objetividad y ha sido una gran fuente de progreso en el campo de la medicina, sin embargo ¿qué pasa cuando la enfermedad o la anormalidad no es orgánica?, ¿cómo se procede cuando no hay correlato fisiológico que se manifieste a la par del malestar

patológico? Si la enfermedad y la cura ya eran de por sí conceptos problemáticos en enfermedades fisiológicas, la situación se agrava cuando la enfermedad está en la mente.

Las enfermedades de los nervios, las fiebres, la histeria, etc., son fenómenos patológicos que han escapado de una definición fisiológica por mucho tiempo. Incluso se han confundido por otro tipo de enfermedades. Foucault (2001) cita el ejemplo de Pomme que cuidó y curó a una mujer con histeria dándole baños de 10 a 12 horas durante 10 meses. Los síntomas que observó y describió el doctor eran en realidad meningitis crónica. Existen muchos casos en los que una enfermedad es tratada como si fuese otra, pero los padecimientos mentales son los que más han sufrido de estas confusiones.

Por ello, desde la perspectiva de Foucault (1986) el fenómeno de la locura ha sido visto de distintas formas en distintas épocas; en la edad media se le veía como objeto de caridad; en el renacimiento se le admiraba por la forma distinta en la que hacía percibir el mundo. En la época clásica (siglo XVII y XVIII), al loco se le empezó a encerrar, a recluir en hospitales e internados con el fin de apartarlos de la sociedad. Esto dio inicio con el edicto real de 1656 que hacía nacer el Hospital General.

Desde luego, un hecho está claro el Hôpital Général no es un establecimiento médico. Es más bien una estructura semijurídica, una especie de entidad administrativa, que al lado de los poderes de antemano constituidos y fuera de los tribunales, decide, juzga y ejecuta... Soberanía casi absoluta, jurisdicción sin apelación, derecho de ejecución contra el cual nada puede hacerse valer; el Hôpital Général es un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión. Los alienados que Pinel encontrará en Bicêtre y en la Salpêtrière, pertenecen a este mundo (1986, pág. 43).

En un proceso denominado “El gran encierro” se buscó separar y recluir en dicho hospital a los “indeseables” (vagabundos, prostitutas, viudas, desertores, etc.) del resto de la sociedad y se les obligó a trabajar como ayuda para su reformatión y, al a vez, para sostener al estado; sin embargo, también se les sometía a castigos corporales. El Hospital General tenía como objetivo reintegrar a estos grupos a la lógica productiva. No obstante, uno de estos grupos, “los locos”, se resistió (consciente o inconscientemente) a esta reformatión. Eran, para el estado, el epítome de la sinrazón, la mancha que el racionalismo no podía limpiar.

... el loco no era reconocido en la verdad de su perfil psicológico, sino en la medida misma en que se reconocía en él su profundo parentesco con todas las formas de sinrazón. Encerrar al insensato con el depravado o el hereje hace borrar el hecho de la locura, pero revela la posibilidad perpetua de la sinrazón; y es esta amenaza en su forma abstracta y universal la que trata de dominar la práctica del internamiento (Foucault, 1986, pág. 133).

La hospitalización del “loco” no atendía razones médicas y por eso era prudente preguntar:

¿qué es el loco, portador de su enigmática locura, entre los hombres de razón, entre esos hombres de razón de un siglo XVII aún en sus orígenes? ¿Cómo se le reconoce, al loco, tan fácilmente distinguible un siglo antes con su perfil bien recortado, que hoy debe cubrir con una máscara uniforme tantos rostros distintos? ¿Cómo se le va a designar, sin cometer error, en la proximidad cotidiana que lo mezcla con todos los que no están locos y en la mezcla inextricable de los rasgos de su locura con los signos obstinados de su razón? (Foucault, 2007, pág. 15)

Y sin tener certeza sobre las respuestas a estas preguntas en El Gran Encierro “los locos” eran aislados y torturados debido a su incapacidad de ser “normales” hasta que fueron descubiertos por la psiquiatría del siglo XIX:

Desde Pinel, Tuke y Wagnitz se sabe que los locos, durante un siglo y medio, han sufrido el régimen de estos internados, hasta el día en que se les descubrió en las salas del Hospital General, o en los calabozos de las casas de fuerza... Entre los muros de los internados es donde Pinel y la psiquiatría del siglo XIX volverán a encontrar a los locos; es allí —no lo olvidemos— donde los dejarán, no sin gloriarse de haberlos liberado. Desde la mitad del siglo XVII, la locura ha estado ligada a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquél su sitio natural (Foucault, 1986, pág. 42).

Esta aparente liberación del enfermo mental representó un hito para la psiquiatría moderna pues de ahí se justificó nuevamente su encierro; uno más humano, pero encierro de todas formas.

Hasta este punto se ha puesto de manifiesto que la ciencia médica, el saber médico es una construcción convencional que parte de la mirada y de la descripción para instaurar la norma y diferenciarla de aquello que es patológico. Como ya se adelantó, los avances que se

ha logrado en este campo han sido muy importantes para la humanidad. Sin embargo, las premisas de los autores que se expusieron hasta el momento invitan a reflexionar sobre la forma en la que se concibe la patología. Específicamente, las enfermedades que no tienen un correlato fisiológico y de las que no se tiene certeza sobre su origen o su cura. Tal es el caso de la llamada locura.

1.1.1 La historia de la locura en la antigüedad y en la época clásica

A lo largo de la historia las enfermedades mentales han confundido y asombrado al ser humano. Han existido diversas explicaciones y tratamientos para entender y curar estos “males de la cabeza”. En la antigüedad (y en la modernidad como se verá más adelante) estaban asociados normalmente con lo metafísico, específicamente con posesiones demoniacas o intervenciones divinas.

Desde épocas arcaicas, muchos pueblos primitivos reconocen y vivencian las enfermedades como intervenciones de seres divinos sobre el conjunto de la humanidad, bien sean espíritus, daimones o los mismos dioses. En las concepciones animistas las enfermedades se conciben como daimones que se asientan en el interior del doliente, y por eso se hacen imprescindibles diversas prácticas expulsatorias, basadas en la mímica y los gestos, que reproduzcan simbólicamente una operación en el seno interno del individuo. En algunos casos, únicamente estos mismos seres sobrenaturales podrían curar a los enfermos, en una especie de interrelación homeopática (López, 2006, pág. 186).

Se tiene conocimiento de esto gracias a los primeros registros de la locura que se encuentran en textos antiguos de varias civilizaciones. Algunos de los primeros registros escritos conocidos de enfermedades mentales provienen de la antigua Mesopotamia, donde se creía que el concepto de enfermedad mental estaba asociado con el castigo divino o la posesión demoníaca. Uno de los primeros textos conocidos sobre enfermedades mentales es el texto acadio "Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la cabeza" del segundo milenio a. C. En un texto asirio de alrededor del 650 a. C. se describen síntomas epilépticos como si fueran demonios:

If at the time of his possession, while he is sitting down, his left eye moves to the side, a lip puckers, saliva flows from his mouth and his hand, leg and trunk on the left side jerk like a slaughtered sheep, it is migtu. If at the time of possession his mind is awake, the demon can be driven out; if at the time of his possession his mind is not so aware, the demon cannot be driven out (Porter, 2002, pág. 12)

Porter (2002) destaca el importante papel que jugó la adivinación en la medicina mesopotámica, donde los sacerdotes usaban diversas formas de magia y profecía para diagnosticar y tratar enfermedades. Las enfermedades mentales no eran una excepción y a menudo se pedía a los sacerdotes que interpretaran los sueños o visiones de las personas que padecían problemas de salud mental.

Dicho autor afirma que las creencias mesopotámicas sobre las enfermedades mentales fueron influenciadas por la comprensión más amplia de la cultura del cuerpo humano y su relación con el mundo natural. Se pensaba que la enfermedad mental era el resultado de una pérdida de equilibrio entre el cuerpo y el medio ambiente y, por lo tanto, los tratamientos a menudo implicaban restaurar el equilibrio a través de rituales y ofrendas a los dioses.

En la antigua Grecia los primeros relatos escritos sobre enfermedades mentales se pueden encontrar en las obras de Homero, como la Iliada y la Odisea, que presentan personajes que experimentan problemas de salud mental. El médico griego Hipócrates también escribió extensamente sobre enfermedades mentales y su trabajo influyó en el desarrollo de la medicina occidental.

A more modern mental landscape was emerging, however, by the time of Athens's golden age. The thinking on the psyche developed in the fifth and fourth centuries BC set the mould for mainstream reasoning about minds and madness in the West, as was tacitly acknowledged by Freud when he named infantile psycho-sexual conflicts the 'Oedipus Complex', paying tribute to Sophocles' play. Greek drama combines elements of both traditional and of newer casts of mind (Porter, 2002, pág. 13).

Con este antecedente se empieza a perfilar la influencia de la locura en las artes que, como se verá más adelante, prevalece en la actualidad. El punto importante hasta aquí es que la locura ha acompañado al ser humano a lo largo de su historia en la tierra y ha sido vista de distintas formas que, al final, guardan relaciones entre ellas.

Por ejemplo, el diagnóstico y el tratamiento que los mesopotámicos usaban eran muy parecidos a los que utilizaban los griegos, además de que los últimos también pesaban que existía una relación sobre natural con la enfermedad mental.

Las creencias sobrenaturales sobre la posesión, típicas de las civilizaciones antiguas, eventualmente fueron confrontadas y cuestionadas por la medicina griega en la que tradicionalmente se había considerado responsables a los dioses de este tipo de padecimientos. Se pensaba que, en los ataques epilépticos el enfermo era atacado por un demonio o espíritu que luchaba contra su cuerpo y alma. Este desorden era a su vez contrarrestado por oraciones, encantamientos y sacrificios ofrecidos en los templos dedicados a Asklepios. Sin embargo, Porter (2002) comenta que el padre de la medicina griega vio algo más natural en las enfermedades mentales.

Según él, Hipócrates catalogó con deleite burlón los diferentes dioses que supuestamente provocan las formas distintivas de la incautación. Si la víctima se comportaba como una cabra, o rechinaba los dientes, o si tenía convulsiones en el lado derecho, se culpaba a Hera, la madre de los dioses. Si el paciente pateaba y echaba espuma por la boca, Ares era el responsable, etc.

La medicina hipocrática naturalizó la locura y así quitó la necesidad de relacionarla con los dioses o los demonios. Sobre el mismo tema López opina lo siguiente:

Los griegos, al igual que los egipcios y otros pueblos del Próximo Oriente antiguo creían en una etiología sobrenatural de las enfermedades, pero también concebían la existencia de causas naturales que las explicasen. Según los hipocráticos y otros físicos tardíos, las causas externas físicas y naturales de las enfermedades son un efecto directo que las variaciones climáticas producen en el cuerpo humano. A estos factores externos se unen los desarreglos humorales internos del organismo, provocados al producirse la disociación de alguno de los cuatro elementos, humores o cualidades definidos en los tratados hipocráticos (2006, pp. 186-187).

El mismo autor argumenta que los mitos griegos revelan el enfoque de los antiguos griegos en el tratamiento de las psicopatologías. Señala que muchos de los mitos involucran una forma de catarsis o purga de emociones negativas y que esto se consideraba un elemento clave en el tratamiento de las enfermedades mentales en la antigua Grecia. Los mitos griegos

antiguos brindan información valiosa sobre la comprensión y el tratamiento de las psicopatologías en la sociedad griega antigua.

Otro dato importante sobre el tratamiento de las enfermedades mentales, de acuerdo con Porter (2002), es que, algunas culturas antiguas, como la griega y la romana, practicaban la segregación de los enfermos mentales. En la antigua Grecia, los enfermos mentales solían ser confinados en templos dedicados a Asclepio, el dios de la medicina, donde eran sometidos a determinados rituales y tratamientos. En la antigua Roma, las personas con enfermedades mentales a veces eran encarceladas y castigadas como una forma de control social.

Parece ser que el encierro y el exilio de enfermos mentales y gente “diferente” eran prácticas comunes en distintas civilizaciones a lo largo de la historia.

Asimismo, existen algunas evidencias históricas y arqueológicas que sugieren que los antiguos celtas practicaban una forma de exclusión social o segregación de individuos que se consideraban "diferentes" o "extraños". Específicamente los pictos (cultura celta que existió entre el siglo III y IX d. C.) tenían tabúes o restricciones sobre ciertos comportamientos, y las personas que violaban estos tabúes eran objeto de exclusión social o castigo. Ellos tenían el término “*geilt*” y lo usaban para referirse a un hombre o a una mujer que perdió la cordura por algún trauma bélico o por una maldición de los espíritus. Su castigo era el exilio en el bosque, pero también se hablaba de encierros en espacios pequeños en donde el *geilt* era abandonado para enfrentar a los demonios que lo atormentaban (Antoniades, 2017).

Si bien estas prácticas no implicaron un encierro prolongado en asilos o instituciones, sí muestran que la segregación y exclusión social de los enfermos mentales ha sido parte de la historia de la enfermedad mental durante mucho tiempo. Sin embargo, la institucionalización prolongada y masiva de los enfermos mentales en grandes edificios fue un fenómeno que sí surgió más tarde en la historia europea; no como una medida de tratamiento, sino para normalizar a la sociedad (Foucault, Historia de la locura en la época clásica, 1986).

Lo que se puso de relieve con este relato sobre la locura en la antigüedad son 5 puntos importantes:

1. La locura y su incomprensión ha acompañado al ser humano desde tiempos remotos.
2. La locura se ha relacionado con lo divino, lo sobre natural o lo demoniaco, pero también se observó como algo natural que probablemente se originaba en el cuerpo.
3. El tratamiento de la locura incluye una interpretación de los síntomas que muestran los pacientes.
4. Los mitos y las creencias populares rodean a la locura y la definen a su manera.
5. El encierro, el exilio y la segregación de personas que se consideraban anormales es una práctica tan antigua como el padecimiento de la locura.

Estos 5 puntos son de suma importancia porque son las evidencias históricas de la observación, las explicaciones y el tratamiento de la locura. Son métodos y prácticas que de una u otra forma aún se practican en la actualidad.

Esta breve historia acerca de la locura en las civilizaciones antiguas conecta perfectamente bien con el trabajo realizado por Foucault (1986) sobre el mismo tema. Él afirma que la locura en la edad media se veía como una forma de posesión o castigo divino por el pecado. Los locos a menudo eran vistos como poseídos por demonios o como castigados por Dios debido a sus pecados; su trato era a menudo duro y punitivo.

Dicho autor describe cómo, en algunos casos, los locos fueron mantenidos en cadenas o jaulas y cómo, en otros casos, fueron sometidos a diversas formas de abuso físico y psicológico. También habla del surgimiento del manicomio en la Edad Media, que era una forma de encierro que permitía a la sociedad separarse de los dementes.

Los asilos a menudo estaban a cargo de órdenes religiosas y estaban diseñados para sacar a los locos de la sociedad y confinarlos en un entorno controlado. Sin embargo, el surgimiento del manicomio no fue una señal de progreso, sino más bien una forma de control social que permitió a la sociedad mantener su poder sobre los dementes. Y nuevamente, el arte y la interpretación popular de la locura iban de la mano con el tratamiento que se les daba a estos pacientes:

En la obra de Shakespeare y de Cervantes, la locura ocupa siempre un lugar extremo, ya que no tiene recursos. Nada puede devolverla a la verdad y a la razón. Solamente da al desgarramiento, que precede a la muerte. La locura, en sus vanas palabras, no es vanidad; el

vacío que la invade es «un mal que se halla mucho más allá de mi práctica», como dice el médico hablando de Lady Macbeth; es ya la plenitud de la muerte: una locura que no necesita médico, sino la misericordia divina solamente (Foucault, 1986, pág. 33).

Si estos ejemplos se conectan con los que ya se mencionaron sobre los griegos y los mesopotámicos, se observa claramente cómo la definición de locura ha sido moldeada por los valores y creencias culturales de cada sociedad. La construcción cultural de la locura también involucra la forma en que la sociedad entiende y categoriza los diferentes tipos de enfermedad mental. Por ejemplo, algunas sociedades pueden ver ciertas formas de comportamiento como "locas" que no se ven como tales en otras culturas (Foucault, 1986).

De la edad media en adelante la historia de la locura se hace más compleja porque empieza a adquirir un carácter de orden público en el que las autoridades tenían que incidir y en el que una nueva disciplina emerge.

Foucault (1986) sostiene que el confinamiento de los "locos" fue un punto de inflexión crucial en la historia de la locura y representó un cambio en la forma en que la sociedad trataba a estas personas. Si bien es cierto que los pacientes con desórdenes mentales en las civilizaciones antiguas eran exiliados, encerrados o separados de la sociedad no fue hasta "El Gran Encierro" que se produjo durante los siglos XVII y XVIII en Europa que se crearon instituciones destinadas a albergar y cuidar a los "locos".

Antes de este período, los que se consideraban "locos" a menudo se dejaban deambular libremente o eran atendidos por sus familias. Sin embargo, a medida que crecía la población y aumentaba la urbanización, la sociedad comenzó a ver a este grupo de personas como un problema que debía abordarse.

Un fenómeno muy importante que nació de esta preocupación pública por la locura fue el cambio de un enfoque religioso y moral del padecimiento a uno médico y científico. Los pacientes con esta enfermedad ya no eran vistos como pecadores o degenerados morales, sino como individuos que sufrían de una condición médica tratable. Por eso Foucault (1986) fue crítico con este cambio, pues postuló que el sistema de asilo se utilizó a menudo como un medio de control social. El encierro de los "locos" permitió que quienes estaban en el poder excluyeran y marginaran a quienes no encajaban en el molde normativo. El sistema de

asilo reforzó una jerarquía de la razón sobre la locura y se utilizó para mantener el orden social y el control sobre la población que era considerada anormal a partir de la sin razón.

Lo que destaca de esto son las formas en que el encierro y la medicalización se utilizaron como herramientas de poder y control. Los "locos" estaban sujetos a diversas formas de disciplina y vigilancia, y su comportamiento a menudo se vigilaba y controlaba de cerca. Foucault argumenta que el sistema de asilo no era simplemente un medio para cuidar a los "locos", sino también un medio para ejercer poder y control sobre ellos. Y es en este contexto donde nace la psiquiatría.

La eventualidad, para el hombre, de estar loco, y la posibilidad de ser objeto, se han reunido a fines del siglo XVIII, y este encuentro ha hecho nacer, a la vez (no hay, en ese caso, ningún dato), los postulados de la psiquiatría positiva y los temas de una ciencia objetiva del hombre (Foucault, 1986, pág. 339).

Una de las figuras clave en el desarrollo de la psiquiatría moderna fue Philippe Pinel, un médico francés a quien a menudo se le atribuye la introducción de prácticas de tratamiento más humanas para los "locos" a fines del siglo XVIII. Pinel rechazó el uso de restricciones físicas y otras formas de castigo y, en cambio, se centró en crear entornos más terapéuticos. Sin embargo, Foucault (1986) argumentó que incluso el enfoque de Pinel todavía estaba enraizado en la idea de que el "loco" necesitaba ser controlado y normalizado.

Sin duda es imposible saber con certeza lo que se proponía hacer Pinel cuando decidió la liberación de los alienados. Poco importa; lo esencial está justamente en esta ambigüedad que caracterizará toda la secuencia de su obra y el sentido mismo que toma en el mundo moderno: constitución de un dominio en que la locura debe aparecer en una verdad pura, a la vez objetiva e inocente, pero constitución de ese dominio sobre un modo ideal, siempre indefinidamente diferido, en que cada una de las figuras de la locura se mezcla con la no-locura en una proximidad indiscernible... Cuanto más objetiva, menos cierta. El gesto que la libera para verificarla es al mismo tiempo la operación que la disemina y que la oculta en todas las formas concretas de la razón (1986, pp. 345-36).

Entonces la psiquiatría nace debido a fines más políticos y sociales que científicos o de conocimiento. Su papel en la sociedad fue más de control que de curación; control en términos de normalización. Es decir, al separar a los "locos" de la sociedad, se estaba

diciendo implícitamente que aquellos que podían caminar libremente por las calles eran los “normales”. Esto último se observa en las siguientes características de la psiquiatría temprana:

1. Se centró en el confinamiento: los primeros asilos se diseñaron principalmente para confinar y controlar a los enfermos mentales, en lugar de tratarlos. Estas instituciones a menudo estaban superpobladas, carecían de personal, estaban mal equipadas y los pacientes eran objeto de un trato inhumano.
2. Se basaba en el tratamiento moral: a finales del siglo XVIII y principios del XIX, surgió un nuevo enfoque de las enfermedades mentales conocido como tratamiento moral. Este enfoque enfatizó la importancia de tratar a la persona en su totalidad, en lugar de solo sus síntomas.
3. Se preocupaba por la clasificación: la psiquiatría temprana se centró en clasificar las enfermedades mentales en categorías discretas. Esto implicó la creación de taxonomías detalladas de enfermedades mentales, basadas en síntomas y comportamientos observables.
4. Estaba entrelazada con el control social: la psiquiatría temprana estaba estrechamente relacionada con el control social y la regulación del comportamiento desviado. A menudo se usaba para controlar y castigar a quienes se consideraban una amenaza para el orden social, como vagabundos, delincuentes y disidentes políticos.
5. Se caracterizó por el uso de restricciones físicas y otras formas de coerción: en los primeros asilos, los pacientes a menudo estaban sujetos a restricciones físicas, como camisas de fuerza y cadenas, así como otras formas de coerción, como trabajos forzados y aislamiento. Estas prácticas se consideraban necesarias para controlar a los enfermos mentales, pero a menudo eran crueles e inhumanas.

Con el tiempo, el campo de la psiquiatría se profesionalizó cada vez más con el desarrollo de programas especializados de capacitación y certificación para psiquiatras. El uso de diversas formas de medicación y terapias psicológicas también se volvió más común, ya que los psiquiatras buscaban desarrollar formas más efectivas para tratar a los "locos".

Nuevamente, Foucault (1986, 2002) fue muy crítico con la psiquiatría, en particular con su dependencia del modelo médico y su uso del poder para controlar y normalizar a las

personas que se consideraban enfermas mentales. Postuló que la psiquiatría no es simplemente una práctica médica neutral, sino que está profundamente entrelazada con relaciones de poder social y político más amplias. Pero ¿a qué se refiere este autor con normalizar, relaciones de poder y generación de saber? Esta pregunta y otras cuestiones se tratarán el siguiente apartado.

1.1.2 La psiquiatría como ciencia y la locura como objeto de estudio

Como ya se adelantó, la medicina tiene la capacidad para crear conocimiento sobre las enfermedades y las curas a partir de distintos mecanismos que no necesariamente parten de bases científicas. Para entender mejor esta aseveración y su implicación con el estudio psiquiátrico moderno es prudente exponer la forma en la que el poder instaure saberes y discursos acerca de las cosas, en este caso de las enfermedades. Pero antes, hay que indagar sobre el concepto “poder”.

Existe una noción generalizada acerca de dicho concepto que hace pensar que es algo que se puede poseer en la misma forma que se posee un auto. Bajo esta noción se ejerce un control sobre los demás; es con lo que se lucha y por lo mismo, quien tiene el poder rige sobre los demás.

Foucault (2007) señala que esta forma de conceptualizar al poder tiene algunas deficiencias al momento de entender su funcionamiento en la sociedad. Para él, es preferible entender al poder en términos de relaciones, **pues es la capacidad de afectar y ser afectado**. Por tales motivos las relaciones de poder se dan entre personas en donde reside la microfísica del poder o los espacios más pequeños e íntimos donde se ejerce; no es una propiedad, sino una estrategia. Por lo mismo no tiene localización ni le pertenece a los a nadie. Quizá una de las consecuencias más interesantes de esta perspectiva es que las relaciones de poder requieren de personas que vivan en un sistema donde sean libres. El poder como estrategia se observa más claro en esto último.

Si es cierto que el poder es la capacidad para afectar y ser afectado, aquellos que busquen afectar a los demás lo harán bajo una serie acciones que les permitan ejercer su

dominio. En su preocupación sobre la conformación del individuo, Foucault (2005, 1990) identifica algunas formas de poder a lo largo de la historia:

1. Poder pastoral: es un poder individualizante que por su naturaleza es ideal para gestionar la vida de las personas pues tiene como finalidad que las personas lleven a cabo su propia mortificación. No como muerte, sino como renuncia al mundo y a ellas mismas, una especie de muerte diaria que garantiza la vida en el otro mundo. El pastor es responsable del destino del rebaño, de lo bueno y de lo malo, de todo lo que les ocurre. Además, está unido individualmente a cada una de sus ovejas por el pecado y la salvación, pues el pecado de uno y su salvación es responsabilidad del pastor. Su voluntad se cumple no por actuar conforme a la ley, ni tampoco en la medida en que se ajuste a ella, sino principalmente por el simple hecho de que no se le cuestiona. La obediencia es un fin en sí. Asimismo, el pastor tiene conocimiento particular de cada una de sus ovejas por medio de la confesión, el examen de la conciencia y la dirección de la conciencia.
2. El poder soberano: es el que relaciona al rey con el súbdito por medio de la sustracción y el gasto. El soberano sustrae cosas concretas y abstractas del súbdito y retribuye por medio del gasto, que va desde la protección hasta el cuidado religioso. Para que este poder exista debe haber una anterioridad fundadora, como el derecho divino, la conquista, un acto de sumisión, etc. Este poder siempre mira hacia atrás, hacia algo que lo fundó. Por eso también se actualiza constantemente por medio de la guerra, la violencia. Las relaciones de soberanía no son isotópicas, es decir, a pesar de que se entrelazan y se entrecruzan, no son heterogéneas entre sí. Por ejemplo, el siervo y el señor, poseedor del feudo y soberano feudal, el sacerdote y laico, etc. Aunque diferentes entre sí, todas estas responden a un mismo orden, el del soberano, que incluso puede aplicar a caminos, tierras o instrumentos de producción. Incluso alguien que es soberano en una relación, puede ser súbdito en otra. Por eso, este poder no se aplica a la individualidad, sino a la multiplicidad. En este sentido, la única individualidad jerárquica, es la del soberano que se encuentra en la cima del poder; el rey.

3. El poder disciplinario: este hace una captura total del cuerpo y el tiempo, no del producto ni del servicio, claro ejemplo es el del ejército, en donde el soldado es soldado hasta su muerte, su tiempo, sus metas y su cuerpo entrenado, alimentado y disciplinado por el ejército existen solo en beneficio de este. Existe una vigilancia constante que apunta a un estado terminal u óptimo en donde la disciplina se convierte en un hábito para que funcione sola. El entrenamiento del cuerpo es la metodología del hábito y la escritura es la de la vigilancia constante ya que, por medio de esta, se reporta de abajo hacia arriba el todo de la vida y las conductas siempre son visibles. Los poderes disciplinarios son isotópicos: cada elemento tiene su lugar bien determinado. Hay subordinados y superordinados. Esto se refiere a los grados en el ejército en la escuela, en donde la clase estaba determinada por su posición en resultados de algún tipo de examen. Aquí la posición no se determina por la guerra, el litigio o el favor, sino por un movimiento reglado.
4. Poder del estado: es un poder cuya meta consiste en aumentar la potencia de una nación en un marco extensivo y competitivo. Al basarse en el poder pastoral y teniendo como técnica de gestión social a la policía, el poder del estado es generalizador e individualizador a la vez. Uno de sus aspectos importantes es que no es un arte de gobernar según leyes divinas, naturales o humanas, es decir, no necesita respetar el orden general del mundo. Se trata de un gobierno en consonancia con la potencia del Estado. Es decir, a pesar de que se intuya una especie de racionalización en el gobierno, no hay evidencia de que sea una racionalización científica.
5. El poder psiquiátrico: se instaura a partir de técnicas disciplinarias con el fin de construir un saber acerca de los locos. Es un caso muy específico porque en él se observa la forma en la que el poder es capaz de generar conocimiento a partir de la práctica. Así como el padre en el poder pastoral, el psiquiatra es alguien que dirige el funcionamiento de un hospital y de sus pacientes. Al haber dirigido la conciencia de los “locos” mediante una serie de estrategias y dispositivos de tortura, este poder los sujetó y los individualizó como enfermos mentales. En este sentido la psiquiatría es una ciencia que se instauró como tal al construir individuos “anormales” que ella misma se confirió la responsabilidad de curar.

El poder, como se dijo, es la habilidad de afectar y ser afectados; las personas que se desarrollan en una relación de poder deben ser libres para estar en los dos lados de estas relaciones. En este punto entra en juego el concepto de subjetivación: "... se hace, en lo esencial, en una forma casi jurídica, donde el sujeto moral se relaciona con una ley, o con un conjunto de leyes, a la que debe someterse bajo la pena de culpas que lo exponen a un castigo." (Foucault, 2005, pág. 30)

Pero ¿cómo puede un paciente tener libertad para entrar en relaciones de poder con un médico? Para responder esta pregunta y para profundizar sobre el poder psiquiátrico que es el que le atañe a esta investigación vale enunciar brevemente el caso de las histéricas.

En apariencia la alienada está a merced del psiquiatra, de su voluntad, de su verdad; sin embargo, las mujeres que no se dejaron subjetivar por este poder. Manifestaron conductas exageradas que se opusieron a los datos contruidos por los médicos. Estos últimos les pidieron sus síntomas a las "locas", síntomas que ellos mismos determinaron, y éstas les dieron algo para lo que no estaban preparados (Foucault, 2005).

La lucha por una subjetividad moderna pasa por una resistencia a las dos formas actuales de sujeción, una que consiste en individuarnos según las exigencias del poder, otra que consiste en vincular cada individuo a una identidad sabida y conocida, determinada de una vez por todas. La lucha por la subjetividad se presenta, pues, como derecho a la diferencia y derecho a la variación (Deleuze, 1986, pág. 139).

Así las cosas, para Foucault (2007) la palabra más adecuada para definir el funcionamiento del poder psiquiátrico es "dirección". "Dirección de conciencia" como se entiende en el ámbito religioso. El psiquiatra es alguien que dirige el funcionamiento del hospital y los individuos con el objetivo de dar a la realidad un poder apremiante. Pero además duplica el sistema de la realidad dentro del asilo. Esto se traduce en dar poder a la realidad y fundar el poder sobre la realidad. Para ello, el poder psiquiátrico se basa en técnicas para dominar al "loco" y que conformarán la realidad del asilo. Técnicas que, a la vez, fueron las bases de la práctica proto psiquiátrica:

1. Utilizar la voluntad del médico para someter al loco.

2. El aprendizaje de los nombres de los integrantes del hospital y la construcción biográfica del alienado.
3. Imponerle una locura al loco. La realidad de la enfermedad y la conciencia de la enfermedad.
4. Mostrar la importancia del dinero, sus funciones y beneficios.

El individuo curado, en aquellos tiempos, era aquel que aceptaba estos 4 yugos del poder psiquiátrico. Hasta aquí hay que recordar que antes del siglo XVIII los lugares donde se ponían a los “locos” no eran lugares médicos y en ellos también se recluía a gente pobre, incorregible, leprosos, prostitutas, etc. Aunque había médicos, estos no se encargaban del cuidado de los alienados.

Foucault (2007) pregunta y responde, si las técnicas enunciadas podían ser aplicadas por cualquier persona ¿por qué el destino de la psiquiatría recayó sobre un médico? Porque sabía, o más bien porque tenía arcas de saber, era una figura del saber, aunque nunca aplicó su saber, era solo una imagen que cualquier otra persona no podría proyectar. Estas estrategias de saber o marcas de saber son:

- 1 Saber más que el paciente.
- 2 Interrogación amañada
- 3 Vigilancia constante.
- 4 Doble juego del remedio y el castigo.
- 5 El juego o la escena de la clínica donde el médico es a la vez maestro.

Mientras más gente escuchaba al médico, más simulación de autoridad tenía. Su palabra era verdad ante el “loco” si la discutía teóricamente con los demás. Al definir la historia clínica de un paciente, este se vio desprovisto de su propia vida y se le asignó una nueva forma de ser, se le sujetó mediante el saber del médico.

El poder, al darse entre personas y al permitir afectar a los otros, pasa por un constante cambio entre el afectador y el afectado. Para que esto suceda, como ya se mencionó, se

necesita que el afectado sea libre. Así, “los locos” son constituidos como tales mediante una serie de estrategias basadas en el poder disciplinario para que ellos mismos compraran una locura que los médicos inventaron. Por eso, Foucault (2005) identifica el nacimiento de las ciencias humanas como la muerte del hombre porque son ellas las que se encargaron de estudiar y definir la conducta, el comportamiento y definir la normalidad humana. Se encargaron de instaurar un saber acerca de las personas. A partir de ahí se conformó la manera en la que debían ser entendidas **porque la subjetividad es la producción discursiva de identidades.**

Nuevamente, el poder es la capacidad para afectar al otro y lo puede afectar de tal manera que es capaz de subjetivarlo, pero ¿cómo puede el poder ejercerse de tal forma que genere un conocimiento aceptado?, ¿cómo fue que el poder psiquiátrico, sin bases científicas, construyó todo un conocimiento acerca del “loco”? Por medio del saber, pero ¿a qué refiere este concepto?

Para Foucault (2007) toda formación histórica se define por sus evidencias observables y su discursividad, pareja que conforma la verdad socialmente construida acerca de algo o de alguien; es lo que Foucault llama el saber. El saber de cada época se genera mediante lo que se ve y lo que se dice. En el caso de la medicina y la psiquiatría se ve el síntoma y se enuncia la enfermedad, con esto se infiere que cada época ve lo que puede ver y dice lo que puede decir. O sea, en los tiempos en los que la autopsia estaba prohibida, los médicos solo podían generar hipótesis sobre lo que se veía en el exterior. De ahí que no todo el saber tiene fundamentos científicos.

Entonces, se nota cómo el saber y el poder mantienen una relación muy estrecha en la conformación del sujeto y, ahora, ya se está en posición de entender que este sujeto, el “loco” es un individuo atrapado por el discurso que se confirió en torno a su conducta y su expresión verbal. Lo que se vio y lo que se dijo de él.

Como lo que se ve y lo que se dice, la visibilidad y el enunciado, no tienen la misma forma, es el poder el encargado de dar cohesión a ambos. Cuando se genera esta cohesión es cuando, según Foucault (2007) se genera el saber de cada época. Como se observa en el caso del saber psiquiátrico, el conocimiento se genera a partir de prácticas de poder en donde

primero se mira y luego se enuncia. En este sentido las personas son sujetadas por el poder y definidas por el saber.

Su investigación sobre la forma en la que las personas son subjetivadas y reducidas al nivel de lo normal lo llevó a descubrir que existe una serie de estrategias disciplinarias que buscan controlar los cuerpos de las personas para la correcta organización de la vida en sociedad. Aquellas personas cuyos cuerpos no pueden ser controlados representan el sector patológico de la sociedad y deben ser aislados en instituciones para que se les observe y se les defina en cuanto a sus conductas. Con esta premisa Foucault menciona que:

... en realidad lo que caracteriza al loco, el elemento por el cual se le atribuye la locura a partir de comienzos del siglo XIX, digamos que es la insurrección de la fuerza, el hecho de que en él se desencadena cierta fuerza no dominada y quizás indomitable... (2005, pág. 23).

Entonces, el loco del siglo XIX es constituido, no por una razón científica, sino por una relación de fuerzas entre lo que debe ser considerado normal y aquello que no.

De hecho, el individuo es el resultado de algo que le es anterior: el mecanismo de todos los procedimientos que fijan el poder político al cuerpo. Debido a que el cuerpo fue “subjetivado” -esto es, la función sujeto se fijó en él-, a que fue psicologizado, a que fue normalizado, resultó posible la aparición del individuo, y gracias a ello se puede hablar de él, se pueden emitir discursos respecto a sus conductas, pero aún, se puede intentar fundar ciencias que describan y expliquen dichas conductas (Foucault, 2005, pág. 78).

Gracias a esta normalización del individuo se empezaron a generar discursos que hablaron de un sujeto patológico que está fuera de toda explicación normalizadora. Esto le permitió al saber psiquiátrico instaurarse por medio del poder; es decir, no hay un conocimiento científico previo sobre el cual se funda la institución psiquiátrica, únicamente hubo la liberación de un gran encierro y síntomas y cuando se le dan síntomas al psiquiatra se hace de él un médico (Foucault, 2005). Así, la locura se hace realidad dentro del asilo y se materializa mediante el interrogatorio (la entrevista); mediante la entrega del síntoma verbal.

Como se puede ver, es imposible no relacionar esta descripción del poder psiquiátrico con la afirmación general de Bachelard (2000) acerca de que la ciencia construye sus propias

normas de verdad en cada momento histórico (esto se verá también en el salto conceptual entre “loco” y “esquizofrénico”). Por obvias razones también viene a la mente Canguilhem:

...toda concepción de patología tiene que apoyarse sobre un conocimiento previo del estado normal respectivo; pero, a la inversa, el estudio científico de los casos patológicos se convierte en un momento indispensable de toda investigación de las leyes del estado normal. La observación de los casos patológicos presenta ventajas reales y numerosas sobre la exploración propiamente experimental (1971, pág. 28).

La crítica de Foucault (1986) a la psiquiatría se centra en el concepto de "normalización" o como ya se vio subjetivación. Argumentó que la psiquiatría, a través de su clasificación y tratamiento de las enfermedades mentales, juega un papel clave en el mantenimiento y aplicación de las normas y valores sociales. En otras palabras, la psiquiatría funcionaba como una herramienta de control social que reforzó las creencias y prácticas sociales dominantes.

Este control no solo resultó en formas de dominación, sino también, como ya se mencionó, en la creación de saberes acerca del “loco”, es decir, el poder, además de operar con mecanismos de dominación, también genera conocimiento, en este sentido es positivo y esta positividad se manifiesta en los discursos que se generan respecto a un determinado fenómeno, en este caso la locura.

De manera particular, el poder que ejerce el psiquiatra sobre el paciente, según Foucault (1986) hizo de él un sujeto, es decir, a partir de una descripción reconocida institucionalmente el “loco” fue definido y reconocido como tal. A partir de ahí, se generó una nueva corriente de estudio para la medicina: la psiquiatría y, como se verá más adelante, se vino una avalancha de conceptos, hipótesis y teorías para entender a la locura.

Pero antes, es preciso comentar que las técnicas de dominación que ya se expusieron le permitieron al psiquiatra controlar la locura, es decir, si un paciente aceptaba estos “yugos” su curación estaba próxima. Por otro lado, las marcas de saber tuvieron la función de instaurar al psiquiatra como una figura que proyectaba conocimiento a pesar de que en aquellos tiempos no se supiera mucho o nada sobre la enfermedad. Todas estas estrategias también tuvieron la función de convertir a la psiquiatría en una ciencia reconocida que tenían una

función muy importante en la sociedad. Pero si se tuviera que hablar de un solo hecho que permitió que la psiquiatría moderna alcanzara el grado de ciencia, Foucault (2002) diría que fue su integración al derecho penal.

Sin embargo, la integración de la psiquiatría y la ley no ocurriría sino hasta el siglo XIX, cuando las autoridades judiciales comenzaron a depender de la experiencia psiquiátrica para ayudarlos a tomar decisiones sobre la responsabilidad penal y el castigo. Esto condujo a la aparición del concepto de "criminal loco": alguien que había cometido un delito pero que no se consideraba totalmente responsable debido a su estado mental.

La posibilidad de asignar la locura era, por lo tanto, exclusiva de la calificación de un acto como delito: si el autor estaba loco, no era la gravedad de su acción la que se modificaba, ni su pena la que debía atenuarse, era el delito mismo el que desaparecía. Era imposible, pues, declarar a alguien a la vez culpable y loco; el diagnóstico de locura, si se planteaba, no podía integrarse en el juicio; interrumpía el procedimiento, y deshacía la presa de la justicia sobre el autor del acto. No sólo el examen del delincuente sospechoso de demencia, sino los efectos mismos de tal examen debían ser externos y anteriores a la sentencia (Foucault, 2002, pág. 21).

La psiquiatría se instauró como una ciencia no por sus descubrimientos o sus méritos académicos, sino por la función social, política y legislativa que cumplía. Estos factores sirvieron para que esta disciplina generara su saber acerca de las personas consideradas como "locas".

Hasta aquí se ha descrito la forma en la distintos conceptos, prácticas y discursos sobre la enfermedad mental surgieron gracias a que la psiquiatría se instauró como una disciplina con la capacidad de incidir en la vida las personas que eran consideradas enfermas o anormales y con la capacidad para incidir en la toma de decisiones gubernamentales y legales. Se expuso cómo la locura paso de ser un padecimiento relacionado con lo divino o lo demoniaco a un problema social. También se mostró cómo fue usada para el desarrollo de la psiquiatría como ciencia y cómo el encierro y el aislamiento de los "locos" pasó a ser una práctica institucionalizada y socialmente aceptada. Asimismo, se sentaron los precedentes de que esta enfermedad también podía ser observada en el comportamiento, en los síntomas del paciente; es decir, que era una enfermedad del cuerpo.

Con lo anterior en mente, cabe preguntar sobre la forma en la psiquiatría paso de ser una disciplina de control social a una científica y cómo la locura pasó de ser de un fenómeno que había que controlar a uno que se tenía que investigar científicamente. A continuación, se darán las explicaciones pertinentes al respecto.

1.1.3 El nacimiento de la esquizofrenia y el lenguaje esquizofrénico: la locura como enfermedad mental reconocida

Como ya se expuso en el apartado anterior, la enfermedad mental se estudiaba principalmente a través de la lente de la filosofía, la religión y la moralidad en lugar de métodos científicos empíricos. La enfermedad mental a menudo se veía como una falla moral o una manifestación de posesión de algún ente sobre natural y el tratamiento de tales condiciones a menudo involucraba exorcismos u otros rituales religiosos.

Siguiendo este orden, el surgimiento de la psiquiatría moderna comenzó a fines del siglo XVIII y principios del XIX, con el desarrollo de los asilos y la clasificación de los trastornos mentales en función de los síntomas. Sin embargo, estas primeras clasificaciones a menudo eran vagas y arbitrarias, y había poco consenso entre los médicos sobre las causas o el tratamiento de las enfermedades mentales. No fue, sino hasta que la locura adquirió el nombre de esquizofrenia que se empezaron a realizar consensos y metodologías específicas para tratar la enfermedad con un enfoque más científico.

Así pues, la genealogía del concepto de esquizofrenia se remonta a finales del siglo XIX y principios del XX, cuando se introdujo por primera vez como una categoría de diagnóstico médico. El concepto fue desarrollado por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin y el psiquiatra suizo Eugen Bleuler, quienes tenían sus propios puntos de vista sobre la naturaleza de la esquizofrenia y sus causas. Kraepelin (1919) veía la esquizofrenia como un trastorno progresivo y degenerativo caracterizado por una pérdida de control cognitivo y emocional, mientras que Bleuler (1960) la veía como una condición fragmentada que interrumpía la unidad de pensamiento, afecto y percepción y fue él quien le dio nombre a la enfermedad.

En esta parte se desarrollará más a fondo y a detalle las aportaciones de estos autores porque tienen implicaciones en las relaciones entre médicos, pacientes, sociedad y gobierno, lo que dibuja un esquema de la situación actual de la enfermedad y la forma en la que se estudia. Pero antes de seguir con el desarrollo de estas ideas es pertinente retomar algunos antecedentes que hablan de la relación entre el cuerpo y la enfermedad mental.

Como ya se dijo Hipócrates creía que, en oposición a sus colegas contemporáneos, la enfermedad mental era causada por desequilibrios en los cuatro humores corporales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). Propuso que la clave para tratar las enfermedades mentales era restablecer el equilibrio de los humores mediante cambios en la dieta, el estilo de vida y otros remedios naturales. Hipócrates también reconoció que las enfermedades mentales pueden tener síntomas físicos y abogó por el trato humano de las personas con enfermedades mentales (López, 2006; Porter, 2002).

Otro antecedente importante para continuar con esta línea de pensamiento viene varios siglos después con la frenología que era una teoría que determinaba el carácter y las habilidades de un individuo en función de la forma de su cráneo. Se desarrolló a fines del siglo XVIII y principios del XIX por Gall (1825). La teoría postulaba que diferentes facultades mentales estaban ubicadas en áreas específicas del cerebro, y que el tamaño y la forma de estas áreas podían determinarse al sentir las protuberancias y los contornos del cráneo. Esta teoría ganó gran popularidad en el siglo XIX y se usó para justificar diversas formas de discriminación social y política (Foucault, 1986), pero finalmente fue desacreditada por la investigación científica y cayó en desgracia a principios del siglo XX.

Sin embargo, de acuerdo con Arias (2018) dicho autor tocó temas muy importantes para la neurología y la psicología aplicada que permitieron el paso de las explicaciones metafísicas a la búsqueda de fundamentos neurofisiológicos del comportamiento humano. Siendo lo anterior verdadero, este antecedente también aplica para psiquiatría moderna porque Gall (1825) creía que la frenología podía usarse para identificar a criminales y enfermos mentales, y que podía usarse para mejorar la educación y la medicina. Además, esto se relaciona con los principales supuestos de su teoría:

1. Cada habilidad mental está asociada con una región particular del cerebro, a la que llamó "órganos".
2. El tamaño del órgano es proporcional a la fuerza de la habilidad mental correspondiente.
3. La forma del cráneo refleja la forma del cerebro, por lo que, al examinar las protuberancias y hendiduras en el cráneo, se pueden determinar las fortalezas y debilidades de las habilidades mentales de una persona.
4. Las habilidades mentales son innatas y se pueden heredar, lo que significa que algunas personas son naturalmente más inteligentes o talentosas que otras.
5. Las habilidades, conductas y tendencias del ser humano se pueden determinar mediante el análisis del cráneo.

Cómo ya se sabe, la frenología es una teoría bastante polémica que cayó en desuso, no obstante, con esta breve explicación es fácil intuir por qué es un antecedente crucial en el desarrollo de otras ciencias, específicamente en el de la neurología. Si bien es cierto que Gall no fue el primer autor que habló de la relación entre la cabeza, la enfermedad y la delincuencia, sí fue el primero que se enfocó en la relación cráneo/cerebro y personalidad. De acuerdo con Arias (2018) mucho antes de la frenología ya existía la fisiognomía y la patognomía y ambas disciplinas buscaban descubrir rasgos psicológicos y patológicos a partir de las expresiones faciales.

Todas estas corrientes de pensamiento que teorizaban sobre la conducta, la gesticulación y el cráneo se desarrollaron a la par de la psiquiatría moderna a finales del siglo XVIII y principios del XIX en Francia y Alemania. Sin embargo, como ya se mencionó, debido a la poca exactitud científica que tenían fueron rechazadas por la comunidad. La psiquiatría también participó de este rechazo y empezó a utilizar métodos más rigurosos para estudiar lo que entonces se llamaba demencia precoz y parafrenia. Uno de estos métodos fue la observación y descripción de la forma en la que los pacientes se expresan verbalmente; la psiquiatría empezó a estudiar el lenguaje y a relacionarlo con la mente y el cerebro.

Ahora bien, aunque la esquizofrenia, es un tema que se ha estudiado desde hace mucho tiempo, el interés sobre el lenguaje esquizofrénico empezó a tomar importancia a finales del siglo XIX con el trabajo de Kraepelin (1919) sobre la demencia precoz. Aunque,

es preciso mencionar que, como lo apuntan Novella y Huerta (2010), la demencia precoz ya se había estudiado a mitad de dicho siglo por Benedict Augustin Morel.

El término moreliano de demencia precoz, por tanto, hay que entenderlo en el marco del más estricto degeneracionismo y, de hecho, cuando Morel describía este tipo de pacientes no estaba aislando una entidad nosológica discreta, sino explicando algunas formas características de las locuras hereditarias (2010, pág. 207)

Sin embargo, Kraepelin (1919), considerado el padre de la psiquiatría científica, hizo contribuciones significativas este campo por medio de sistemas de investigación, clasificación y diagnóstico de trastornos mentales. Algunas de sus contribuciones notables incluyen:

1. Clasificó los trastornos mentales: desarrolló un sistema de clasificación de los trastornos mentales basado en la presentación clínica, el curso y el resultado de la enfermedad. Dividió los trastornos mentales en dos categorías principales: demencia precoz y enfermedad maniaco-depresiva.
2. Enfatizó el enfoque científico: se enfocó en la importancia de un enfoque científico para el estudio de los trastornos mentales, incluido el uso de métodos empíricos y la observación sistemática.
3. Uso de estudios longitudinales: realizó estudios longitudinales de trastornos mentales, siguiendo el curso y el resultado de la enfermedad a lo largo del tiempo. Este enfoque ayudó a establecer la historia natural de los trastornos mentales e informar las estrategias de tratamiento.
4. Concepto del prototipo clínico: propuso que cada trastorno mental tuviera un prototipo clínico distinto, que podría usarse para ayudar en el diagnóstico y la planificación del tratamiento.

Uno de los aportes más importantes de Kraepelin (1919) fue su observación y descripción de que las personas con enfermedades mentales a menudo muestran patrones de lenguaje anormales o trastornos del habla. Él describió el lenguaje de los pacientes con demencia precoz como "asociaciones sueltas" o "descarrilamiento", donde sus pensamientos saltaban de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica. También señaló que los

pacientes pueden usar palabras inventadas, repetir ciertas frases o mostrar una capacidad disminuida para comunicarse de manera efectiva. Estos trastornos del lenguaje, según el autor, eran importantes características diagnósticas de los trastornos mentales y se enlistan a continuación.

1. **Autoexpresión:** Kraepelin inicia sus observaciones a partir de la forma en la que se expresan las personas con demencia precoz. La falta de volición que presentan para convivir verbalmente con los demás es descrita a partir del mutismo, la vaguedad, el monosilabismo y la ecolalia. Siendo esta última una característica muy común de esta enfermedad. Por otra parte, también es común que en estos pacientes se presente un flujo de habla desbordado que no busca una verdadera interacción comunicativa con los demás.
2. **Incoherencia:** las asociaciones mentales del paciente se encuentran peculiarmente desconcertantes y se ven reflejadas en la incomprensibilidad de sus discursos pasando, sin ningún tipo de conexión, de un tema a otro o hablando de referentes que jamás se habían mencionado.

A patient said "Life is dessert-spoon," another, "We are already standing in the spiral under a hammer," a third, "Death will be awakened by the golden dagger." a fourth, "The consecrated discourse cannot be over split in any movement," a patient, "I don't know what I am to do here, must be the aim, that means steal with the gentlemen." (1919, pp. 56-57)

3. **Similitud de sonido:** este fenómeno es descrito a partir de la necesidad del hablante patológico de cambiar el significado por el parecido entre las palabras; es decir, la conexión de ideas es realizada puramente a partir de la similitud de sonidos: *"They rhyme, " Ott Gott," "simbra-umbra " they play senselessly with words and sounds. A patient spoke of " Khebrechr and Heinbrecher," another of " verhort und verstort," a third of " Sauspiel and Schauspiel.""* (1919, pág. 60).
4. **Estereotipia:** el paciente utiliza frases o expresiones lingüísticas marcadas y de manera repetitiva en cada una de sus oraciones. Cuando esta repetición se pronuncia de manera muy fuerte y prolongada a lo largo del tiempo se desarrolla el síntoma mórbido de la verbigeración. El autor cita un ejemplo de una mujer que repitió el siguiente discurso durante casi dos horas:

"I beg you to put me in another bed, in the bed where it was got ready yesterday else I shall not get out of hell any more. Jesus, dear Master mine, let me rely faithfully on thee lead me in the right path, O do lead me heavenward. You are my mother's lady's maid, and my mother is also there." (1919, pág. 63).

5. **Neologismos:** para Kraepelin, los neologismos son derivados del fenómeno de la parafasia en donde el paciente expresa un vocabulario en el que combina, corta o extiende palabras, de ahí nacen los neologismos. A diferencia de una parafasia que conserva estructuras morfológicas reconocibles, el neologismo es una palabra ininteligible que, a final de cuentas, terminan sonando como un completo balbuceo de sonidos: *"Urrass Asia peru arull ptiluss Pisa anueil pelli. Madrass ihsa Peru parell mull illuss thesu thariass inehluss pinta aperu ailesa, medut prusa exel ill Farrawall..."* (1919, pág. 68)
6. **Acatafasia y construcción de oraciones:** existen muchos errores y omisiones en las formas sintácticas de las proposiciones del lenguaje de estos pacientes. A veces, sus pensamientos no pueden ser configurados en frases sintácticamente correctas o, en otras, el orden de ideas ni siquiera se puede intuir debido a la desestructuración oracional: *"By the grace of God are the Emperor of the present analogy of the spirit 'in spiritu' of radical sworn upon oath subjects of proved alarm-satisfaction of my stamped masculine disposition 'centre Calvin"* (1960, pág. 71)

Estos fenómenos lingüísticos en el habla de los pacientes con demencia precoz son puras descripciones de las observaciones que dicho autor realizó en su investigación. De hecho, son solo parte de los síntomas verbales de esta enfermedad, pues el objetivo de Kraepelin (1919), como ya se mencionó, era describirla sistemáticamente para diferenciarla de otras enfermedades de la mente.

El lenguaje de los pacientes con enfermedades mentales ya era un tema de interés desde los tiempos de la protopsiquiatría, de hecho, Foucault (1986) habló de cómo los "locos" utilizaron su lenguaje como forma de resistencia al discurso dominador del psiquiatra y puso énfasis en las entrevistas que les realizaban. Sin embargo, el trabajo de Kraepelin (1919) demostró que las enfermedades mentales tenían ciertos rasgos lingüísticos que las

caracterizaban. Algunos de ellos se siguen estudiando hasta la fecha como la incoherencia, la estereotipia, los neologismos, etc.

Así las cosas, en 1911 el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1940) publicó su *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, donde ofrecía una caracterización del cuadro no a partir de su evolución, sino de lo que consideraba su rasgo psicopatológico fundamental: la escisión del yo. Esta nueva perspectiva llevó a Bleuler a introducir el neologismo “esquizofrenia” (literalmente, “mente escindida”) (2010, pp. 207-208)

Las principales aportaciones de Bleuler (1960) aún se mantienen en la psiquiatría moderna y son las siguientes:

1. Introducción al término "esquizofrenia": a Bleuler se le atribuye haber acuñado el término "esquizofrenia" para describir un grupo de trastornos psicóticos caracterizados por alteraciones en el pensamiento, la percepción y el comportamiento. Este término reemplazó al término anterior "demencia precoz" utilizado por Emil Kraepelin.
2. Descripción de los síntomas de la esquizofrenia: Bleuler es conocido por describir los síntomas centrales de la esquizofrenia, incluidos los trastornos del pensamiento, el embotamiento emocional, el retraimiento social y las alucinaciones.
3. Enfatizó la importancia de la experiencia subjetiva del paciente: Bleuler reconoció la importancia de la experiencia subjetiva del paciente para comprender y tratar la enfermedad mental. Animó a los médicos a escuchar atentamente a sus pacientes ya tomar en serio sus experiencias.
4. Desarrollo del concepto de "autismo": Bleuler usó el término "autismo" para describir un estado de ensimismamiento y desapego del mundo externo que puede ocurrir en la esquizofrenia y otros trastornos mentales. Desde entonces, este concepto ha sido ampliado y refinado por otros investigadores.

Estas contribuciones, además de continuar con el estudio científico de la enfermedad, le dieron un nuevo estatus al paciente más allá de cuando se le veía como un problema para la sociedad. Específicamente, el punto 3 sirvió para el desarrollo de otras formas de ver al enfermo y su enfermedad. Para Bleuler (1960) la esquizofrenia es una enfermedad que tiene cuatro síntomas característicos que se observan siempre en ella. Estos son sus famosas 4 aes:

1. **Pérdida de las Asociaciones:** en la esquizofrenia las conexiones habituales entre términos e ideas están alteradas, los pacientes que la sufren tienen pensamientos distraídos porque su foco de atención está cambiando permanentemente y el proceso de asociación es perturbado produciendo conexiones ilógicas relacionadas con la realidad. El yo esquizofrénico se divide y esta escisión de la personalidad es la característica predominante de la esquizofrenia que induce otros síntomas.
2. **Trastorno de la Afectividad:** los pacientes parecen apáticos e indiferentes, pero al separarse de las emociones desagradables pueden protegerse contra afectos nocivos y contra el sufrimiento. Este estado de apatía, incluso hacia las propias ideas dan la impresión de un estado de ánimo aplanado o incongruente. Sus sentimientos no parecen tener ninguna profundidad.
3. **Ambivalencia:** el paciente tiende a tener pensamientos o ideas que son totalmente opuestos entre sí. Afectivamente la misma idea puede ir acompañada de sentimiento agradables y desagradables al mismo tiempo y sus intenciones pueden ser contrastantes con sus acciones. De esta forma, este fenómeno puede observarse a nivel intelectual, sentimental y afectivo.
4. **Autismo:** Los pacientes pierden su conexión con el entorno que los rodea pues no perciben sus sentidos y parecen existir en una realidad exclusivamente onírica. El mundo exterior es solo un factor perturbador y no tiene valor real para ellos más. Las ideas autistas son casi incorregibles.

Estos síntomas característicos pueden o no estar acompañados de otros que el autor llama “síntomas accesorios”: delirios en donde el paciente genera producciones verbales sin sentido, alejadas de la realidad o simplemente incomprensibles en un contexto determinado; alucinaciones visuales, físicas y auditivas que refieren a percepciones de estímulos externos o internos inexistentes, perturbaciones de la memoria o trastornos del lenguaje (Bleuler, 1960).

En este sentido, Bleuler (1969) también hizo contribuciones significativas a la comprensión de las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia. Argumentó que las personas con esquizofrenia experimentan una interrupción en los procesos asociativos que gobiernan el lenguaje. Esta interrupción, creía, condujo a la formación de neologismos, o nuevas

palabras que no tienen un significado establecido, así como a una variedad de otras alteraciones del lenguaje, como la tangencialidad, el descarrilamiento y la ensalada de palabras.

Así pues, lo que se había realizado de Bleuler (1969) para atrás eran observaciones sobre el comportamiento lingüístico de los pacientes, pero no eran estudios enfocados en ese fenómeno y no se pensaba que había una relación entre el cerebro y la forma en la que hablaban los pacientes con demencia.

El verdadero interés por la forma en la que se expresan los pacientes inició con el trabajo de Schneider (1975) en 1959 ya que hizo contribuciones significativas al estudio del lenguaje esquizofrénico. Postuló que el uso de tipos particulares de lenguaje podría ayudar a diagnosticar la esquizofrenia. Además, describió varios rasgos lingüísticos característicos de la esquizofrenia, como la incoherencia, el pensamiento ilógico, los neologismos y la tangencialidad.

Schneider (1975) también creía que había una diferencia fundamental entre la forma en que las personas con esquizofrenia usan el lenguaje y la forma en que los no esquizofrénicos usan el lenguaje. Afirmó que el lenguaje de los esquizofrénicos refleja los trastornos del pensamiento subyacentes que caracterizan la enfermedad. Su enfoque para el estudio de los trastornos mentales se basa principalmente en el examen de los síntomas del paciente más que en suposiciones teóricas. Propuso dos tipos de síntomas: esenciales y accesorios, siendo los síntomas esenciales los indicativos del propio trastorno y los accesorios los síntomas secundarios o asociados.

Esta investigación es paradigmática porque, además de que fundó una corriente en el estudio de la esquizofrenia (el lenguaje esquizofrénico, hoy conocido también como Trastorno Formal del Pensamiento), enfatizó la importancia del síntoma sobre la teoría que lo describe. Sin embargo:

Históricamente hablando, los primeros estudios psicológicos de las producciones verbales de los sujetos esquizofrénicos datan de 1944 con la publicación de dos trabajos empíricos (concretamente de Fairbanks y Mann) y una monografía (hoy ya clásica) editada por J. S. Kasanin. Los dos primeros trabajos ejemplifican bien una corriente de análisis (los llamados

análisis distribucionales, basados en el recuento de las distintas partes del habla) que, inspirada en el estructuralismo lingüístico europeo, pronto generó un conjunto de investigaciones casi tan abundante como estéril para la explicación de las alteraciones esquizofrénicas del lenguaje (Belinchón, 1988, pág. 109).

Cuando la lingüística adquiere la categoría de ciencia con la investigación de Sasure (1983) sobre el estructuralismo, las demás ciencias y disciplinas empezaron a utilizar esta metodología y, como se acaba de enunciar, la psiquiatría también puso en práctica estos conocimientos acerca del lenguaje.

De aquí en adelante el lenguaje esquizofrénico se convirtió en un objeto que estudio serio pues ya contaba con una metodología para su análisis. De hecho, el estructuralismo solo fue el principio. El avance de las teorías y metodologías lingüísticas permitió que el conocimiento sobre el lenguaje esquizofrénico se hiciera más fino y sofisticado. De hecho, se empezó a postular científicamente la hipótesis de que, efectivamente, existía un lenguaje particular a los pacientes con esquizofrenia y que este lenguaje era una manifestación de la enfermedad (Pérez, García y Sass, 2010; Barrera y Berrios, 2001; Diez, 2011; Belinchón, 1988; Castilla del Pino, 1998).

En la Tabla 1 se expone la evolución de los estudios sobre el lenguaje esquizofrénico. No es que los estudios computacionales sean los que más se utilizan hoy en día, sino que son la tecnología más novedosa para el análisis. Dicho esto, dependiendo de las necesidades y de las hipótesis aún se siguen utilizando enfoques estructuralistas o combinaciones que favorezcan la obtención de resultados.

Tabla 1: evolución de los estudios sobre el lenguaje esquizofrénico

Tipo de estudio	Descripción
Formales	Estos estudios se centran en el análisis de las características formales del lenguaje de personas con esquizofrenia, como el ritmo, la entonación, la velocidad y la fluidez. Estos estudios pueden ayudar a identificar patrones y alteraciones en el lenguaje de las personas con esquizofrenia.
Estructuralistas	Estos estudios se enfocan en el análisis de la estructura gramatical y sintáctica del lenguaje de personas con esquizofrenia. Estos estudios pueden ayudar a identificar patrones y alteraciones en la estructura de la oración, la concordancia verbal, y la organización del discurso.
Alteraciones asociativas	Estos estudios se centran en el análisis de la asociación de ideas y conceptos en el discurso de personas con esquizofrenia. Estos estudios pueden ayudar a identificar patrones de pensamiento no lineal y alteraciones en la asociación de ideas en el discurso de las personas con esquizofrenia.

Estructura de la oración	Estos estudios se enfocan en el análisis de la estructura gramatical y sintáctica del lenguaje de personas con esquizofrenia. Estos estudios pueden ayudar a identificar patrones y alteraciones en la estructura de la oración, la concordancia verbal, y la organización del discurso.
Referenciales	Estos estudios se centran en el análisis de la capacidad de las personas con esquizofrenia para comprender y utilizar referencias en el lenguaje, como pronombres y nombres propios. Estos estudios pueden ayudar a identificar patrones y alteraciones en la comprensión y uso de referencias en el discurso de las personas con esquizofrenia.
Discursivos	Estos estudios se enfocan en el análisis de las características del discurso de personas con esquizofrenia, como la coherencia, la cohesión y la estructura narrativa. Estos estudios pueden ayudar a identificar patrones y alteraciones en la organización del discurso y la capacidad de las personas con esquizofrenia para construir una narrativa coherente
Computacionales	Estos estudios se basan en el análisis automático de grandes cantidades de datos lingüísticos, utilizando técnicas de procesamiento del lenguaje natural y aprendizaje automático. Estos estudios pueden ayudar a identificar patrones y características específicas del lenguaje esquizofrénico, y a desarrollar herramientas computacionales para la detección temprana y el diagnóstico de la esquizofrenia.

Fuente: elaboración propia basado en Belinchón (1988).

La investigación sobre la esquizofrenia y el lenguaje esquizofrénico sigue evolucionando y se siguen desarrollando teorías y enfoques. Uno de los avances más significativos, sin embargo, sigue siendo el descubrimiento de medicamentos antipsicóticos que ayudaron a controlar los síntomas positivos de la esquizofrenia como las alucinaciones y los delirios (Torres, y otros, 2022).

Dicho descubrimiento se debió a que en las décadas de 1970 y 1980, hubo un cambio hacia una comprensión más biológica y genética de la esquizofrenia, con investigadores analizando el papel de los neurotransmisores como la dopamina en el desarrollo del trastorno. Investigaciones más recientes se han centrado en los circuitos neuronales involucrados en la esquizofrenia y el potencial de una intervención temprana para prevenir o reducir la gravedad de los síntomas. Sin embargo, Torres y otros también exponen que:

Los actuales estudios de la neurobiología de la esquizofrenia examinan una multiplicidad de factores, entre los que se incluyen: la genética, la anatomía, los sistemas de circuitos funcionales, la neuropatología, la electrofisiología, la neuroquímica, la neurofarmacología y la neuroevolución.

A pesar de las investigaciones que se han realizado sobre la esquizofrenia, no se ha demostrado su etiología precisa, relacionan su aparición debido a causas multifactoriales. Debe tenerse en cuenta que en la etiología de esta enfermedad no hay hallazgos en las diferentes áreas de investigación que sostengan la hipótesis de que un único factor se pueda

considerar suficiente para explicar el trastorno, no obstante, esto ha llevado al desarrollo de varias teorías... (2022, pág. 325).

Los límites en el estudio de la esquizofrenia y su lenguaje son aún difusos porque, como ya se dijo, nuevos descubrimientos, metodologías y teorías se siguen desarrollando. No obstante, la formalización y la institucionalización de estas investigaciones aún en la actualidad es susceptible de crítica. De hecho, hay iniciativas que buscan suprimir a la psiquiatría del todo. Algunas, no tan radicales, sólo buscan cambiar ciertos postulados y conceptos que hagan más humanista la investigación de la esquizofrenia. En el siguiente apartado se tratarán estas y otras iniciativas.

1.1.4 Alternativas a la psiquiatría moderna

El movimiento crítico de psiquiatría y el anti-psiquiátrico son alternativas que desafían la validez y confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos y el modelo biomédico de la enfermedad mental. Los autores que se adhieren al primero argumentan afirman que la esquizofrenia es un concepto construido culturalmente que patologiza y estigmatiza a las personas que pueden estar experimentando angustia o formas alternativas de percibir la realidad. Sugieren que el diagnóstico de esquizofrenia se basa en juicios subjetivos de los síntomas, que pueden variar según la perspectiva del médico y los antecedentes culturales. Por otra parte, los defensores de la antipsiquiatría argumentan que los síntomas de la esquizofrenia a menudo son una respuesta a factores estresantes sociales y ambientales, como la pobreza, el racismo y el trauma, y que la medicalización de estas experiencias ignora los contextos sociales y políticos que contribuyen a la angustia mental. Abogan por enfoques alternativos, como el apoyo y la terapia basadas en la comunidad, que priorizan las experiencias de las personas con problemas de salud mental (Vázquez, 2011)..

El movimiento antipsiquiátrico se originó en la década de 1960 y tenía como objetivo abolir todo el campo de la psiquiatría, argumentando que era opresiva y que la enfermedad mental era una construcción social más que una condición médica. El movimiento abogó por enfoques alternativos para la atención de la salud mental, como el apoyo comunitario, los grupos de autoayuda y las terapias no coercitivas.

La antipsiquiatría de acuerdo con Vázquez (2011) cuestiona el concepto de enfermedad mental como una categoría médica objetiva, y propone que la “locura” es en realidad una construcción social y cultural. Esta perspectiva sostiene que la psiquiatría y la medicina en general son herramientas de control social que buscan homogeneizar y normalizar la conducta y la subjetividad de los individuos, en lugar de ayudarles a encontrar su propio camino en la vida.

La teoría de la enfermedad mental tuvo, pues, su utilidad histórica hasta el siglo pasado pero en la actualidad se encuentra científica y médicamente desfasada pues arriesga diagnosticar y tratar como enfermos mentales a pacientes con enfermedades cerebrales o de otro tipo que padecen trastornos involuntarios de conducta... (Vázquez, 2011, pág17).

La “razón psiquiátrica”, según la antipsiquiatría, es el conjunto de prácticas y discursos que se utilizan para justificar y perpetuar el poder de los profesionales de la psiquiatría y de los sistemas sociales en los que operan. La antipsiquiatría sostiene que la “razón psiquiátrica” tiene un efecto alienante y deshumanizador sobre los pacientes, ya que les impone un modelo normativo de comportamiento y reduce su identidad a una serie de síntomas y patologías.

El movimiento de psiquiatría crítica, por su lado, surgió en la década de 1980 y no pretende abolir la psiquiatría por completo, sino criticar y reformar el campo. El movimiento argumenta que el modelo médico tradicional de la psiquiatría, que ve la enfermedad mental como un trastorno biológico que puede tratarse con medicamentos, simplifica demasiado la naturaleza compleja de la angustia mental e ignora los factores sociales, culturales y psicológicos que contribuyen a los problemas de salud mental. El movimiento aboga por un enfoque más holístico y centrado en el paciente para la atención de la salud mental, que tenga en cuenta el contexto social y las experiencias subjetivas del individuo.

Una situación que parece saltar a la vista cuando se hace la revisión de los estudios de este tipo es el énfasis que se pone en la vida interna paciente y no tanto en el síntoma. Por eso, estas perspectivas señalan la importancia de replantear los conceptos y las teorías con las que se estudia la enfermedad y al enfermo para generar terapias más adecuadas. Como se puede intuir este objetivo parte directamente de la crítica que hizo Foucault (1986) al saber

médico que quedó instaurado para definir y construir el concepto de enfermo, en este caso, el de esquizofrénico.

Partidarios de estas perspectivas son Pérez, García y Sass (2010) cuyas principales contribuciones se encuentran en el área de la fenomenología que se enfoca las experiencias subjetivas y su relación con los trastornos mentales. Han argumentado que la esquizofrenia no debe verse como una entidad homogénea, sino como un conjunto complejo y diverso de experiencias que varían entre individuos y culturas. También, proponen que existen diferentes subtipos o dimensiones de la esquizofrenia, cada uno con sus propios síntomas y patrones de deterioro únicos.

En esta misma línea, Dastur (2015) sugiere que es necesario revisar la forma en que se entiende el concepto de "yo" en la psicopatología, ya que la visión dualista adoptada por Descartes (1977) es confusa e insuficiente para describir el fenómeno de la mente escindida presente en la esquizofrenia. Propone redefinir el concepto de "ipseidad" para comprender mejor cómo el paciente se entiende a sí mismo, en lugar de caracterizarlo solo por observaciones clínicas y postulados teóricos

Estas dos investigaciones tienen dos cosas en común: la primera es que ven una fuerte necesidad de cuestionar los conceptos con los que se suele estudiar la esquizofrenia para generar terapias más adecuadas y fructíferas; la segunda es que ponen como foco de atención el estudio y el replanteamiento de la forma en la que se entiende la noción de "yo".

Parnas y Handest (2010), por su lado, realizaron investigaciones que han contribuido significativamente al estudio de la esquizofrenia. Han propuesto un nuevo marco para comprender el trastorno que enfatiza la importancia de las experiencias subjetivas en lugar de confiar únicamente en los síntomas observables. Argumentan que la esquizofrenia no es solo una colección de síntomas, sino una perturbación fundamental en la forma en que una persona experimenta el mundo. Sugieren que el estudio de la esquizofrenia debería centrarse en experiencias subjetivas como la autoconciencia, la encarnación y la intersubjetividad, y que este enfoque podría conducir a tratamientos nuevos y más efectivos para el trastorno.

La premisa general de estos autores es que la idea de la experiencia en primera persona merece más investigaciones empíricas y sistemáticas debido a que, trastornos de este tipo, pueden resultar potencialmente útiles como organizadores psicopatológicos de los trastornos del espectro de la esquizofrenia.

Para llegar a estas conclusiones Parnas y Handest (2010) analizaron viñetas breves o citas textuales de pacientes con esquizofrenia. De esta forma agruparon anomalías de la auto experiencia a partir de lo que los pacientes decían de sí mismos y de su entorno. En la Tabla 2 se exponen, de manera resumida, este agrupamiento y algunos ejemplos de lo que dijeron los pacientes:

Tabla 2: La auto experiencia mórbida y sus marcas en el lenguaje

Desorden	Marcas en el lenguaje
Presencia y sus alteraciones: El concepto fenomenológico de presencia significa que, en nuestras transacciones diarias con el mundo, el sentido del yo y el sentido de inmersión en el mundo son inseparables.	<i>“I am unable to feel pleasure; everything appears indifferent. I am not a part of this world; I have a strange ghostly feeling as if I was from another planet. I am almost nonexistent.”</i>
Sentido de la corporalidad y sus alteraciones: La corporalidad es una condición fundamental de la individualidad. Es un prerrequisito de la constitución del espacio objetivo, poblado por objetos independientes de la mente, una visión compartida por la fenomenología y la filosofía analítica contemporánea de la mente.	<i>“I am no longer myself (. . .) I feel strange, I am no longer in my body, it is someone else; I sense my body but it is far away, some other place. Here are my legs, my hands, I can also feel my head, but cannot find it again. I hear my voice when I speak, but the voice seems to originate from some other place.”</i>
Corriente de conciencia y sus alteraciones: también denominada "corriente de pensamientos" es una sensación de conciencia como un flujo temporal. Este flujo oscila entre momentos "estáticos" introspectivos de actividad cognitivo-emocional explícita y tendencias vagamente articuladas de transiciones hacia nuevas direcciones.	<i>“Am I thinking? Since there is nothing that can prove that I am thinking, I cannot know whether I exist.”</i>
La autodemarcación y sus alteraciones: Incapacidad para discriminar el yo del no yo	<i>“this fluid transition between me and the world”: “it must consist of a mixture of air molecules, sweat droplets and tiny fragments of skin debris.”</i>

Fuente: elaboración propia basado en Parnas y Handest (2010)

Continuando con este orden de ideas, Boekera, et. al. mencionan que:

In addition to the underlying neuropsychological mechanisms of ego pathology in schizophrenic patients, the predispositional traits in their personality to develop these kinds of symptoms remain unclear. For example, certain personality dimensions, which are closely related with the experience and awareness of the own self, may predispose for the development of ego pathology as selfdisturbances (2006, pág. 8).

Estos autores ven en el esquizofrénico una patología o anormalidad en el ego y en el *self* que se ve reflejada en ciertos niveles de su personalidad y la estudian en su lenguaje; en sus oraciones en primera persona. Algo muy parecido a lo que Sharfetter afirmó sobre los propósitos de la conceptualización empírica de la conciencia-del-ego (*ego-consciousness*) unos 20 años atrás: “*To furnish a systematic presentation of the clinical polymorphism of so-called 'schizophrenic' phenomena. The systematization should help with the understanding of various symptoms and signs as an expression of and reaction to a disorder of ego-consciousness.*” (1981, pág. 273)

Y como el ego:

... refers to the certainty of experience. It is I myself: living, functioning on my own, unified and coherent, delineated by a boundary open for communication in an afferent direction, self-identical through the course of life and in various situations (1981, pág. 275).

De acuerdo con estos autores una persona que padece esquizofrenia no tiene certeza de la experiencia propia, su *self* no funciona unificada y coherentemente, no está delimitada por fronteras abiertas para la comunicación adecuada. Deja de ser la misma persona en el curso de la vida y en varias situaciones.

En general, estas perspectivas y estudios resaltan la necesidad de una comprensión más matizada y contextualizada de la esquizofrenia, que tenga en cuenta los factores sociales, culturales y políticos que contribuyen a la angustia mental y que priorice las perspectivas y la subjetividad de las personas que experimentan estos desafíos.

Como ya se adelantó, estos estudios opositores a los formales emanan desde la crítica a la forma en la que se conoce la enfermedad y al paciente y ponen de manifiesto lo que autores como Canghilem (1971) y Foucault (1990, 2005, 2007) ya habían anticipado de manera reflexiva: la descripción y caracterización de la enfermedad dejan de lado al paciente de forma que este se convierte en un texto que el psiquiatra debe leer basándose en los manuales y pruebas prediseñados y normalizados por la comunidad médica que aborda el fenómeno.

En este sentido cabría preguntar ¿qué dice el paciente de su propia enfermedad? ¿está sujeto al discurso psiquiátrico y la patologización que hicieron de él? Respondiendo a esta pregunta, existen investigaciones que hablan del estigma social y el auto-estigma que rodea a la enfermedad mental y que mencionan que el discurso ajeno condiciona el discurso del paciente y lo afecta emocionalmente.

Para enfatizar esto Corrigan y Watson (2002) estudian la forma en la que el paciente se vuelve un producto consumible. Ellos mencionan, conectando con el apartado anterior, que los análisis de contenidos escritos y en película indican 3 ideas equivocadas sobre las personas con enfermedades mentales. A saber: las personas con enfermedad mental son homicidas, maníacos a los que hay que temer; tienen percepciones infantiles del mundo que deben maravillarse; o son espíritus rebeldes y libres. Estas ideas son nocivas para los pacientes porque:

First impressions about the stigma of mental illness suggest that people with psychiatric disability, living in a society that widely endorses stigmatizing ideas, will internalize these ideas and believe that they are less valued because of their psychiatric disorder (2002, pág. 36).

Es decir, lo que se dice públicamente de la enfermedad afecta al enfermo, específicamente en su autoestima. Los autores llegaron a estas conclusiones a partir de las narraciones en primera persona de pacientes con enfermedades mentales como la siguiente

I perceived myself, quite accurately unfortunately, as having a serious mental illness and therefore as having been relegated to what I called “the social garbage heap.” . . . I tortured myself with the persistent and repetitive thought that people I would encounter, even total

strangers, did not like me and wished that mentally ill people like me did not exist (Corrigan y Watson, 2002, pág. 35).

Un estudio similar lo presentan Restrepo, Mora y Cortés (2007) con el objetivo de describir algunas de las características del estigma para demostrar la afectación que no solo sufren los pacientes con esquizofrenia, sino también sus familias. A diferencia de la anterior, esta investigación utiliza entrevistas estructuradas en las que se indagó sobre:

...el significado de haber presentado una enfermedad mental; 2) cuáles son las conversaciones que se dan a nivel social sobre la enfermedad mental; 3) cuáles son las experiencias y vivencias dentro de la institución psiquiátrica, y 4) entre las dimensiones social, familiar y laboral, cuál fue el marco de ajuste más difícil (2007, pág. 212)

Imagen 1: Testimonios sobre el estigma de la enfermedad

Testimonio	Fuente
“Lo que le pasa a la sociedad con el diagnóstico es lo mismo que le pasa al paciente, el desconocimiento. Hay falsas creencias de lo que implica y esto ocasiona perjuicios en los pacientes”.	Pacientes, grupo focal
“Mi familia me critica: piensan que yo soy drogadicto, pero yo nací así, con la cabeza mala”.	Paciente, grupo focal
“Con el diagnóstico queda marcada la persona, es como cuando la persona está encarcelada. Y esa marca queda para siempre, por más que uno se mejore... es el loquito del barrio... lo estigmatizan a uno”.	Entrevista
“Siempre nos rechazan, nos ven como peligrosos, se burlan, hacen chistes pesados, en la televisión el asesino en serie es siempre un esquizofrénico”.	Grupo focal
“O nos dicen: “¿Cómo es que usted no es capaz?”.	Grupo focal
“Hay mucho desconocimiento, la palabra se usa mal, para hablar peyorativamente de una persona le dicen esquizofrénico”.	Entrevista

Fuente: Restrepo, Mora y Cortés, 2007, pág. 216.

La imagen 1 muestra algunos de los testimonios de los pacientes que han tenido que lidiar con el estigma de su enfermedad, de su diagnóstico. Así como Corrigan y Watson (2002) mencionaron que la consecuencia del estigma público y el auto estigma de la enfermedad mental, Mora y Cortés afirman que el estigma:

...se refleja claramente en el cambio de identidad en el paciente. Hay un antes y un después. La identidad nueva refleja una pérdida de control en la vida propia y una detención de los proyectos vitales, al igual que una pérdida de autonomía (2007, pág. 218)).

El concepto de auto-estigma ha cobrado interés en las investigaciones que se enfocan en caracterizar la vida personal de los pacientes con enfermedades mentales y esto se debe a que, de acuerdo con Mascayano, Lips, Mena, y Manchego (2015) que, al menos el 40 % de los pacientes con enfermedades mentales presentan altos niveles de auto-estigma.

Ya sea que se vea afectada su autoestima, en un cambio de personalidad o en el control de su vida, este fenómeno es relevante porque con él se observa la forma en la que la percepción ajena, el discurso del otro, afecta el del paciente con esquizofrenia, por eso Mascayano, Lips, Mena, y Manchego (2015) usa el término “internalización” que describe la forma en la que dichos pacientes adquieren las actitudes negativas con las que se les ha tratado.

Así pues, la palabra clave en estas corrientes de pensamiento que se oponen a la psiquiatría moderna es “alternativas”, alternativas en el tratamiento de la enfermedad mental, alternativas en la forma de entender al paciente y hacerlo parte de la sociedad, al final, alternativas para que estas personas que han sido sujetadas por los distintos discursos que existen tengan la oportunidad de reinsertarse a una sociedad que busca la separación a partir de lo que es considerado normal y patológico.

Con todo esto, también resulta prudente revisar los avances que ha realizado la psiquiatría en la actualidad para determinar la forma en la que estudia la esquizofrenia y lenguaje esquizofrénico. Así se obtendrá un panorama general y no sesgado que permitirá construir hipótesis y conclusiones menos parciales que no busque insertarse de lleno en una perspectiva u otra.

1.2 Perspectiva psiquiátrica: límites y alcances del estudio moderno de la esquizofrenia y el lenguaje esquizofrénico

En los apartados anteriores se hizo un recorrido histórico y teórico del desarrollo de la psiquiatría como ciencia médica. Se vio, también, cómo la locura pasó de ser una enfermedad inventada por un conjunto de relaciones de poder para el control social a una enfermedad reconocida como objeto de estudio científico. Se concluyó con las alternativas al estudio de la esquizofrenia y su relevancia en el tratamiento de los pacientes. Ahora toca revisar la actualidad de la psiquiatría moderna y la forma en la que estudia la esquizofrenia.

Hoy en día, la esquizofrenia es una enfermedad que está normalmente asociada con el deterioro neurocognitivo y psicosocial del paciente. Puede ser invalidante si no se atiende oportunamente y representa un problema de salud pública de alto impacto para la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2011). Los síntomas característicos de esta enfermedad son: ideas delirantes, alucinaciones; eco, robo, inserción o transmisión del pensamiento, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, lenguaje desorganizado, entre otros (Association American Psychiatric, 2013). Aunque su incidencia a nivel mundial es relativamente baja, representa un problema de salud pública para los países, debido al tratamiento al que se deben someter los pacientes.

El Estudio Multicéntrico patrocinado por la OMS en 10 países, mostró una incidencia anual de entre 16 a 40 por 100.000, al utilizar los criterios diagnósticos de la CIE-9 y de 7 a 14 por 100.000 usando criterios más rígidos (CATEGO class S+ identifying nuclear schizophrenia).

El riesgo para desarrollar esquizofrenia alguna vez en la vida se estima en un rango de 0,3 a 2,0%, con una media aproximada de 0,7%.

En un meta análisis reciente que revisó todos los estudios publicados entre 1965 y 2001 se obtuvo una mediana de 15,2 por 100.000 al año en la tasa de incidencia, con un rango de 8 a 43 por 100.000 al año. Los datos fueron obtenidos de 55 estudios realizados en 33 países (Ministerio de Salud de Chile, 2009, pág. 8).

De acuerdo con Arredondo, Díaz-Castro, et. Al. (2018), en México, entre los años 2005 y 2015, la esquizofrenia representó la novena causa de incapacidad en adultos de 30 a 34 años. Aunque se ha registrado mayor incidencia en hombres, esta enfermedad no distingue entre sexo ni edad, más aún, no se conoce bien su origen ni sus causas. Si embargo, estudios recientes apuntan a que factores ambientales y congénitos pueden ser sus catalizadores (Ministerio de Salud de Chile, 2009).

En términos generales, el verdadero problema de la esquizofrenia no es que no tenga cura, sino que, a pesar de la gran cantidad de estudios que se han realizado en un gran periodo de tiempo, no parece que la comunidad científica esté cerca de llegar a conclusiones concretas sobre la forma y las causas por las que se desarrolla. Sin embargo, se han hecho caracterizaciones muy importantes para detectarla y tratarla a tiempo a partir de observaciones clínicas lo que hace que los pacientes aspiren a una vida sin muchas dificultades. En la Imagen 2 se exponen los criterios de diagnóstico de la enfermedad registrados por la *Association American Psychiatric* (2013) en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5 por sus siglas en inglés).

Imagen 2: Criterios para diagnosticar la esquizofrenia

-
- A. Two (or more) of the following, each present for a significant portion of time during a 1-month period (or less if successfully treated). At least one of these must be (1), (2), or (3):
 - 1. Delusions.
 - 2. Hallucinations.
 - 3. Disorganized speech (e.g., frequent derailment or incoherence).
 - 4. Grossly disorganized or catatonic behavior.
 - 5. Negative symptoms (i.e., diminished emotional expression or avolition).
 - B. For a significant portion of the time since the onset of the disturbance, level of functioning in one or more major areas, such as work, interpersonal relations, or self-care, is markedly below the level achieved prior to the onset (or when the onset is in childhood or adolescence, there is failure to achieve expected level of interpersonal, academic, or occupational functioning).
 - C. Continuous signs of the disturbance persist for at least 6 months. This 6-month period must include at least 1 month of symptoms (or less if successfully treated) that meet Criterion A (i.e., active-phase symptoms) and may include periods of prodromal or residual symptoms. During these prodromal or residual periods, the signs of the disturbance may be manifested by only negative symptoms or by two or more symptoms listed in Criterion A present in an attenuated form (e.g., odd beliefs, unusual perceptual experiences).
 - D. Schizoaffective disorder and depressive or bipolar disorder with psychotic features have been ruled out because either 1) no major depressive or manic episodes have occurred concurrently with the active-phase symptoms, or 2) if mood episodes have occurred during active-phase symptoms, they have been present for a minority of the total duration of the active and residual periods of the illness.
 - E. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition.
 - F. If there is a history of autism spectrum disorder or a communication disorder of childhood onset, the additional diagnosis of schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations, in addition to the other required symptoms of schizophrenia, are also present for at least 1 month (or less if successfully treated).

Specify if:

The following course specifiers are only to be used after a 1-year duration of the disorder and if they are not in contradiction to the diagnostic course criteria.

First episode, currently in acute episode: First manifestation of the disorder meeting the defining diagnostic symptom and time criteria. An *acute episode* is a time period in which the symptom criteria are fulfilled.

First episode, currently in partial remission: *Partial remission* is a period of time during which an improvement after a previous episode is maintained and in which the defining criteria of the disorder are only partially fulfilled.

First episode, currently in full remission: *Full remission* is a period of time after a previous episode during which no disorder-specific symptoms are present.

Multiple episodes, currently in acute episode: Multiple episodes may be determined after a minimum of two episodes (i.e., after a first episode, a remission and a minimum of one relapse).

Multiple episodes, currently in partial remission

Multiple episodes, currently in full remission

Continuous: Symptoms fulfilling the diagnostic symptom criteria of the disorder are remaining for the majority of the illness course, with subthreshold symptom periods being very brief relative to the overall course.

Unspecified

Specify if:

With catatonia (refer to the criteria for catatonia associated with another mental disorder, pp. 119–120, for definition).

Coding note: Use additional code 293.89 (F06.1) catatonia associated with schizophrenia to indicate the presence of the comorbid catatonia.

Specify current severity:

Severity is rated by a quantitative assessment of the primary symptoms of psychosis, including delusions, hallucinations, disorganized speech, abnormal psychomotor behavior, and negative symptoms. Each of these symptoms may be rated for its current severity (most severe in the last 7 days) on a 5-point scale ranging from 0 (not present) to 4 (present and severe). (See Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity in the chapter “Assessment Measures.”)

Note: Diagnosis of schizophrenia can be made without using this severity specifier.

Fuente: *Association American Psychiatric*, 2013, pp. 99-100

La *Association American Psychiatric* (2013) menciona que los déficits cognitivos pueden incluir disminuciones en la memoria declarativa, la memoria de trabajo, la función del lenguaje y otras funciones ejecutivas, así como una velocidad de procesamiento más lenta. Algunas personas con esquizofrenia muestran problemas de cognición social, en los que se incluyen la incapacidad de inferir las intenciones de los demás (teoría de la mente), falta de atención y consideración de eventos o estímulos irrelevantes como significativos, lo que quizás lleve a la generación de delirios.

Otra herramienta moderna con la que cuentan los especialistas para diagnosticar la esquizofrenia es la Escala de los Síntomas Positivos y Negativos o PANSS (por sus siglas en inglés):

... desarrollada por Kay et al en 1987 y adaptada al español por Peralta et al en 1994, es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología en pacientes con esquizofrenia. Se trata de una escala heteroaplicada que se cumplimenta a partir de una entrevista semiestructurada de unos 45 min de duración.

En su versión original, la PANSS está compuesta por 30 ítems agrupados en tres factores: síndrome positivo (compuesto por 7 ítems), síndrome negativo (también formado por 7 ítems) y psicopatología general (compuesto por 16 ítems) (Gil, y otros, 2009, pág. 161).

Con esta prueba se observa directamente la percepción, cognición, atención, afectividad, psicomotricidad e interacción social del paciente, evaluando psicopatologías positivas y negativas. Es decir, los síntomas positivos provocan que el paciente esté excitado, que tenga conductas visiblemente alteradas que le producen alucinaciones, delirios, de manera general, percepciones patológicas acerca de la realidad que lo hacen comportarse de forma errática.

Por su parte, los síntomas negativos hacen que el paciente esté aplanado emocionalmente provocando poco interés por la interacción y la comunicación con las demás personas desconectándolo de su entorno. Asimismo, esta prueba evalúa psicopatologías generales como la ansiedad, el sentimiento de culpa, la depresión, etc. (Gil, y otros, 2009)

El rango de calificación va del 0 (ausente) al 7 (extremo), en la Imagen 3 se exponen los ítems individuales y sus respectivas categorías generales junto con los rangos de calificación. Al final de la prueba se sacan los totales por categoría y se hace un total general para determinar la severidad de la enfermedad.

Imagen 3: Ítems y categorías con sus rangos de calificación

POSITIVA 0=AUSENTE a 7=EXTREMO	AUSENTE	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	M. SEVERO	SEVERO	EXTREMO
DELIRIOS	1	2	3	4	5	6	7
DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL	1	2	3	4	5	6	7
COMPORTAMIENTO ALUCINATORIO	1	2	3	4	5	6	7
EXITACIÓN	1	2	3	4	5	6	7
GRANDIOSIDAD	1	2	3	4	5	6	7
SUSPICACIA/EXITACIÓN	1	2	3	4	5	6	7
HOSTILIDAD	1	2	3	4	5	6	7
NEGATIVA 0=AUSENTE a 7=EXTREMO	AUSENTE	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	MODERADAMI	SEVERO	EXTREMO
APLANAMIENTO AFECTIVO	1	2	3	4	5	6	7
AISLAMIENTO EMOCIONAL/APATÍA	1	2	3	4	5	6	7
FALTA DE EMPATÍA	1	2	3	4	5	6	7
PASIVIDAD/AISLAMIENTO SOCIAL	1	2	3	4	5	6	7
DIFICULTAD EN EL PENSAMIENTO ABSTRACTO	1	2	3	4	5	6	7
FALTA DE FLUIDEZ Y ESPONTANEIDAD EN LA CONVERSACIÓN	1	2	3	4	5	6	7
PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO	1	2	3	4	5	6	7
PSICOPATOLOGÍA GENERAL 0=AUSENTE a 7=EXTREMO	AUSENTE	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	MODERADAMI	SEVERO	EXTREMO
PREOCUPACIONES SOMÁTICAS	1	2	3	4	5	6	7
ANSIEDAD	1	2	3	4	5	6	7
SENTIMIENTOS DE CULPA	1	2	3	4	5	6	7
TENSIÓN	1	2	3	4	5	6	7
MANIERISMOS Y ESTEREOTIPOS	1	2	3	4	5	6	7
DEPRESIÓN	1	2	3	4	5	6	7
RETARDO MOTOR	1	2	3	4	5	6	7
FALTA DE COOPERACIÓN	1	2	3	4	5	6	7
CONTENIDO DE PENSAMIENTO PECULIAR O EXTRAÑO	1	2	3	4	5	6	7
DESORIENTACIÓN	1	2	3	4	5	6	7
DISTRACTIBILIDAD	1	2	3	4	5	6	7
ALTERACIÓN DE JUICIOS DE REALIDAD	1	2	3	4	5	6	7
ABULIA	1	2	3	4	5	6	7
FALTA DE CONTROL DE IMPULSOS	1	2	3	4	5	6	7
ENSIMISMAMIENTO	1	2	3	4	5	6	7
EVITACIÓN DEL CONTACTO SOCIAL	1	2	3	4	5	6	7

Fuente: Figueroa (2015)

Imagen 4: Modelos factoriales de la PANSS e ítems que componen cada factor

Ítems de la PANSS	Bell et al (1994)	Lañçon et al (1998)	Lykouras et al (2000)	Mass et al (2000)	Wolthaus et al (2000)	Whitehorn et al (2002)	Emsley et al (2003)	Klingberg et al (2006)	Van der Gaag et al (2006)
								A	B
P1. Delirios	2	2	2	2	2	2	2	2	2
P2. Desorganización conceptual	5	2	5	5	5	5	5	5	5
P3. Comportamiento alucinatorio	2	2	2	2	2	2	2	2	2
P4. Excitación	3	3	3	3	3	3	3	Exc	3
P5. Grandiosidad	2	2	3	2	2	2	2	Exc	2/3
P6. Suspicacia/perjuicio	2	2	2	Exc	2	2	2	2	2/4
P7. Hostilidad	3	3	3	3	3	3	3	3	3
N1. Embotamiento afectivo	1	1	1	1	1	1	1	1	1
N2. Retraimiento emocional	1	1	1	1	1	1	1	1	1
N3. Contacto pobre	1	1	1	1	1	1	1	1	1/3
N4. Retraimiento social	1	1	1	1	1	1	1	1	1
N5. Dificultades en el pensamiento abstracto	5	5	5	5	5	5	5	5	1/2
N6. Ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación	1	1	1	1	1	1	1	1	1
N7. Pensamiento estereotipado	5	Exc	5	Exc	5	5	5	5	5
G1. Preocupaciones somáticas	2	4	3	Exc	2	4	4	Exc	1/3
G2. Ansiedad	4	4	4	4	4	4	4	4	4
G3. Sentimientos de culpa	4	4	4	4	4	4	4	4	4
G4. Tensión motora	5	3	3	3	4	4	4	Exc	3/4
G5. Manierismos y posturas	5	Exc	5	3	Exc	Exc	5	5	5
G6. Depresión	4	4	4	4	4	4	4	4	4
G7. Retardo motor	1	1	1	Exc	1	1	1	1	1
G8. Falta de colaboración	3	3	3	3	4	3	3	Exc	1/3
G9. Inusuales contenidos del pensamiento	2	2	2	2	2	2	2	2	2/5
G10. Desorientación	Exc	5	5	Exc	5	Exc	5	Exc	5
G11. Atención deficiente	5	Exc	5	5	5	5	5	5	5
G12. Ausencia de juicio e introspección	5	Exc	2	Exc	2	5	2	2	2/5
G13. Trastornos de la volición	1	Exc	1	Exc	5	5	1	5	1/
G14. Control deficiente de impulsos	3	3	3	3	4	3	3	3	3
G15. Preocupación	1	Exc	1	Exc	2/5	5	5	Exc	4/5
G16. Evitación social activa	4	1	3	1	1	Exc	1	1	1/2/3/4

Factores: 1 = negativo, 2 = positivo, 3 = excitación, 4 = ansiedad/depresión, 5 = desorganización/cognitivo.
A: modelo de Van der Gaag con 30 ítems.
B: modelo de Van der Gaag con 25 ítems.
Exc: ítem excluido en el modelo factorial del estudio.

Fuente: Gil, et. al. (2009, pág. 164)

En la Imagen 4 se observan los ítems que conforman la prueba y las categorías a las que corresponden. En la misma tabla se muestra la comparación que Gil, et. al. (2009) hicieron de los autores que han estudiado la efectividad de la prueba concluyendo que no existe unanimidad en los resultados obtenidos. Sin embargo, es una de las pruebas más utilizadas hoy en día ya que permite establecer una diferencia entre los síntomas que presentan los pacientes y las producciones verbales que de ellos emanan.

Por otra parte, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a Revisión (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020) existen distintos tipos de esquizofrenia en los que se presentan de manera indistinta los síntomas positivos y negativos:

1. Paranoide: con ideas delirantes relativamente estables de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal. El paciente también puede presentar alucinaciones auditivas que le dan órdenes o que simplemente no tienen contenido verbal. Asimismo, existe la posibilidad de que se presenten otro tipo de alucinaciones sobre sensaciones corporales.
2. Hebefrénica: caracterizada por trastornos afectivos donde los delirios y las alucinaciones son transitorios y fragmentarios. Se presentan comportamiento irresponsables e imprevisibles. Se busca la soledad y el comportamiento no tiene propósito. El paciente tiende a preocuparse por temas filosóficos, religiosos o abstractos y es muy susceptible a la aparición de síntomas negativos.
3. Catatónica: está caracterizada por los trastornos psicomotores graves. Se mantienen durante bastante tiempo posturas rígidas.
4. Indiferenciada: se caracteriza por presentar distintos síntomas de los demás tipos de esquizofrenia sin que ninguno prevalezca.

A pesar de que existen estos tipos, dependiendo del autor o el manual que se revise pueden existir más o menos. Sin embargo, de manera general, todos estos tipos entran dentro de 2 categorías generales: la esquizofrenia de primer episodio y la crónica: “La entidad clínica conocida como primer episodio de esquizofrenia (EPE) corresponde a la primera aparición de un episodio psicótico. Es la fase inicial de la enfermedad, que está presente debido a la ocurrencia de los síntomas positivos y/o negativos” (Figueroa, 2015, pág. 59).

Fase aguda. Durante esta fase los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser más intensos.

Fase de estabilización. Durante esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más después del inicio de un episodio agudo.

Fase estable. Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio (García, 2009, págs. 11-12).

Así como sucede con la enfermedad, su diagnóstico también pasa por varias etapas. De acuerdo con el Ministerio de Salud de Chile (2009) se inicia con una sospecha diagnóstica en donde se evalúan los síntomas que sugieren la esquizofrenia. Luego se pasa a la confirmación en donde se realiza una serie de exámenes como la evaluación clínica, examen mental, evaluación psicológica, TAC (Tomografía Computarizada) de cerebro, etc. De ahí bien la rehabilitación y el tratamiento que, dependiendo del tipo la severidad, las causas y las personas variarán en términos de terapias, hospitalización y medicamentos. En la Tabla 3 se explica más a detalle lo anterior.

Tabla 3: Tratamiento Integral para Personas con Esquizofrenia, según Fase de la Enfermedad

FASE	INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA
AGUDA		
Objetivos: Desarrollar una relación de colaboración Remisión de síntomas Garantizar seguridad	Contención emocional a la persona Intervención en crisis a la familia Psicoeducación al usuario y su familia (información simple y clara sobre su situación vital) Estructuración de rutina Intervenciones socio-comunitarias	Iniciar tratamiento con un antipsicótico atípico. Tratamiento parenteral en caso de riesgo de seguridad.
RECUPERACIÓN		
Objetivos: Desarrollar alianza terapéutica (esencial para el pronóstico a largo plazo) Mantener libre de síntomas positivos Mantener máximo funcionamiento posible Evitar efectos colaterales Analizar capacidades de afrontamiento Desarrollar relaciones e integración en la comunidad	Psicoeducación al usuario y a la familia Terapia cognitivo conductual Intervenciones familiares Intervenciones psicosociales grupales Apoyo para estudio, trabajo e integración social. Grupos de ayuda mutua para usuarios y familiares Intervenciones socio-comunitarias	Evaluación de resultados Ajuste de dosis o cambio de antipsicóticos si es necesario Medicación adjunta para mejorar respuesta o efectos colaterales
ESTABILIZACIÓN		
Objetivos: Restablecer funcionamiento a nivel previo al episodio psicótico Mejorar calidad de vida Disminuir riesgo de recaída	Psicoeducación al usuario y a la familia Terapia cognitivo conductual Intervenciones familiares Intervenciones psicosociales grupales Apoyo para estudio, trabajo e integración social. Grupos de ayuda mutua para usuarios y familiares Intervenciones socio-comunitarias	Manejo de efectos colaterales tardíos Reforzamiento de adherencia para tratamiento a largo plazo

Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2009, pág. 32)

La esquizofrenia de primer episodio normalmente se observa en los primeros 3 años del diagnóstico de la enfermedad, la crónica ocurre después de los primeros 3 y 5 años desde su detección (Ministerio de Salud de Chile, 2009).

Estas descripciones y caracterizaciones de los síntomas que pueden o no presentar un esquizofrénico ha servido para entender la enfermedad y han contribuido en el tratamiento del paciente, sin embargo, es importante destacar que no se sabe con exactitud si la esquizofrenia es un problema de cognición, de fallas en procesos neuronales o de fallas en el lenguaje (Pérez, García y Sass, 2010; Barrera y Berrios, 2001; Diez, 2011; Belinchón, 1988; Castilla del Pino, 1998).

Lo anterior quizá se debe a que la esquizofrenia es una enfermedad que solo se puede observar en síntomas conductuales y estos síntomas normalmente se le comunican al médico verbalmente por medio de una entrevista. Esto tiene mucho que ver con los 4 yugos que mencionaba Foucault (2007) y sobre la forma en la que se hacía del psiquiatra un médico al momento del que se le entregan los síntomas.

En la actualidad estos síntomas y otros son estudiados bajo el término “trastorno forma del pensamiento” (TFP) que, de acuerdo con Kuperberg (2010), se utiliza de forma puramente descriptiva y se refiere a una variedad de fenómenos que resultan en un deterioro de la comunicación verbal. El trastorno del pensamiento se evalúa principalmente mediante el examen de la producción lingüística del esquizofrénico sin suposiciones teóricas sobre sus causas subyacentes.

El TFP, al que Bleuler confirió centralidad en su concepto de esquizofrenia (6), es un síntoma frecuente en dicha condición. En sus grados leves, su frecuencia varía entre el 65% y el 90% (14, 15), Y en grados severos llega a afectar al 45% los de pacientes (16).

Pese a que se ha avanzado significativamente en el nivel de confiabilidad entre evaluadores para diagnosticar el TFP, aún no entendemos bien qué es, y porqué y cómo se diagnostica. En esto, el TFP es similar a otros procesos cognitivos aparentemente simples pero difíciles de estudiar, como el reconocimiento de patrones visuales (21) (Barrera & Berrios, 2001, pág. 17).

Así, el lenguaje de estos pacientes (la forma en la que se expresan verbalmente) es la fuente más fructífera para las investigaciones modernas sobre la esquizofrenia. Sus resultados, combinados con las observaciones de anormalidades neurológicas, han aportado bastante a la caracterización de esta enfermedad. Esto se observa en los trastornos del lenguaje derivados de ella. Algunos de ellos se exponen en la Tabla 4.

Tabla 4: Tipos de trastornos del lenguaje en la esquizofrenia

Trastornos del ritmo del lenguaje: Consisten en alteraciones en el ritmo y/o en la velocidad del lenguaje.	Bradifemia o bradifasia. Enlentecimiento en la emisión del lenguaje.
	Aumento de latencia de respuesta. El lenguaje es normal, pero el tiempo que pasa desde que se realiza la pregunta hasta que el paciente comienza a responder es más prolongado. Es propio, pero no exclusivo de las depresiones melancólicas, y se suele asociar con cierta inhibición psicomotora.
	Taquifemia o taquifasia. Aceleración en la emisión del lenguaje. Hablar muy deprisa. Se suele asociar a un hablar excesivo (logorrea o verborrea).
	Presión del habla. Incremento de la cantidad del lenguaje espontáneo en comparación con lo considerado normal o socialmente adecuado. Se podría considerar como el extremo contrario del aumento de latencia de respuesta. El paciente habla con rapidez y es difícil interrumpirlo.
	Tartamudez o disfemia o espasmofemia. Se da una alteración del ritmo y de la fluidez del habla, caracterizada por la interrupción del flujo del habla, por la tendencia a repetir las sílabas iniciales de las palabras. Pueden aparecer también bloqueos y aspiraciones.
	Aprosodia. Falta de entonación, apareciendo un discurso monótono, sin inflexiones y con pérdida de la musicalidad. Suele asociarse a alteraciones similares en el lenguaje no verbal.
Trastornos iterativos del lenguaje o estereotipias verbales: Alteraciones en la repetición de una misma sílaba, palabra o frase.	Palilalia. Repetición involuntaria de una palabra varias veces seguidas y de forma espasmódica.
	Ecolalia. Repetición irrelevante y persistente de las últimas palabras o frases que han sido dirigidas al enfermo, a modo de eco. Puede también copiar su entonación.
	Verbigeración. Repetición incesante, carente de sentido, de manera automatizada y estereotipada de las mismas palabras o frases. Suelen ir encadenadas a modo de discurso. Es un síntoma muy inespecífico.
	Coprolalia. Empleo de manera estereotipada de palabras vulgares, obscenas y sucias. Es un síntoma característico del síndrome de Gilles de la Tourette, si bien se puede encontrar también en otros trastornos.
Trastornos de la significación del lenguaje: Se trata de trastornos que afectan más directamente al significado del lenguaje.	Neologismos. Creación y uso de palabras o expresiones sin un significado generalmente aceptado, a las que el paciente da una significación concreta. El paciente crea nuevas palabras a partir de la combinación o condensación de otras, siendo estas nuevas palabras incomprensibles para el entrevistador.
	Paralogismos. Confusión del concepto que expresa una palabra, de manera que a una palabra existente se le da un significado diferente al que en realidad tiene. Se suele asociar a la presencia de neologismos.
	Glosomanía. Conjunto de manifestaciones verbales neoformadas acumuladas sin preocupación sintáctica alguna y desprovistas de fijeza y significación propias.
	Glosolalia. Lenguaje «personal» del enfermo, que utiliza un vocabulario y una sintaxis de su propia invención, pero con un sentido propio. Así, a diferencia de la glosomanía, este lenguaje sí podría ser traducido en caso de que conociéramos este lenguaje especial.
	Ensalada de palabras. Aparición de conexiones incoherentes o incomprensibles de palabras, que no responden a ninguna regla gramatical, y sin significado aparente. Las palabras de una oración apenas guardan relación unas con otras. Es propia también de algunos pacientes con esquizofrenia.
	Descarrilamiento o asociaciones laxas de ideas. Interrupción de la conexión lógica entre las ideas y el sentido general de la dirección del pensamiento. Existe un deslizamiento constante de un tema a otro, pero las frases individuales pueden ser claras y con sentido. Sin embargo, las ideas se escabullen unas de otras. Se dicen cosas yuxtaponiéndolas y falta una adecuada conexión entre frases o ideas.

Fuente: elaboración propia basado en Pifarré (2011)

Como lo menciona Kuperberg (2010), se han realizado varios intentos por caracterizar los fenómenos que comprenden el trastorno del pensamiento a un nivel clínico descriptivo. Como ya se mencionó se pueden dividir, de manera general, en "negativos" y "positivos". El "trastorno del pensamiento negativo" describe la pobreza del habla (alogia) y tiende a ocurrir con más frecuencia en pacientes con otros síntomas negativos no lingüísticos (la depresión, baja autoestima, conductas catatónicas, etc.). El "trastorno del pensamiento positivo" incluye varios fenómenos diferentes como el discurso desorganizado, el incoherente, los neologismos, el descarrilamiento de ideas y todos los fenómenos que se describieron en la Tabla 4.

Los trastornos positivos son los que se estudian con más frecuencia, por ejemplo, la incoherencia discursiva ha sido definida como una característica muy marcada del trastorno formal del pensamiento provocado por dicha enfermedad (Association American Psychiatric, 2013; Belinchón, 1988; Bleuler, 1960).

Este concepto ha persistido durante todo el siglo veinte permeando aún las visiones más heterodoxas (31). Actualmente, los textos describen al TFP de un modo somero: 'aquello de lo que un sujeto habla es el contenido y el modo en que lo habla es la forma' (32, 33). Los delirios ejemplificarían la patología del 'contenido' mientras que el TFP reflejaría patología de la 'forma'. En su versión actual, la Visión Recibida asume a) que el delirio deriva de una disfunción mental 'central' mientras que el TFP refleja una disfunción lingüística o 'local' y b) que 'forma' y 'contenido' del pensamiento y del lenguaje son dimensiones independientes (Barrera & Berrios, 2001, pág. 18).

Si bien se habla de que el TFP refiere a la forma en la que los pacientes se expresan, como se vio en la cita anterior, también se le asocia con el contenido. Con el fin de no entrar en esta distinción, el objeto general de estudio de esta investigación se denominará Lenguaje Esquizofrénico ya que con esta denominación es más fácil entender que la forma y el contenido están inmersos en ella.

Así pues, este fenómeno es un nicho bastante fructífero para la investigación, no solo lingüística, sino para otras disciplinas que también concuerdan que es ahí donde se pueden encontrar rasgos para caracterizar la enfermedad y generar terapias más efectivas para combatirla:

... el lenguaje de estos pacientes ha ido despertando el interés de los psicolingüistas porque, en la medida en que, clínicamente, el llamado «lenguaje esquizofrénico» ha sido identificado con las nociones de «lenguaje incoherente» y «habla desviada», su análisis y su caracterización objetiva parecen constituir una fuente de información potencialmente interesante para la identificación de los componentes y factores que están implicados en la producción de discursos coherentes y pragmáticamente eficaces (es decir, discursos «normales») (Belinchon, 1988, pág. 106).

Imagen 5: Algunas definiciones de la incoherencia en el lenguaje esquizofrénico

Carpenter, Strauss y Bartko (1973)	Lenguaje incoherente
Taylor y Adams (1975)	Verborrea Pensamiento ilógico Lenguaje aproximado Neologismos Bloqueo Descarrilamiento de ideas
Feighner <i>et al.</i> (1972)	Lenguaje incomprensible
Spitzer <i>et al.</i> (RDC, 1978)	Lenguaje incomprensible Pensamiento ilógico Pobreza de contenido Neologismos Descarrilamiento de ideas
Spitzer <i>et al.</i> (DSM-III, 1980)	Incoherencia Pérdida de asociaciones Pensamiento ilógico Pobreza de contenido del habla

Fuente: Belinchón (1988, pág. 107).

Como es expuesto en la Imagen 5, la incoherencia es uno de los fenómenos más descritos por la psiquiatría al estudiar la esquizofrenia. Se ha estudiado desde distintas perspectivas y con distintos métodos. Los resultados de estas investigaciones, aparte de otras conclusiones muy importantes, han planteado la hipótesis de que existe un lenguaje esquizofrénico; es decir, **una forma de habla patológica, diferente a la normal y que se puede estudiar en la expresión verbal de los pacientes con esta enfermedad.**

Esta premisa despertó tal interés, que las teorías para su análisis empezaron a crecer de manera importante (Tabla 5), no solo porque la expresión verbal del esquizofrénico tiene características notables, sino porque es uno de los medios donde se observa la enfermedad con mayor facilidad. Es decir, a pesar de que hay estudios que afirman que existen perturbaciones neurológicas, aún no hay evidencia concreta de que esta enfermedad se pueda localizar en alguna parte del cerebro o en alguna red neuronal.

Tabla 5: Principales teorías que tratan el lenguaje esquizofrénico

Teorías descriptivas	Son aquellas teorías tratadas con frecuencia en los manuales de psiquiatría. No comportan tentativas de interpretación, sino que tienden a clasificar y a definir las anomalías.
----------------------	--

Teorías correlativas	Son aquellas teorías que prescinden del aspecto causal, es decir, han situado el problema del lenguaje esquizofrénico, en el ámbito general de la psicopatología de la expresión.
Teorías estructurales	Son aquellas teorías que presentan el fenómeno lingüístico desde determinado punto de vista, derivado del análisis del lenguaje y cuyo aspecto interpretativo tiene estricta relación con el plano lingüístico, excluyendo las influencias externas.
Teorías fenomenológicas	Las teorías propiamente fenomenológicas son aquellas que no pueden ser separadas del conjunto de manifestaciones con las cuales un individuo se expresa. Una de estas teorías es la antropanalítica, que considera el lenguaje como la manifestación más esencial de lo humano.
Interpretaciones deterministas	Este es un tipo de interpretación teórica que puede ser organicista, psicologista o del tipo ecléctico. Básicamente, pretenden demostrar una relación directa entre aspectos biológicos y psiquiátrico-lingüísticos, o psicológico y lingüístico, o ambas relaciones a la vez.

Fuente: Figueroa, A. (2015). Análisis pragmalingüístico de los marcadores de coherencia en el discurso de sujetos con esquizofrenia crónica y de primer episodio. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Debido a que las teorías de interpretación deterministas han demostrado ser las más fructíferas en cuanto al lenguaje y siguiendo el orden de ideas de Figueroa (2015), resulta importante hacer una descripción un poco más profunda de ellas en los siguientes apartados.

1.2.1 La regresión primitiva del lenguaje y del pensamiento esquizofrénico

La primera teoría que hay que mencionar es la de la regresión primitiva del lenguaje y del pensamiento esquizofrénico o las teorías que ven el deterioro en el habla del paciente con esquizofrenia una regresión de pensamiento que genera formas de expresión primitivas o infantiles.

Caracterizado, según White (1949), por ser prelógico y rico en procesos imaginativos, en este sentido, es posible compararlo con el pensamiento de los pueblos primitivos o el pensamiento de los niños. Es interesante señalar que el alcance que realiza Piro (1987) con respecto a la teoría de White (1949) no considera la disgregación esquizofrénica como un síntoma de perturbación psíquica, sino como una regresión a un bajo nivel de pensamiento, es decir, a un sub-nivel de la abstracción, que viene siendo análogo a la teoría de la pérdida de las aptitudes abstractas de Goldstein (1943) también explicada por Piro (1987) La regresión lingüística a la que alude White (1949) se presenta en los sujetos esquizofrénicos, a la inversa del proceso que lleva a la construcción de un lenguaje complejo, rico en abstracciones. Por esta razón fue definida por White (1949) como una “psicosis de regresión”, sin llegar a definir claramente tal regresión (Figueroa, pág. 68, 2015).

Una investigación basada en esta teoría es la que presenta Ellsworth (1951). Este autor comparó el comportamiento lingüístico relacionado con el uso de sustantivos, pronombres, verbos y adjetivos, entre pacientes con esquizofrenia y niños de 5 años. Observó que existían semejanzas en el uso inadecuado de dichas categorías gramaticales por parte de ambos grupos y que estas desaparecían cuando se compara al primer grupo con uno de personas adultas. Además, afirma:

The schizophrenic's habits of personal cleanliness, his private and magical language, and his lack of integration with consensual reality, often seem childlike when compared with normal adult behavior. Because of this similarity, many psychologists and psychiatrists have interpreted the overt behavior of schizophrenics as an emotional and intellectual return to childhood (1951, pág. 387).

Una de las críticas que se le pueden hacer a esta teoría, específicamente a esta investigación es el claro ejemplo de la correlación que lleva a la conclusión. Ellsworth (1951) asumió que los errores lingüísticos que cometían los niños eran iguales a los que cometían los pacientes. Sin embargo, en el primer caso, como lo apunta Pérez (1976), las deficiencias en las pruebas se deben a que los niños aún no aprenden del todo las reglas gramaticales necesarias para aplicarlas correctamente mientras que, en el segundo, dichos errores se le pueden atribuir a distracciones o a otro tipo de asociaciones.

1.2.2 La pérdida de las “aptitudes abstractas”

En segunda instancia está la teoría que habla de la pérdida de las “aptitudes abstractas” en la que el sujeto con esquizofrenia asocia su mundo mental como algo que es inherente al objeto. El sujeto con esquizofrenia es incapaz de generar una trama de conceptos y referentes de manera abstracta, fenómeno que ocurre de la misma forma en sujetos con lesiones corticales focales.

Según Goldstein (1948) las aptitudes del comportamiento hacia lo abstracto y hacia lo concreto no son hábitos mentales, ni representan aptitudes específicas, como la atención o la memoria. Son más bien “niveles de capacidad” de la personalidad total, formando cada una de ellas, las bases para todas las aptitudes sobre algún plano de referencia.

Goldstein (1948) explica que estas características son semejantes en sujetos con lesiones corticales focales, como es el caso de los afásicos y de los agnósicos, quienes presentan una pérdida neta de las aptitudes abstractas, un abatimiento global de la conducta a nivel concreto: "...los pensamientos y las ideas surgen, pero solo pueden realizarse a nivel concreto... En efecto, los pacientes neurológicos tratan los pensamientos y las ideas como elementos inherentes al objeto o a la situación dada" (pp. 68-69 2015).

Una hipótesis muy similar desde un punto de vista lógico la presenta Von Damarus (1944) al afirmar que en la esquizofrenia dos cosas totalmente diferentes son aceptadas como la misma o, al menos, dentro de la misma categoría. Utilizando silogismos, el autor prueba como el paciente, ante oraciones como "todos los hombres son humanos"; "todas las mujeres son humanas" concluye "todas las mujeres son hombres".

La replicación de este experimento menciona Pérez (1976), demostró lo mismo que en el caso de Ellsworth (1951); cuando se compararon silogismos entre 50 pacientes y 50 personas normales se observó que ambos grupos cometían una cantidad similar de errores debido a que: "... no es lícito pensar que el pensamiento normal sigue siempre las leyes formales de la lógica; más bien, puede decirse que estas rigen simplemente las relaciones entre proposiciones y juicios." (Pérez, pág. 87, 1976)

Lo que se empieza a perfilar con estas teorías es la forma en la que dichos pacientes generan asociaciones mentales y lingüísticas con relación a las cosas. Una primera cuestión que se haría a esta proposición es si existe una relación entre la mente, el lenguaje y el mundo.

1.2.3 La *overinclusion* y la teoría de la interferencia

Las hipótesis de la "*overinclusion*" es una que se basa en relaciones irrelevantes que se encuentran en el discurso esquizofrénico. Es, de acuerdo con Pérez, el agrupamiento innecesario y excedente de contenido en una categoría mezclándola con "... acontecimientos

o particularidades que de ordinario se colocarían en clases diferentes... (pág. 87, 1976). Es decir, de acuerdo con Wittgenstein (2010), las proposiciones del esquizofrénico serían falsas, en el sentido, en el que su pensamiento y su lenguaje no se relacionan de manera precisa con los acontecimientos del mundo.

Para tener una mejor comprensión de la teoría de la *overinclusion* es preciso hacer una rápida revisión de la descripción que Cameron (1944) hace del lenguaje esquizofrénico de acuerdo con los descubrimientos y las hipótesis de su época.

Primero que nada, él habla de la asíndesis que se basa en el fracaso del uso coherente de las conjunciones, de ahí que no haya explicaciones de “porqué” o “cómo” suceden las cosas que se están diciendo. Por otra parte, está el habla metonímica que implica que el paciente haga una mezcla de términos figurativos y literales lo que hace indetectables conceptos definidos que apunten a una situación concreta. La fragmentación refiere al bloqueo del pensamiento en donde el esquizofrénico se ve sumergido en un mar de ideas que le impiden continuar con el hilo de la conversación o recordar lo que estaba diciendo. En el apartado de la interpretación el sujeto combina su imaginación con lo que sucede en la realidad, esto genera que su participación en las conversaciones se haga fantástica o incoherente. Esta interpretación genera un exceso de contenido y da nombre a la teoría *overinclusion*. Figueroa resume esta hipótesis de la siguiente forma:

La concepción de Cameron, en torno a la relación entre el lenguaje y el pensamiento esquizofrénico, sostiene que la anormalidad principal del pensamiento esquizofrénico consiste en la incapacidad de mantener los límites conceptuales. En las operaciones mentales en curso y de forma continua, se infiltran componentes parásitos, secundarios, improcedentes, resultando incluidos y aceptados en el pensamiento del sujeto. Estas intervenciones ocurren de este modo *overinclusive*, es decir, llenas de elementos periféricos, abstractos y vagos (pág. 70, 2015).

Sin embargo, Pérez (1976) menciona que las pruebas que se realizan para medir la *overinclusion*, a pesar de que han servido para categorizar algunos elementos del lenguaje esquizofrénico, en sujetos normales arrojan resultados que indican este grupo también es susceptible, aunque en menos frecuencia, a los mismos errores.

Una investigación que soporta lo dicho es la presentada por Chapman, Chapman y Miller (1964), quienes descubrieron que dichos errores se pueden resumir en la intrusión de asociaciones, la interpretación con exceso de contenido, la confusión entre usos literales y metafóricos y la solución de silogismos mediante la identificación de objetos que comparten cosas en común.

Estos errores, a pesar de que también los cometen personas sanas, dicen los autores, son manifestados con mayor frecuencia e intensidad por los esquizofrénicos. Esto le llevó a plantear la hipótesis de que estos pacientes al seleccionar el sentido de una palabra que puede variar de significado de acuerdo con el contexto lo hacen utilizando el sentido más fuerte de la palabra. Aunque, las críticas a esta hipótesis señalan que el sentido fuerte de una palabra, además de que no ha sido claramente definido, puede variar de acuerdo con el entorno sociocultural.

... esta tendencia de los esquizofrénicos puede entenderse como una consecuencia predecible a partir del hecho que el contexto influye poco en la percepción que tiene el sujeto de una frase: al ignorar el contexto, inmediatamente se presentarán asociaciones competitivas que modificarán radicalmente la respuesta del sujeto (Pérez, 1976, pág. 89).

Siguiendo esta idea entra en juego la teoría de la interferencia propuesta por Shakow (1962) que, a grandes rasgos, afirma que los pacientes con esquizofrenia tienen una surte de déficit de atención lo que les genera dificultad para concentrarse en los aspectos relevantes de una situación, a diferencia de los sujetos normales que son capaces de seleccionar y utilizar los elementos que importan dentro del contexto comunicativo. Esta incapacidad para filtrar la información adecuada se configura como una explicación para la teoría de la *overinclusion* expuesta anteriormente. Sin embargo, nuevamente esta es una teoría descriptiva de los fenómenos observados y no explica el origen de estos. En palabras de Pérez:

Pero aun cuando en ella se intenta especificar cuáles son los elementos esenciales del trastorno esquizofrénico (haciendo referencia particularmente a los mecanismos defectuosos de inhibición que no permiten evitar la intrusión de respuestas diferentes a las exigidas por la situación), no se propone nada sobre el origen de esta dificultad (pág. 90, 1976).

Así, el problema no es que los pacientes no tengan una atención focal de los acontecimientos importantes a su alrededor, sino que, esta falta de atención anormal no se ha logrado demostrar a un nivel biológico, pues las pruebas que se han realizado son oscuras en cuanto a resultados. Las variables respecto a la atención no se han determinado del todo y la poca uniformidad que arrojan las estadísticas no permite llegar a conclusiones que vayan más allá de la descripción y la suposición. A este respecto Orellana y Slachevsky apuntan:

La literatura reciente ha procurado caracterizar la prevalencia, el grado y la naturaleza de las anomalías neuropsicológicas en esta enfermedad. No obstante, no están claro los procesos cognitivos disfuncionales a la base de las diferentes anomalías neuropsicológicas. Por lo que, ha sido difícil determinar las bases neurobiológicas de los trastornos observados. Los paradigmas neurocognitivos están siendo utilizados en forma creciente para estudiar la EQZ. Tales paradigmas utilizan test experimentales y clínicos para caracterizar mejor las anomalías cognitivas en esta enfermedad (2006, pág. 41).

1.2.4 Alteraciones a nivel cognitivo y cerebral

Como una continuación directa de la teoría anterior, saltan a la luz las hipótesis que tienen que ver con las alteraciones a nivel cognitivo y cerebral en donde se estudia la atención, la memoria y funcionamiento ejecutivo de pacientes con esquizofrenia para determinar si existe una relación entre procesos neurológicos y la enfermedad. Primero que nada, Bausela (2009) afirma que las funciones cognitivas generales en la esquizofrenia se ven reflejadas en un coeficiente intelectual más bajo, aunque reconoce que estos resultados pueden estar sesgados por la selección de las muestras ya que normalmente se estudian pacientes hospitalizados, los cuales, normalmente presentan episodios agudos y por lo mismo están ante una situación de estrés anormal que impide obtener resultados acertados. En su investigación Orellana y Slachevsky concuerdan con estas proposiciones:

En la década de los 40, preneuroleptica, Rapaport describió que los pacientes rendían peor que los controles en pruebas que evaluaban juicio, concentración, capacidad de planificar y anticipar junto con un deterioro en la formación de conceptos y en la memoria. Hunt y Cofer en 1944 observaron que el cociente intelectual (CI) de los EQZ era más bajo que el de controles normales. Malec en 1978 revisó una serie de estudios en que usaban amplias

baterías neuropsicológicas y que demostraban que los EQZ crónicos no podían ser discriminados confiablemente de poblaciones con lesiones cerebrales (2006, pág. 42).

Estos autores engloban el problema de la investigación neurológica de la enfermedad en 3 preguntas rectoras: 1. ¿Cuál es la frecuencia y la característica de los trastornos cognitivos en los pacientes con EQZ? 2. ¿Los trastornos cognitivos son una consecuencia de la enfermedad o son secundarios al uso de neurolépticos? 3. ¿Los trastornos cognitivos varían de acuerdo con el tipo clínico de la esquizofrenia?

En este orden de ideas, es preciso mencionar algunas aproximaciones neurológicas que busca explicar el deterioro cognitivo en la esquizofrenia para tener una idea general de la forma en la que se han estudiado los procesos neuronales relacionados con el lenguaje.

Para Andreasen et. al. (1996) las señales y los síntomas visibles de la esquizofrenia, a nivel neuronal, se resumen, en una palabra: disimetría, la cual se define como la incapacidad de recibir y procesar información rápidamente, para recuperar los constructos asociados relevantes, y para producir una respuesta bien modulada y afinada. Una de las hipótesis que proponen estos autores es que estas incapacidades son originadas por problemas en el cerebelo argumentando que este es también un órgano cognitivo.

Esta postura va en línea con las afirmaciones de autores como Pérez (1970), Busela (2009) y Orellana y Slachevsky (2006) quienes, en sus revisiones sobre el deterioro cognitivo de los pacientes con esquizofrenia afirman que los problemas cognitivos de los pacientes no se deben al uso de medicamentos psicotrópicos o de otros fármacos orientados a tratar la enfermedad como normalmente se pesaba.

Con el fin de probar su hipótesis Andreasen et. al. (1996) seleccionaron dos tareas que requieren el seguimiento de la recuperación y expresión de información recordada, ya que los estudios de Tomografía por Emisión de Positrones (PET, por sus siglas en inglés) han demostrado que las regiones prefrontales y el cerebelo participan activamente durante la recuperación de información. Examinaron pacientes esquizofrénicos y voluntarios sin patologías durante el recuerdo libre practicado y novedoso de material narrativo complejo.

De acuerdo con los autores, el material narrativo complejo fue utilizado porque se aproxima a una situación común de la "vida real". Requiere que el sujeto escuche información

vinculada lógicamente en una serie de oraciones para retenerla, usarla y repetirla de nuevo. La gente tiene que realizar este tipo de tarea de aprendizaje y memoria en muchos tipos de situaciones laborales, escolares e interpersonales. Las personas con esquizofrenia tienden a tener un desempeño pobre en tales situaciones, por lo tanto, se concluye:

This study suggests that schizophrenia is probably not best conceptualized as a disease of a single brain region, but rather a disease involving complex circuits that may display different patterns of disruption that will vary depending on the task. It is consistent with other previous studies suggesting the utility of circuit models. In the cognitive tasks examined in this study, a basic abnormality was observed in prefrontal-cerebellar-thalamic circuitry in both conditions, but with specific variations between the novel and the practiced task. These variations in pattern are not due to a generalized decrease in cerebral blood flow in schizophrenia, but rather a disruption in functional or anatomical connectivity (Andreasen et. al. 1996, pág. 9989).

Un problema de esta investigación, que los mismos autores reconocen, es que no se puede determinar los mecanismos que producen los patrones anormales de los circuitos neuronales que entran en juego. No obstante, es prueba suficiente para continuar con la hipótesis del deterioro neuronal producido por la esquizofrenia y, nuevamente, descarta el hecho de que el deterioro cognitivo provocado por la esquizofrenia se debe al uso de psicotrópicos y otro tipo de fármacos.

Adheridos a las hipótesis sobre el fracaso en la correcta interpretación del contexto Braver, Barch, y Cohen (1999) postulan una teoría con la hipótesis de que, en la esquizofrenia, hay un aumento del ruido en la actividad del sistema de dopamina, que conduce a una "entrada" anormal de información en la corteza prefrontal. La teoría se implementa como una modelo computacional conexionista que incorpora los roles de la dopamina y la corteza prefrontal en el control cognitivo.

Los autores presentaron una simulación del desempeño conductual en una versión de la Prueba de Desempeño Continuo específicamente adaptado para medir aspectos críticos de la función de control cognitivo. Los pacientes con esquizofrenia presentan claros déficits de comportamiento en esta tarea que reflejan deficiencias en tanto el mantenimiento como la actualización de la información contextual. Los resultados de esta simulación sugieren que

el modelo puede dar cuenta con éxito de estas deficiencias en términos de anomalías actividad de la dopamina. En palabras de Orellana y Slachevsky:

El modelo de Cohen considera como elemento central para entender la esquizofrenia el concepto de contexto, definido como cualquier información relevante para una tarea y que es internamente representada de tal forma que influye en el procesamiento en las vías implicadas en la ejecución de una tarea. Las representaciones del contexto se mantienen en línea para influenciar el procesamiento de la información. El contexto es un componente de la memoria de trabajo y mantener activamente la información del contexto es crítico para el control cognitivo (2006, pág. 48).

Esta investigación parte del postulado de que la dopamina regula las respuestas ante el contexto del paciente. Mediante un modelo computacional, al programar distintas respuestas de personas con dicha enfermedad, los resultados que arrojó el código denostaron cómo este neurotransmisor no está bien conectado con la corteza prefrontal ante tareas que requerían atención en el contexto. En este sentido los autores reconocen:

At the empirical level, we have not provided an account of performance in more complex tasks requiring cognitive control, such as those that involve reasoning, problem solving, or ecologically important domains such as language production. As such, we have not demonstrated how our theory can account for deficits in these more complex domains among patients with schizophrenia (Braver, Barch, y Cohen, 1999, pág. 323).

Lo que se observa con estas dos últimas investigaciones es que: a) alteraciones a nivel cognitivo y cerebral de los pacientes con esquizofrenia existen, b) que estas no se deben al uso de medicamentos para el tratamiento de la enfermedad y c) las conexiones neuronales entre distintas áreas del cerebro, así como los neurotransmisores juegan un papel importante en los procesos cognoscitivos. Sin embargo, como también se ha expuesto, no se ha encontrado un proceso neuronal específico a los problemas del lenguaje esquizofrénico. Por eso, ciertas preguntas prevalecen:

¿Los distintos patrones de disfunción cognitiva corresponden a un patrón específico de disfunción neuroanatómica? ¿Los distintos tipos clínicos de la EQZ y síntomas clínicos se asocian con disfunciones cognitivas específicas? ¿Cómo tratar las disfunciones cognitivas, con fármacos y/o rehabilitación cognitiva? ¿Y, por último, si se logra tratar adecuadamente

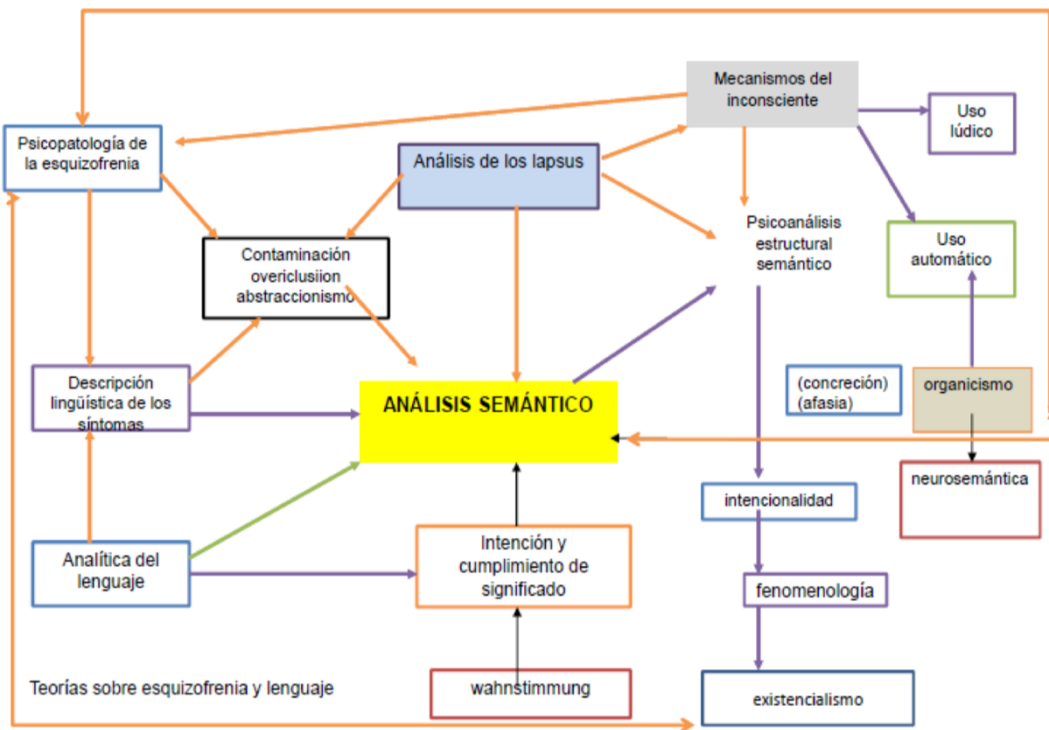
los síntomas cognitivos, existiría una disminución de los trastornos de la funcionalidad de la EQZ? (Orellana y Slachevsky, 2006, pág. 48)

Desde las primeras descripciones que realizaron Kraepelin y Bleuer sobre la esquizofrenia se ha visto que uno de los problemas que más ha interesado a la ciencia es la forma en la que pacientes con esta enfermedad utilizan el lenguaje.

Si bien es cierto que las teorías, las hipótesis y las investigaciones que se han expuesto hasta ahora no han dado una caracterización precisa del lenguaje esquizofrénico, no es menos cierto que cada esfuerzo ha servido para indagar más sobre el tema y, más allá de descartar la hipótesis de que estos pacientes utilizan de forma distinta el lenguaje, es preciso seguir explotando las posibilidades para comprobar o descartar este fenómeno.

En la Imagen 6 se observa la relación entre las distintas teorías que se han expuesto hasta el momento. La situación más importante por destacar es que el lenguaje está en el centro de la investigación (Figueroa, 2015). Es decir, de una forma u otra, cualquier enfoque del que se parta (psicopatología de la esquizofrenia, existencialismo, neurosemántica, etc.) terminará analizando el lenguaje de estos pacientes.

Imagen 6: Relación entre teorías y enfoques que estudian la esquizofrenia



Fuente: Figueroa, 2015, pág. 76.

Aunque es factible pensar que los estudios de carácter neurológico son el límite de las investigaciones de la esquizofrenia, la finalidad de esta exposición no ha sido señalarlos como tal, sino hacer un breve resumen de las principales hipótesis y teorías con las que se ha analizado y caracterizado el lenguaje esquizofrénico.

Así como se han generado teorías e hipótesis para describir las observaciones que se han hecho sobre el lenguaje esquizofrénico, también se han generado métodos y herramientas para extraer datos cuantificables que buscan que la enfermedad hable a través del discurso de los pacientes.

Los que se presentarán a continuación son algunos de las corrientes empíricas que más han aportado a la hora de describir las fallas verbales en las que recaen los esquizofrénicos.

1.2.5 Análisis de contenido

El primer método de análisis que se revisará es el que propuso Krippendorff (1969) para revisar textos. El análisis de contenido es una técnica de investigación para realizar inferencias replicables y válidas de los textos en sus contextos de uso. Como técnica, el análisis de contenido implica procesos especializados. Una de sus principales ventajas es que se puede separar de la autoridad personal del investigador; es decir, los resultados no requieren interpretación cualitativa. Sin embargo, esta técnica de análisis no fue creada específicamente para el lenguaje esquizofrénico.

En el caso del lenguaje esquizofrénico, apenas si ha habido una decena de trabajos que han aplicado sistemáticamente esta metodología. Entre ellos, solo unos pocos se han centrado en el análisis de la frecuencia de algunas categorías temáticas y en la verificación de la supuesta perseverancia de los esquizofrénicos en ellas (Belinchón, 1988, pág. 110).

Uno de los primeros trabajos que utilizó dicha metodología fue el realizado por Gottschalk, Goldine, Daniels, y Block (1958). Estos autores se adhieren a la hipótesis de que el comportamiento verbal de un individuo que sufre de algún desorden mental es muy distintivo para aquellos que lo escuchan, no solo en su forma, sino en su contenido. En esta línea plantean su propia hipótesis:

We have entertained the hypothesis that perhaps the degree of personal and social disorganization of an individual can be quantitatively assessed, at any one time, from the frequency of occurrence of a cluster of speech habits and themata which have pertinece to the individual's subjective experience (1958, pág. 153).

El objetivo de los autores fue medir la frecuencia en las ocurrencias discursivas y los patrones léxicos con los cuales se expresaban 8 pacientes con esquizofrenia crónica descubriendo que existen algunas categorías con a las cuales recurren de manera frecuente estas personas (ansiedad, hostilidad o referencias a sí mismos o a otros). Asimismo, otras de sus conclusiones importantes para ellos fue que la repetición de palabras y las pausas en el discurso son indicadores de la severidad de la enfermedad.

En años más recientes Carniel, Correa, y Santos (2015) se dieron a la tarea de determinar cuáles son los factores que dificultan o contribuyen para la inserción ocupacional

de personas que sufren de esta enfermedad. El estudio se realizó con sujetos con esquizofrenia. Todos los participantes eran mayores de dieciocho años y sin deterioro cognitivo que afectara su capacidad de decisión. Sus participaciones estaban relacionadas con sus experiencias laborales. Para complementar la investigación, también participaron en las entrevistas doctores y familiares involucrados en el cuidado de los pacientes. Los autores analizaron los contenidos en los niveles semántico y pragmático. Tres temas surgieron del discurso: adherencia al tratamiento, estigma y exclusión, sentido laboral y vital.

Los resultados de esta investigación se resumen en dichas categorías y las conclusiones de los autores apuntan que la condición de los pacientes empeora cuando no se pueden insertar de manera adecuada a la sociedad. Específicamente, el tema principal del estudio, la situación laboral de los pacientes ayuda a que estos puedan tener una estabilidad emocional lo que les da un sentido de vida más allá de su enfermedad, los hace sentir incluidos y son más propensos a continuar el tratamiento para curarse.

Although they experienced feelings of worthlessness and hopelessness in the initial process of the disease, they have moved forward and have transcended the disability label, transforming their lives into an experience that is worth. This was only possible thanks to the treatment adherence and to the efforts of a social and professional network involved in the construction of inclusion strategies (Carniel, Correa, y Santos, 2015, pág. 92).

Otro estudio que utiliza el análisis de contenido lo presentan Fineberg et.al. (2015). Ellos determinaron que los pacientes con esquizofrenia utilizan más palabras de función para referir a terceras personas que para hacerlo con ellos mismo ya que sus síntomas refieren a las intenciones de los otros. Además de que, en comparación con personas que padecen desórdenes del ánimo, los primeros utilizan menos proposiciones en primera persona.

Estos autores utilizaron un contador de palabras para determinar que las personas con esquizofrenia utilizan de forma diferente el lenguaje, no solo en lo que dicen (marcado por palabras de contenido), sino también, cómo lo dicen (marcado por palabras de función).

Using LIWC (Linguistic Inquiry and Word Count 2007), function word use was found to differ in some psychiatric conditions; for example, 'I' is used more by people with depression than healthy controls, indicating greater inward focus... Furthermore, others have established that the relationships between the types of words used may be different in patients with psychosis.

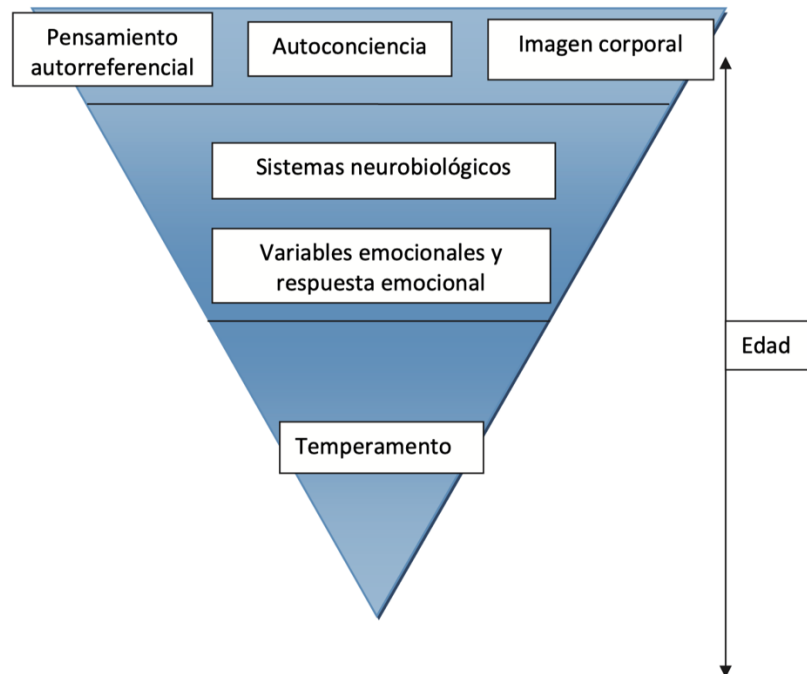
Specifically, using acyclic speech graphs to analyse speech from patients with schizophrenia and bipolar disorder, Mota and colleagues found evidence for verbosity and flight of thoughts in patients with mania. In the present study, we replicated the higher rates of first-person singular pronouns and negative affect word use associated with depression in our writers with mood disorder (Fineberg et.al. 2015, pág. 33).

Es probable que otros factores modulen la conversación de los pacientes sobre la percepción y la causalidad. Los pacientes hospitalizados con esquizofrenia y delirios no informan más percepciones anómalas que los controles psiquiátricos sin psicosis. Esto puede deberse a que el tratamiento con fármacos antipsicóticos atenúa las experiencias sobresalientes aberrantes. Sin embargo, los pacientes también aprenden rápidamente que hablar menos sobre experiencias e ideas extrañas puede disminuir la atención clínica no deseada y las interacciones sociales desagradables y aprender a modificar lo que dicen sobre sus experiencias (Fineberg et. al. 2015).

La primera limitación que los investigadores reconocen es que su experimento no contó con un grupo control de personas sanas, la comparativa que hicieron fue entre la esquizofrenia y el desorden del ánimo. Luego, los datos recolectados para el análisis emergen de ensayos realizados por los pacientes con ayuda de familiares y editados para ser publicados en el *Schizophrenia Bulletin*, lo que supone un gran sesgo en los resultados. Por último, llegan a sus conclusiones sobre el lenguaje a partir del conteo de palabras, cosa que también reconocen y que señalan como un primer paso hacia un análisis más profundo, sin embargo, este análisis lo sugieren desde una perspectiva psiquiátrica sin emparejarla con una lingüística.

Por su parte, Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador (2014) opinan que las ideas de autorreferencia son relaciones dañinas dirigidas al “yo” que se pueden observar en las primeras etapas de la esquizofrenia y otras psicosis y que tienen que ver con una identidad desfragmentada. Los autores llegan a esta conclusión a partir de una serie de estudios realizados en los que analizaron factores como la edad, la autoconciencia (la noción que las personas tiene de sí mismas), la imagen corporal, el temperamento y el desarrollo neurobiológico en la adolescencia, resumiendo sus descubrimientos en la Imagen 7:

Imagen 7: Factores que participan en el desarrollo del pensamiento autorreferencial



Fuente: Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador (2014, pág. 84)

En la base se sitúan los rasgos o características temperamentales, seguidos de la actividad de los sistemas de inhibición y aproximación conductual o sensibilidad al castigo y la recompensa, y, por último, la autoconciencia como proceso que se desarrolla de forma más tardía en el tiempo y ejerce su influencia por su procesamiento cortical. La influencia de estas variables está mediada o supeditada a la edad (como criterio de desarrollo), por las variables emocionales o de estado, y relacionadas con la imagen corporal negativa (2014, pág. 83).

Ejemplos de ideas de autorreferencia son “ese mensaje se dirige a mí”, “las personas escuchan mis pensamientos y me quieren dañar”; de autoconciencia “siento como si no existiera”, “pienso mucho en cosas que no debería”; de imagen corporal “no me siento en mi cuerpo”, “me veo en el espejo, pero no me identifico”. En este sentido, existe una estrecha relación en el desarrollo de las personas durante la adolescencia y las ideas de autorreferencia dañinas que emergen de ella. Si un adolescente es propenso a recibir críticas y no tiene los mecanismos psicológicos de defensa necesarios para sobrellevarlas, su desarrollo neurobiológico tendrá problemas a futuro y será más propenso a desarrollar algún tipo de psicosis. Sin embargo, esta es una hipótesis no probada pues su investigación está enfocada

en la significación que los pacientes hacen de su entorno y de las personas que los rodean (Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador, 2014).

Esto es importante porque dicha relación se configura en el lenguaje y los autores afirman que, como ya se mencionó, las ideas de auto referencia negativas pueden ser síntoma de un posible desorden mental. A esta conclusión llegan a partir del análisis de contenido en donde se encontraron oraciones como las ya mencionadas y se correlacionaron con los resultados de metodologías psicológicas como pruebas estandarizadas y escalas predefinidas para medir trastornos mentales u otros fenómenos psicológicos. En este punto, a pesar de que se parte de él, el lenguaje queda de lado y lo importante son los resultados de dichas pruebas y escalas.

Uno de los patrones que se puede observar en la utilización de los análisis de contenido es que esta herramienta es muy eficaz para delimitar categorías y, en concordancia con Belinchón (1988) permite la diferenciación diagnóstica de pacientes con distintos tipos de psicosis como se observó con Fineberg et. al. (2015).

1.2.6 Estudios formales y estructuralistas

Los siguientes tipos de análisis que se revisarán inician con el estructuralismo de Saussure. Estos se centran en las configuraciones de las expresiones de los esquizofrénicos; es decir, la forma en la que las categorías gramaticales son estructuradas y utilizadas por estos pacientes. Dos diferencias que estos análisis presentan frente a los análisis de contenido son, primero, que no buscan hacer interpretaciones en la semántica del discurso y, segundo, que las herramientas metodológicas que proporcionó el estructuralismo a la lingüística sirvieron para que la caracterización del lenguaje esquizofrénico tuviera bases más sólidas. Belinchón lo pone de esta forma:

La caracterización diferencial del lenguaje esquizofrénico en base a índices lingüísticos capaces de confirmar empíricamente la observación de «redundancia y perseveración» de las producciones de los pacientes ha estado sobre todo fuertemente vinculada a las posiciones estructuralistas y distribucionalistas que dominaron la Lingüística y la Psicología del Lenguaje de los años treinta-cincuenta (cfr. Blumenthal, 1970; Mayor y Gil, 1984; Carroll,

1985) y, por ello, ha estado dirigida, fundamentalmente, al análisis de ítems individuales tales como las categorías léxicas o las llamadas «partes del habla» (1988, pág. 111).

Si bien es cierto que esta corriente de análisis no cuenta con una metodología específica, no es menos cierto que los estudios que se adscriben a ella tienen características en común. Como se verá a continuación, la metodología de *types* (número de palabras diferentes) *tokens* (total de palabras utilizadas) *ratio* (TTR) y el estudio de errores gramaticales y sintácticos son formas muy utilizadas para analizar textos y discursos emitidos por personas con esquizofrenia.

El primer estudio que se revisará lo presenta Mann (1944), cuyo propósito fue sacar un muestreo del lenguaje de personas que podrían ser consideradas definitivamente como psicopatológicas, pero que, sin embargo, podían producir lenguaje escrito. El estudio se ocupa del problema específico de en qué aspectos el lenguaje "adecuado" e "inadecuado" puede diferenciarse cuantitativamente. Para ello, la autora midió las siguientes variables:

- (1) *The ratio of types (different words) to tokens (total words used).*
- (2) *The relative frequency of usage of certain grammatical categories.*
- (3) *The ratios of the frequency of occurrence of adjectives to verbs, adjectives to nouns, and adverbs to verbs, respectively.*
- (4) *The relative frequency of specific types, expressed as percentage of tokens* (1944, pág. 43).

Para el estudio se seleccionaron dos grupos de personas adultas: uno de 24 pacientes diagnosticados con esquizofrenia y el otro con la misma cantidad de personas conformado por estudiantes de primer año de universidad. A ambos grupos se les pidió que escribieran la historia de sus vidas en al menos 2800 caracteres que después fueron tabuladas para su posterior análisis.

La primera conclusión importante que señala Mann (1944) es que las frecuencias de tipo no proporcionaron una diferenciación cuantitativa del lenguaje de los grupos estudiados. Donde sí hubo diferencias marcadas también existieron sesgos en el desarrollo del experimento. Por ejemplo, los estudiantes usaron relativamente más pronombres en primera

persona del singular, mientras que los pacientes usaron relativamente menos. Esto se puede explicar que, al ser historias de vida, los estudiantes se enfocaron a hablar de ellos mismos, mientras que la relativa facilidad con la que los pacientes que pierden el hilo de ideas los hizo hacer menos autorreferencias. Desde el punto de vista estructural, los estudiantes investigados tienen una estructura lingüística en la que usan más adjetivos por sustantivo, más adverbios por verbo y más adjetivos por verbo que los esquizofrénicos. Por último, la principal diferencia en el habla de ambos grupos es que el de los esquizofrénicos utilizan una mayor cantidad de neologismos.

La situación final que expone la autora es que en su investigación no encontró diferencias cuantitativas concretas entre el lenguaje patológico y el normal; sin embargo, no descarta la posibilidad de que esta diferencia puede existir. Los puntos sobre la frecuencia de ciertas palabras y las estructuras gramaticales, así como el uso de neologismos, son considerados por la autora como puntos de partida esenciales para futuras investigaciones que quieran seguir trabajando bajo la hipótesis de que los pacientes con esquizofrenia utilizan el lenguaje de forma distinta.

Mann (1944) utilizó el análisis gramatical y el *TTR* para caracterizar el lenguaje esquizofrénico de manera cuantitativa y determinar la forma en la que este se diferencia del lenguaje normal. Otro estudio que utiliza estas mismas herramientas, pero con un objetivo relativamente diferente es el realizado por Salzinger, Portnoy y Feldman (1964). Estos autores partieron de la hipótesis de que pacientes con esquizofrenia y sujetos normales tienen habilidades de comunicación diferentes.

Aunque se podría pensar que esta hipótesis no es necesaria debido a que hay esquizofrénicos con una expresión verbal pobre y otros que, se diría, hablan de más, los autores mencionan que la afirmación de que una mayor cantidad de palabras repetidas para significar cosas diferentes conlleva a una pobre comunicación es una propuesta interesante pero no probada porque pocas palabras pueden organizarse y reorganizarse para transmitir una gran variedad de mensajes. Por otro lado, parece razonable que incluso un individuo que emite una gran cantidad de palabras diferentes puede transmitir muy poco contenido, así como sucede en la ensalada de palabras (Salzinger, Portnoy y Feldman, 1964).

Esto último es una crítica directa los resultados que se enfocan en la diversidad y en la pobreza del lenguaje para circunscribir a la esquizofrenia. Los autores utilizaron una entrevista en la que se le permitía, o más bien, se fomentaba que el paciente hablara ininterrumpidamente por largos periodos de tiempo a diferencia de las entrevistas estructuradas de respuestas cortas que normalmente se hacían.

Las únicas instrucciones que se les dieron al principio fue que hablaran de la razón por la cual estaban hospitalizados, que luego continuaran hablando del cualquier tema que desearan y solo en momentos de silencio largo se les hacían preguntas muy generales. De esta forma se midieron las capacidades comunicativas de un grupo de 13 personas con esquizofrenia (11 agudas y 2 crónicas) y otro de 12 sin antecedentes psiquiátricos mediante *TTR* y un análisis gramatical.

La utilización del *TTR* demostró que en las primeras y segundas 100 palabras de cada grupo no existieron diferencias significativas respecto a la cantidad de palabras diferentes utilizadas. El análisis gramatical demostró que tampoco existe una diferencia significativa entre el uso de ambos grupos de palabras léxicas (sustantivos, pronombres, adjetivos, verbos y adverbios) y palabras de función (conjunciones, preposiciones, artículos, palabras de cantidad y verbos auxiliares)

Hasta aquí los resultados son muy similares a los que expuso Mann (1944). Sin embargo, Salzinger, Portnoy y Feldman (1964) sometieron estos datos aun tercer filtro: el Procedimiento de “cierre” o método *cloze*. Esta herramienta se utilizó para obtener datos sobre la variable dependiente. El procedimiento de cierre se originó como una medida de legibilidad y consiste esencialmente en hacer que los sujetos adivinen las palabras que han sido sistemáticamente eliminadas de un pasaje determinado. Por tanto, cada pasaje se puede caracterizar evocando un número determinado de palabras correctas e incorrectas. Lo que daría como resultado la comprensibilidad de un discurso y, en el caso de este estudio, la comunicabilidad de este. Los discursos transcritos sin signos de puntuación y con palabras eliminadas se entregaron a estudiantes de universidad para que llenaran los elementos eliminados.

Después de las primeras 100 palabras en los discursos esquizofrénicos la incompresibilidad aumenta de manera marcada debido a que las instrucciones originales se olvidan y los estímulos internos en la mente de los pacientes empiezan a tomar más importancia, pero, también, los estímulos externos más cercanos al paciente; los que más llaman su atención interfieren en sus procesos cognitivos. De esta forma los autores le dan soporte empírico a su hipótesis:

We have demonstrated the validity of the hypothesis of relatively lower communicability of schizophrenic... It will be interesting to extend the present investigation to speech samples selected over a greater time span in order to see whether, for example, the schizophrenic speech would continue to decrease in comprehensibility and at what point the normal speech nicht begin to show such a decrease, and also to study such differences under a greater variety of experimental conditions (Salzinger, Portnoy y Feldman, 1964, pp. 857-858)

Debido a que el objetivo principal de esta investigación era demostrar que existe un decremento en las capacidades comunicativas en la esquizofrenia, los autores no se enfocaron en explicar o describir la forma en la que estas capacidades se ven afectadas. Incluso, otro de los objetivos fue mostrar la funcionalidad del procedimiento de cierre para el análisis discursivo. Así, lo que faltó en este estudio para hacer una caracterización adecuada de la comunicación en la esquizofrenia, de acuerdo con los autores, es tomar muestras discursivas de mayor duración a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Esto último es una situación que expone Belinchón sobre la utilización de este tipo de herramientas metodológicas que solo sirven para describir y no para explicar:

Dentro de las precauciones lógicas a las que obliga este tipo de observaciones, puede decirse de los estudios que han utilizado el TTR que sí arrojan evidencia fiable acerca del carácter perseverativo (empobrecido, desde un punto de vista léxico) del lenguaje esquizofrénico. Sin embargo, el índice no proporciona clave alguna relativa al por qué de esta diferente organización léxica de las producciones esquizofrénicas. Desde este punto de vista, su valor real para la investigación del lenguaje esquizofrénico es limitado: permite diferenciar formalmente muestras producidas por sujetos esquizofrénicos, pero no contribuye en absoluto a aumentar el conocimiento teórico de la naturaleza real de las perturbaciones que sufre este tipo de pacientes (1988, pág. 112).

A pesar de que los estudios hasta aquí presentados son llamados estructuralistas, sus objetivos solo se enfocan en las partes del habla; en las frecuencias del uso de ciertas palabras, temas y contenidos, en sí, se podría decir que son análisis para mostrar el universo léxico de los pacientes y la forma en la que este contrasta con el de personas sanas. Es decir, estos estudios han fundamentado objetivamente la redundancia y la estereotipia que describieron los autores clásicos. Sin embargo, a pesar de que sus principales objetivos radican en la caracterización formal de la expresión verbal en la esquizofrenia, estos esfuerzos no han logrado dar con el punto central de la diferencia entre un supuesto lenguaje patológico y uno normal. Sin embargo, es importante mencionar que el trabajo de Salzinger, Portnoy y Feldman (1964) fue novedoso en el sentido de que, como ya se señaló, fue el primero en utilizar el método *cloze* para el análisis del discurso esquizofrénico

1.2.7 Estudios sobre alteración asociativa

Los estudios que se presentarán a continuación se enfocan en la incoherencia que como ya se vio, es un fenómeno en las asociaciones mentales de los pacientes con esquizofrenia que se ven reflejadas en la incomprendibilidad en sus expresiones verbales. El cambio abrupto de tema, la utilización de referentes anafóricamente inexistentes son las principales marcas de la incoherencia y el descarrilamiento de ideas.

Kent y Rosanoff (1910) fueron los primeros en darle un método empírico al análisis de este fenómeno, el cual se basa en el principio de estímulos y respuestas mediante la asociación de palabras: “El concepto de «alteración asociativa», pues, históricamente hablando, fue uno de los primeros que se aplicó al estudio científico del habla desviada de los esquizofrénicos y también el que inspiró el, probablemente, más numeroso conjunto de investigaciones empíricas.” (Belinchón, 1988, pág. 112)

A partir de una lista de 100 palabras con sus posibles respuestas adecuadas, los sujetos de estudio debían responder lo primero que se les viniera a la mente cuando se enunciaba una palabra. A este estudio se le denominó “La asociación en la locura”.

Pero antes de aplicar la prueba a las personas con enfermedades psiquiátricas, los autores primero definieron los tipos de asociaciones comunes basándose en 100 mil respuestas de personas sanas. De esta forma se obtuvieron tres categorías de respuestas: a) las comunes, que se encuentran en la lista de palabras esperadas; b) las individuales, que no se encuentran en la lista de palabras esperadas; y c) las dudosas que, básicamente, son neologismos o errores gramaticales. La prueba se aplicó a 247 individuos con distintas patologías psiquiátricas (demencia precoz, paranoia, melancolía, psicosis alcohólica, entre otras); sin embargo, los resultados no fueron tan satisfactorios como se esperaba. En palabras de Belinchón:

...los resultados obtenidos no permitieron sostener ninguna de sus dos hipótesis centrales: a) la hipótesis de que este tipo de asociaciones se da solo en los pacientes esquizofrénicos, y b) la hipótesis de que, en condiciones experimentales idénticas, los pacientes esquizofrénicos producen significativamente más asociaciones únicas, idiosincráticas o bizarras que los sujetos normales (1988, pág. 113).

Sin embargo, el estudio de las alteraciones asociativas en el lenguaje esquizofrénico no paró ahí, debido a que las futuras investigaciones cambiaron de una perspectiva cuantitativa a una cualitativa. Adheridos a ella están Sommer, Dewar, & Osmond quienes se plantearon las siguientes hipótesis:

1. *Schizophrenics give more uncommon associations.*
2. *Schizophrenics are more variable in their associations from one occasion to another.*
3. *The associations of schizophrenics differ from those of other schizophrenics.*
4. *Schizophrenics are less aware of the commonness of their associations.*
5. *Instead of associations to the stimulus word, schizophrenics associate to their own associations* (1960, pág. 114).

La hipótesis 3 refiere a que, así como hay un gran número variado de lenguas naturales, así también hay un número variado de lenguas en la esquizofrenia. Dado que la mayoría de las definiciones de un idioma requieren un cuerpo de palabras y reglas para combinarlas y que este pueda ser entendido por una cantidad considerable de personas, Sommer, Dewar, & Osmond (1969) proponen la hipótesis de que debería ser posible investigar la existencia de una lengua entre los esquizofrénicos al ver en qué medida existen

asociaciones compartidas. Aunque Kent y Rosanoff (1910) han demostrado que las asociaciones de esquizofrénicos son diferentes de los normales, su trabajo, como ya se vio, no tomó en consideración la posible existencia de asociaciones diferentes entre esquizofrénicos.

La lista de 100 palabras de estímulo fue individualmente administrada generalmente a 43 personas normales, 23 esquizofrénicos, 26 esquizofrénicos crónicos y 23 Pacientes mentales no esquizofrénicos.

Las conclusiones de este estudio demuestran que las asociaciones de los esquizofrénicos son menos frecuentes que las de los pacientes normales o no esquizofrénicos. También son más propensos a tener asociaciones que son extremadamente raras. Sin embargo, son conscientes de que sus asociaciones no son habituales y que no son iguales a las de otras personas.

Si bien estos hallazgos son gratificadamente significativos desde un punto de vista estadístico, mencionan Sommer, Dewar, & Osmond (1969), las diferencias no son muy grandes en un sentido absoluto, pero, en lo referente a la conciencia que estos pacientes tienen sobre su enfermedad, los resultados fueron sorprendentes porque esto demuestra que, a nivel lingüístico, los esquizofrénicos saben que existen problemas que hacen que la gente no les entienda, aunque esto no impide que sigan manteniendo como verdaderas sus alucinaciones y delirios.

Esto hace poner en duda o demuestra la falsedad de una o varias posibles lenguas entre esquizofrénicos. Es poco probable que los esquizofrénicos puedan entender el habla de los demás esquizofrénicos mejor que las personas sin diagnósticos de enfermedades mentales.

En reuniones de grupo y sesiones de terapia, se ha observado que los pacientes no solo son intolerantes con los delirios y el habla incoherente de los demás, sino que ponen más atención cuando sus compañeros hablan más de manera normal. Algunos pacientes a veces se quejan de la forma incoherente de hablar de otros esquizofrénicos. Si hubiera un número de diferentes lenguas esquizofrénicas, seguramente se esperaría que aquellos pacientes que hablaban de manera similar se mantendrían unidos al igual que otros grupos minoritarios.

Estudios sociométricos en este respecto no muestran evidencia de tal fenómeno (Sommer, Dewar, & Osmond, 1969).

Lo que se pone de relieve al comparar estas dos investigaciones que hacen uso de la herramienta de las asociaciones por estímulos es que un enfoque diferente es capaz de poner a la luz cuestiones que de otra manera no se habrían tomado en cuenta. En este sentido, el tema de las lenguas en la esquizofrenia era una hipótesis que ya se había planteado, pero que no se había probado. Sommer, Dewar, & Osmond, (1969) se dieron a la tarea de darle una revisión a este postulado descartando de lleno la existencia de dichas lenguas. Sobre este tipo de investigaciones Belinchón apunta:

Chapman y sus colaboradores... encontraron evidencia favorable a la hipótesis de que los normales no solo cometen menos errores asociativos que los esquizofrénicos, sino que, además, en la selección de sus respuestas verbales (en tareas experimentales de definición de palabras ambiguas) se guían tanto por parámetros de fuerza asociativa como por las restricciones impuestas por el contexto verbal en que se presentan los estímulos (los esquizofrénicos, por el contrario, tienden a seleccionar las respuestas asociativas primarias, con independencia del contexto estimular) (1988, pp. 114-115).

Como ejemplo de esto último la revisión que hicieron Rattan y Chapman (1973) sobre asociaciones intrusivas en el comportamiento verbal esquizofrénico puso de relieve que pueden presentarse dos tipos de explicaciones para dar cuenta de este fenómeno. Uno es que los esquizofrénicos sufren de un déficit general en el funcionamiento intelectual de modo que todas sus habilidades mentales se degradan. En esta explicación, las asociaciones inapropiadas se realizan por meras reacciones espontáneas debido a la incapacidad de responder correctamente. Una visión alternativa es que las asociaciones inapropiadas son el resultado de una respuesta excesiva al entorno y, por tanto, son parte de la causa en lugar del resultado de la disminución de exactitud. Ambas interpretaciones pueden, por supuesto ser correctas.

Para poner a prueba simultáneamente estas dos hipótesis los autores recurrieron a una prueba de asociación en donde se presentaban palabras que tenían 4 posibles respuestas; un grupo de respuestas contenía respuestas asociativas (¿alberca significa? Charco, libro, nadar, ninguna de las anteriores) y otro grupo contenía respuestas no asociativas (¿punto significa?

Quemar, apuntar, firmar, ninguna de las anteriores). El objetivo era generar distractores en las respuestas de los pacientes

Rattan y Chapman (1973) concluyeron que usar subpruebas de vocabulario de opción múltiple que buscan determinar el poder de discriminación, donde una subprueba contenía distractores asociativos y la otra no, este estudio demostró claramente que los esquizofrénicos crónicos tienen un mayor déficit cuando hay distractores asociativos que cuando están ausentes. Exceso de respuestas derivadas del entorno, en lugar de la elección de los asociados como un subproducto del déficit generalizado del desempeño, da cuenta de los resultados. Otros estudios no han separado adecuadamente el exceso de respuesta al entorno debido a que no se compararon pruebas de poder discriminatorio. Es decir, como se vio con Kent y Rosanoff (1910) y Sommer, Dewar, y Osmond, (1969), las pruebas asociativas solo se aplicaron para comparar, en el primer caso, a personas con esquizofrenia y personas normales y, el segundo, para determinar si hay una especie de lenguaje entre los esquizofrénicos.

El aporte de Rattan y Chapman (1973) radicó en el hecho de que pudieron probar un déficit cognitivo en la esquizofrenia que se observa en contraste con personas normales. Sin embargo, Belinchón (1988) señala que una de las principales críticas que se hacen a este tipo de estudios es que la utilización y selección de ítems léxicos en las pruebas asociativas no es en nada parecida a la que se realiza en el lenguaje natural. Por otra parte, es innegable que estos resultados han aportado a las investigaciones modernas sobre los déficits cognitivos en la esquizofrenia.

En este orden de ideas entra el trabajo de Reilly, Harrow, Tucker, Quinlan y Siegel (1975) cuya importancia metodológica radica en el hecho de que fue pionero en operacionalizar variables que pudieron diferenciar estadísticamente a los pacientes con esquizofrenia de los controles (Belinchón, 1988).

Esta vez el estudio se hizo entrevistando a 26 pacientes con esquizofrenia aguda y o 25 con otra enfermedad mental también aguda. Todas las entrevistas fueron grabadas, transcritas posteriormente, y luego calificadas por un médico experimentado en 10 variables.

Para fines de la evaluación, la sección de la entrevista no relacionada con la salud mental y la sección de salud mental de cada transcripción se dividió en dos partes iguales;

estas cuatro secciones de cada cinta fueron puntuadas por separado. Dado que las transcripciones variaron de longitud hasta cierto punto, la longitud de cada sección de la transcripción se anotó, y esto se tomó en cuenta para la puntuación de todas las variables excepto la holgura de asociaciones (Reilly, Harrow, Tucker, Quinlan, & Siegel, 1975).

Las variables puntuadas incorporaron una serie de características del habla esquizofrénica descritas por Bleuler (1960) y Kraepelin (1919) que se consideran teóricamente relevantes y dignas de análisis. Estas variables fueron extraídas por Belinchón (1988) en su mencionada investigación sobre la aproximación psicolingüística al lenguaje esquizofrénico y son expuestas en la Imagen 8.

Imagen 8: Variables del descarrilamiento asociativo

1. Pérdida de asociaciones: Carencia de conexión entre ideas de tal forma que el cambio de pensamiento es cuestionable o incomprensible para el oyente. Tipos: L1: Cambio ligero dentro de una oración. L2: Cambio leve de una oración a la siguiente, mismo tema. L3: Cambio severo de una oración a la siguiente, mismo tema. L4: Cambio ligero de una oración a la siguiente, tema diferente. L5: Cambio severo de una oración a la siguiente, tema diferente. L6: Cambio severo dentro de una oración.	discurso éste tiene poco o nada que ver con aquello de lo que estaba hablando antes.
2. Laguna en la comunicación: Omisión de información esencial para que el oyente pueda comprender.	5. Pensamiento delirante: Las verbalizaciones del hablante llevan al oyente a concluir: a) Que está delirando en ese momento. b) Que habla sobre delirios anteriores.
3. Significado privado: Las palabras, frases o ideas son totalmente comprensibles, sólo para el hablante. El neologismo sería un ejemplo extremo de esta desviación.	6. Vaguedad de ideas: Los enunciados son gramaticalmente completos pero las palabras, frases y oraciones son imprecisas y/o abstractas, de forma que al oyente le resulta difícil seguir o comprender el significado de lo que dice el hablante.
4. Bloqueo: Interrupción o pausa brusca del curso del pensamiento de forma que cuando el hablante retoma el	7. Cambios temporales bruscos: El hablante pasa rápidamente de un periodo de tiempo a otro sin que haya una lógica clara para estos cambios.
	8. Repetición: Es la medida de la repetición del mismo grupo de palabras, frases o interjecciones.
	9. Perseveración: Repetición de la misma idea básica con una carencia de movimiento o dirección del curso del pensamiento.

Fuente: Belinchón, M. (1988). Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística. *Estudios de Psicología*, pág. 117.

Cada vez que alguna de las variables mencionadas se encontró presente en una transcripción se anotaba en una hoja de puntuación. La calificación para cada tipo de descarrilamiento de cada una de las cuatro secciones fue la suma directa de la cantidad de descarrilamientos. Al final de cada una de las cuatro secciones en cada transcripción el evaluador dio una calificación numérica de 0 (que indica que no hay patología) a 4 (que

indica que sí hay patología) para cada una de las categorías (Reilly, Harrow, Tucker, Quinlan, & Siegel, 1975).

Dentro de sus resultados más importantes los autores señalan que, durante el episodio esquizofrénico agudo algunos aspectos del cuadro clínico pueden ser influenciados por un estado de confusión temporal. Por ejemplo, una consecuencia de esta confusión podría ser una drástica ruptura social en la que la comunicación interpersonal se vuelve difícil por un rato. Habría entonces en el episodio agudo de esquizofrenia, para muchos de estos pacientes, una incapacidad temporal para estar en un estado consistente e incoherente de tacto verbal. Asimismo, la ruptura de la comunicación coherente podría verse influida por un “ensimismamiento” egocéntrico en el que preocupaciones altamente personalizadas son muy importantes para el paciente.

Reilly, Harrow, Tucker, Quinlan, & Siegel, (1975), además, encontraron que la repetición y la perseverancia están lejos de ser fenómenos universales entre los pacientes esquizofrénicos agudamente enfermos, y que cuando ocurren suelen estar presentes en un grado leve. Una posibilidad es que estos rasgos son, en parte, el curso natural del trastorno esquizofrénico y que los sucesos pronunciados son el resultado del empobrecimiento social a largo plazo. Esto indica una ausencia de contactos interpersonales precisos, significativos e inteligibles que interactúen con tendencias naturales hacia conductas autistas con ciertos tipos de deterioración en ciertos pacientes seleccionados. Ellos, más tarde se convertirán esquizofrénicos crónicos y hospitalizados. Así, es importante retomar a Belinchón cuando dice que estas investigaciones:

... ponen de relieve el hecho de que el concepto de «trastorno asociativo» descrito por Bleuler (y asumido posteriormente en la mayoría de las conceptualizaciones teóricas de la esquizofrenia) puede ser definido objetivamente en base a índices y variables de carácter lingüístico. Por otra, demuestran, además, que tal definición resulta operativa, fundamentalmente, en tanto en cuanto se basa en índices y categorías de análisis que se refieren a unidades que son mayores que la palabra individual (1988, pp. 116-117).

La evolución respecto a los trabajos de corte estructural y a los asociativos cuantitativos es clara debido a que los trabajos cualitativos meten en juego el factor comunicación y se alejan de simples construcciones prediseñadas en investigaciones que se

alejan de la interacción social. Entonces, el punto en el que se quedan estos estudios destapó un nuevo campo de investigación y señaló la importancia de la comunicación en el lenguaje esquizofrénico.

Estas nuevas investigaciones hicieron uso de la herramienta metodológica del “Procedimiento de cierre” que ya se describió en los estudios formales y estructuralistas. Si en esos trabajos se borraban solo palabras, la aportación metodológica de autores como D. R. Rutter, menciona Belinchón (1988) radica en que la supresión de palabras se cambió por supresión de oraciones completas.

Cabe recordar que uno de los resultados más importantes en la investigación Salzinger, Portnoy y Feldman (1964) fue que demostraron la deficiencia en la capacidad comunicativa de los pacientes con esquizofrenia debido a la mayor impredecibilidad de sus discursos después de las primeras 100 palabras. Una situación similar ocurre con Rutter:

Los resultados obtenidos en este primer experimento no confirmaron la hipótesis de que los textos esquizofrénicos eran más difíciles de reconstruir que los de los normales. Sin embargo, sí permitieron comprobar que la dificultad de reconstrucción de los textos... aumentaba en los esquizofrénicos y no en sus controles a medida que aumentaba el tamaño de los textos. Un trabajo posterior de la misma autora (Rutter, 1985), en el que se manipulaban también las condiciones de la producción (monólogo vs. Diálogo con normales o esquizofrénicos) confirmó la mayor dificultad de reconstrucción de los textos de los esquizofrénicos, pero solo en la condición de monólogo (Belinchón, 1988, pp. 120-121).

En general, esto último es el principal problema de los trabajos que utilizan la metodología de “Procedimiento de cierre”; el paciente, si bien es cierto que está comunicando, no lo hace en una situación donde el lenguaje natural de la conversación tome parte. El monólogo es una de las formas de discurso más investigadas en la esquizofrenia y, a pesar de que los descubrimientos que se han hecho gracias a su estudio los trabajos que abordan el tema de la comunicación se enfrentan a este obstáculo metodológico.

1.2.8 Estudios sobre la estructura de la oración y la referencialidad

Ahora que se pasó al campo de la oración, empezaron a surgir otros estudios que analizaron la incoherencia de pacientes con esquizofrenia. Estos son de carácter lingüístico y parten de la hipótesis de que el habla desviada se puede analizar desde la gramática y la sintaxis; en general, desde la organización global a nivel oracional. Lo que se observa en estos estudios es que tratan de analizar la utilización eficaz de las reglas gramaticales.

La comprobación de la hipótesis de la «incompetencia lingüística» de los esquizofrénicos mediante tareas y análisis centrados en la unidad lingüística «oración» no comenzó a producir resultados empíricos en el ámbito de la producción verbal hasta finales de los años setenta. Desde entonces, puede decirse que se ha orientado, básicamente, en dos direcciones: a) la comparación de grupos de pacientes esquizofrénicos y afásicos, y b) el análisis de la organización y/o calidad gramatical de las oraciones producidas por los esquizofrénicos en su habla espontánea o en situación de tarea (Belinchón, 1988, pág. 125).

Rausch, Prescott y De Wolfe (1980) fueron los primeros en hacer estudios de comparación entre la esquizofrenia y la afasia para determinar si personas con estos padecimientos podrían ser diferenciados en su capacidad para aplicar reglas lingüísticas.

Los autores utilizaron una tarea de ordenación de palabras de 20 ítems que constan de 10 variaciones en los tipos de oraciones básicas en forma de tarjetas y gráficos. Los 10 tipos básicos de oraciones fueron declarativas simples, negativas, en tiempo futuro, preguntas en donde se tenía que completar el objeto, preguntas de descripción, imperativas, comparativas, en voz pasiva, incrustadas y aquellas con un objeto directo e indirecto. Dos oraciones se generaron para cada tipo sintáctico

Cuarenta sujetos masculinos y femeninos, 10 esquizofrénicos y 10 afásicos fueron analizados al realizar esta tarea. Partiendo de la siguiente suposición para realizar su investigación: *“It appears that numerous similarities exist between schizophrenic and aphasic disorders, yet because of the etiological differences, it seems reasonable to assume that there exist factors of language deviation by which the groups can be differentiated.”* (Rausch, Prescott, & De Wolfe, 1980, pág. 63)

Los resultados mostraron que los sujetos afásicos podrían diferenciarse tanto de esquizofrénicos como de personas normales en el tiempo que se tarda en completar la tarea

y el número y tipos de errores. El resultado más inesperado de la investigación para Rausch, Prescott y De Wolfe (1980) fue la comparación casi idéntica del nivel de rendimiento de los sujetos esquizofrénicos con el de los normales. Se esperaba un déficit en el desempeño de los esquizofrénicos. Sin embargo, la precisión y eficiencia de estos pacientes indicó poca o ningún déficit en la capacidad de comprender palabras con significado fuerte o débil. Su rendimiento aparentemente normal también demostró una capacidad intacta para comprender y utilizar eficazmente reglas fonológicas, sintácticas, semánticas y léxicas para estructurar oraciones.

Esta es una de las primeras investigaciones que rechaza abiertamente la hipótesis de un posible lenguaje esquizofrénico. A nivel lingüístico los autores demostraron que los pacientes con esquizofrenia no tienen problemas para entender reglas gramaticales y su capacidad para construir oraciones es idéntica a la de personas normales. Sin embargo, autoras como Belinchón (1988), Chaika (1982), Moya (1990) y los autores que se mencionarán a continuación no descartan la posibilidad de que dicho lenguaje sí se manifiesta a nivel gramatical.

Por ejemplo, un estudio realizado por Moya (1990) se enfocó en la gramática y la sintaxis de las personas con esquizofrenia concluyendo que existen formas anómalas en la utilización del lenguaje por parte de los pacientes que sufren esta enfermedad. A esta conclusión llegó por medio del diseño de indicadores divididos en dos bloques; uno que refiere problemas sintácticos y otro que refiere a problemas de cohesión. En la Tabla 6 se exponen dichos indicadores, así como algunos ejemplos del discurso de los pacientes:

Tabla 6: Indicadores para el análisis del discurso esquizofrénico

Bloque de análisis sintáctico	
Indicador	Ejemplo
Transgresiones de las reglas de rescritura. Se incluyen en este indicador todas aquellas transgresiones que suponen una violación de las reglas de rescritura.	Y escribiendo y después a muchos sitios (paciente no 4)
Transgresiones de las reglas de subcategorización estricta. Refiere a la utilización errónea de las categorías gramaticales.	Me transmitieron bueno (paciente no 9)
Transgresiones de las reglas de subcategorización contextual. Incluyen los errores en donde el discurso y el contexto no están ligados de forma adecuada.	Me sirvieron un té de chocolate jurídico (paciente no 5)

Alteraciones en la concordancia de género	¿No se aturda, mujer, hombre!, quiere decir mujer, ¿no es mujer? Aguántese los bultitos de altas que están (paciente no 3).
Alteraciones en la concordancia de número	E: Y su madre ¿qué es? P: Médicas y maestras. Como son maestras (...) pero son maestras pues (...) mi madre son muy monjas.
Bloque de análisis de coherencia	
Indicador	Ejemplo
Anómala indicación del referente nominal. Incluye transgresiones a las funciones referenciales (inclusión de nombres, animales o cosas que no se habían mencionado antes en el discurso y que el paciente da por sentado que sí)	Y me dieron el alta definitiva pero como tenía que estar el tiempo posible para poderme enseñar la casa; tengo casa, hay la clínica, después hay el piso de Cala Cua, que es la casa de la Victorina de Sabadell; hay las torres Cuadrado, después están las tiendas, después están las vacas mundiales dentro. (Paciente no 23.)
Anómala indicación del referente pronominal. Es un caso similar al anterior. Se incluyen aquí las transgresiones consistentes en utilizar pronombres sin que sea posible identificar los antecedentes.	Quieren que esté quietita (paciente no 3)
No rotulación de la metáfora. Se incluyen en este indicador aquellos casos en los que una misma palabra es utilizada con dos interpretaciones simultáneas y de niveles semánticos distintos (literal y metafórico).	La oveja negra de la familia soy yo pero luego no soy negra sino que soy blanca. Una oveja blanca, bueno, si es que en el campo mi tío tenía ovejas, cabras, burros, mulas. Soy blanco, o sea, a ver si me comprende, la oveja negra es la que recibe 10s palos (paciente no 23).
Errores en la utilización de las metonimias. Errores en la relación entre los términos, el sustituido y el sustituyente, es totalmente personal, es decir, se inscribe en el mundo imaginario del paciente.	Tuvo que llegar al arma de dedo (paciente no 17)
Escasa ligabilidad oracional.	Nuestro Francisco Franco ha sido jefe de estado, hoy es infante del mundo, que ha ganado la guerra de Cataluña. No le de Vd. más vueltas o si no tendré que quejarme so pena de poder corresponderle. Suscriba Vd. si hace el favor. Nada más puedo decirle. Trabajo decente, estoy en la cocina, estoy de auxiliar (paciente no 17)
Pobreza en los indicadores de mundo. Se consideran en este indicador aquellos casos en los que un sujeto alude a un determinado mundo posible, pero sin dar los necesarios indicadores.	A mí me casaron con él (su esposo) por el lado derecho. Yo no sabía que era por el lado derecho (paciente no 2).
Utilización de resemantemas. Este indicador se refiere a aquellos casos en los que el sujeto utiliza palabras ya existentes en el léxico de la comunidad, pero dotándolas de un significado totalmente nuevo.	Un subsidio es un esparramo porque ocurren cosas de que uno se acontece (paciente no 31).
Creación de neo lexemas. Se trata de la presencia en el texto de palabras (lexemas) totalmente nuevas, no existentes en el léxico de la comunidad.	Yo la cogí rodeando la casa por la carretera; allí había un tostén (paciente no 26).
Anómala indicación de los deícticos de lugar. Se incluyen aquí las utilizaciones de adverbios de lugar sin que se indiquen los correspondientes referentes.	Comí allí abajo y nosotras comimos arriba (paciente no 12).

Fuente: elaboración propia basado en Moya (1990).

Estos indicadores se aplicaron a un grupo de 38 sujetos con esquizofrenia y sirvieron para demostrar que estos pacientes tienen varios problemas lingüísticos en su discurso tales como: problemas de ligabilidad oracional, que refiere a las relaciones de causalidad, temporalidad, relaciones lógico-conceptuales, etc.; creación de neolexemas; fracaso de las funciones referenciales; transgresión de las figuras retóricas y problemas sintácticos, uno de los cuales refiere a auto deixis innecesarias.

Un primer problema metodológico al que se enfrentó el autor fue la carencia de un grupo control ya que este análisis solo se les aplicó a personas con distintos grados de esquizofrenia. En segundo lugar, sus resultados no son suficientes para caracterizar errores de carácter lingüístico en la construcción de oraciones en la esquizofrenia debido a que el objetivo de esta investigación es realizar una propuesta metodológica para analizar el discurso de estos pacientes.

Aunque el autor reconoce esto último, su conclusión acerca de que su metodología resultó útil carece de una hipótesis susceptible a comprobación con base en sus resultados; dicho de otra forma, es un juicio a priori decir que “x” o “y” metodología sirve para analizar el discurso esquizofrénico como se ha visto con las investigaciones pasadas. Esta situación quedará más clara cuando se presente el tema de los análisis críticos del discurso.

Sin embargo, lo que sí se puede reconocer de esta investigación es tiene algunas concordancias con otras que sí han utilizado un grupo control para hacer comparaciones. El fracaso en las funciones referenciales que mencionó Moya (1990) concuerda con estudios que se han enfocado en este tema para hablar de la incoherencia discursiva.

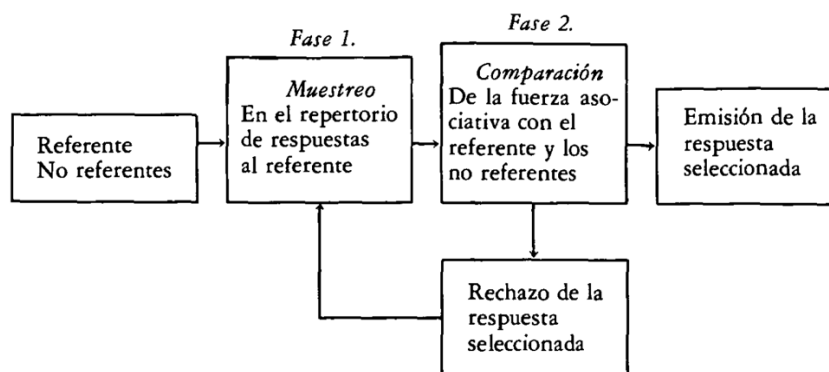
Con el término «referencia», suele designarse genéricamente el proceso por el cual un hablante consigue «guiar» adecuadamente a su interlocutor, mediante sus locuciones, hacia la identificación de los objetos, las acciones y/o los eventos sobre los que habla. O, lo que es lo mismo, consigue que su interlocutor identifique sin error los «referentes» (reales o imaginarios) de sus mensajes lingüísticos (Belinchón, 1988, pág. 121).

En un experimento relacionado con la referencialidad Cohen (1974) demostró que los pacientes con esquizofrenia tienen problemas para generar claves que ayuden a su interlocutor a identificar los referentes mencionados. Para hacerlo, el autor puso a prueba

varios modelos alternativos de comunicación verbal, con sus respectivas hipótesis, en la esquizofrenia. A 24 hablantes esquizofrénicos y a 24 normales se les mostraron conjuntos de colores que variaban en similitud y número de colores mostrados. La tarea consistía en describir un color designado en cada conjunto para que un oyente pudiera elegirlo.

De acuerdo con Cohen (1974) la probabilidad de cualquier unidad que se muestrea es proporcional a su fuerza asociativa (o fuerza descriptiva) al referente. Para cualquier referente dado, se supone que el repertorio del hablante contiene una serie de nombres o descripciones, cada uno de los cuales puede ser más o menos adecuado como pista lingüística para el oyente. En la etapa de comparación (autoedición), que sigue la etapa de muestreo, la relativa fuerza de asociación de la respuesta muestreada al referente y a los objetos no referentes determina la probabilidad con la que el hablante los aceptará o los rechazará. En la Imagen 9 se expone el esquema de lo dicho.

Imagen 9: Diagrama de los procesos referenciales del hablante en una tarea de comunicación



Fuente: Belinchón, M. (1988). Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística. *Estudios de Psicología*, pág. 123.

Si, como resultado de la etapa de comparación, la respuesta muestreada se rechaza porque no comunica debido a que su fuerza asociada con un no referenciado es similar a o más grande que su fuerza asociativa al referente, entonces la comparación en el muestreo se repite hasta que el hablante elige una respuesta que logre comunicar. Así se demostró que los hablantes esquizofrénicos incurrieran en alteraciones siempre que la tarea exigía eliminar descripciones no discriminatorias. Por lo tanto, para conjuntos muy diferentes donde las demandas para discernir son mínimas, la precisión de la comunicación, el tiempo de reacción

y la duración de la expresión de los esquizofrénicos y los normales eran indistinguibles. Pero al aumentar la similitud en los conjuntos, la precisión de la comunicación de los esquizofrénicos cayó por debajo de lo normal, mientras que su tiempo de reacción y la longitud del enunciado aumentó más bruscamente (Cohen, 1974).

Nuevamente, el fenómeno a destacar es que los hablantes con dicha enfermedad no tienen problemas para entender, dentro de un discurso, nombres animales o cosas que se habían mencionado con anterioridad y que, a pesar de que no se mencionaron, tiene la capacidad para llenar esos espacios semánticos para completar las ideas de las cuales se habla. Sin embargo, son incapaces de codificar sus discursos atendiendo a las necesidades de sus interlocutores para que entiendan los referentes de los que se habla. Tienen un fracaso en el proceso referencial en la fase de comparación. Por eso Belinchón opina que:

Los trabajos realizados por Rochester, Cohen y sus respectivos equipos, confirman, pues, la hipótesis de que los esquizofrénicos utilizan generalmente el lenguaje de una forma adecuada, aunque, ocasionalmente, codifican sus emisiones sin tener en cuenta las necesidades informativas del oyente. De paso, confirman la idea (presente ya en los trabajos que utilizaban procedimientos cloze en el análisis del habla esquizofrénica) de que las descripciones de los discursos desviados de los pacientes esquizofrénicos son tanto más válidas en tanto en cuanto utilizan índices lingüísticos sensibles al proceso a través del cual el hablante evalúa, mientras planifica sus mensajes, el estado de ignorancia o conocimiento de sus interlocutores sobre el objeto o «tema» sobre el que versan los mensajes (1988, pp. 123-124).

Como se observa, de todos los estudios que se han presentado hasta el momento solo Rausch, Prescott y De Wolfe (1980) descartan la posible existencia de un lenguaje esquizofrénico, aunque, como ya se señaló, esta conclusión solo es válida en el nivel oracional. Además, estudios como los de Moya (1990) contradicen hipotéticamente dicha conclusión. El verdadero problema de la existencia este lenguaje es que no se ha demostrado ni su existencia ni su inexistencia. De ahí que las investigaciones empezaron a analizar el discurso como una unidad multinivel que va más allá de la oración o las partes del habla. Los estudios que se presentará a continuación versan sobre lo dicho.

1.2.9 Estudios sobre el discurso esquizofrénico

Antes de analizar los estudios que utilizan el análisis del discurso como herramienta metodológica para estudiar el lenguaje esquizofrénico, es importante mencionar que el discurso es la puesta en práctica del lenguaje; es decir, lo que las personas hacen con él en contexto social determinado. En esta línea de ideas es pertinente la aclaración que Belinchón hace sobre la diferencia entre texto y discurso:

En este caso, el texto se interpretará como el constructo hipotético que subyace tanto a las teorías del lenguaje, como a las teorías del discurso, como a las gramáticas. El término discurso, por el contrario, se refiere a un objeto observacional: fundamentalmente denotará una noción lingüística que posee ciertas propiedades específicas tales como a) ser completo (es decir, tener un sentido independiente), b) estar topicalizado (es decir, poseer una unidad en sus contenidos semánticos), c) cumplir una función comunicativa (realizar un cierto acto de habla global), y d) ser emitido en una situación espacio-temporal concreta (1988, pág. 127)

Continuando con la coherencia de la investigación en la esquizofrenia, los fenómenos que se estudian en esta línea de trabajos son el de la coherencia y el de la cohesión. En la revisión de los trabajos de Kintsch y Van Dijk que Belinchón (1988) realiza sobre dichos fenómenos, menciona que la diferencia entre uno y otro radica en los niveles de la estructura del discurso. La cohesión se observa en el nivel superficial donde se atiende a las reglas gramaticales, sobre todo a las reglas de concatenación enunciativa. Por otra parte, la coherencia radica en la estructura profunda del discurso, la que refiere a la parte semántica y/o lógica; aquí se estudia la relación de significación entre palabras y oraciones.

La distinción entre cohesión y coherencia, finalmente, permite al investigador la diferenciación entre las microestructuras y las macroestructuras (sean éstas locales o globales) y también la diferenciación entre el nivel del plan textual (que se relaciona con la intención pragmática original que determina la producción del texto) y es el de la realización concreta de dicho texto (actualización morfológica y sintáctica del plan textual original) (Belinchón, 1988, pág. 128).

De manera específica Insúa, Grijalvo, y Huici (2001) estudian la coherencia en una comparación del discurso global del paciente esquizofrénico (10 pacientes) con el de un grupo control sano (11 personas), concluyeron que este fenómeno se ve reflejado en la organización semántica global del texto; es decir, en la macroestructura del texto y que fue

medida a través de índices psicolingüísticos para detectar anomalías en los textos: a) calidad representacional de los constituyentes textuales; b) Secuenciación u ordenación temporal correcta de los hechos o eventos narrados; c) Conexión entre los constituyentes textuales del discurso, d) congruencia con el texto original. Estos índices fueron medidos en una narración que hicieron con base en una que a ellos les hizo el entrevistador en sesiones previas. De esta forma concluyeron:

... el dar información suficiente (nuclear y secundaria) de un suceso y conectar adecuada y explícitamente los eventos unos con otros estarían en relación con los sujetos normales; y el no presentar información suficiente para la comprensión del discurso, presentar distorsiones e información adicional, errores dentro de un mismo constituyente en el orden de los hechos y conexiones inadecuadas entre los grupos de eventos, estaría en relación con los sujetos con esquizofrenia...

En segundo lugar, encontramos una estabilidad, de los índices, de sus valores y de la diferencia entre sujetos normales y sujetos con esquizofrenia a lo largo del tiempo (Insúa, Grijalvo, & Huici, 2001, págs. 1042-1043).

Los de esta investigación radican en la medición estadística de la incoherencia patológica comparada con la coherencia del discurso de personas sanas. Sin embargo, los autores reconocen que se necesitan hacer más estudios antes, durante y después del inicio de la enfermedad, lo que representa un reto metodológico, pues este tipo de investigaciones deben ser de larga duración y de largos periodos de observación.

Por otra parte, autoras como Massone y Buscaglia también utilizan herramientas de análisis del discurso, pero para interpretar la imagen construida por el sujeto esquizofrénico en sus textos con el fin de determinar la forma en la se percibe a sí mismo y entender mejor su autopercepción psicológica. La situación principal que señalan las investigadoras es una metodológica: "... que la lingüística y no la lingüistería resulta una herramienta importante, obviamente en conjunción con el psicoanálisis, para interpretar el discurso" (2006, pp. 174-175).

Las autoras afirman que como el inconsciente está estructurado en el lenguaje, si se reconoce dicha estructura se puede concebir la conformación del sujeto delirante en su producción textual discursiva:

“La enunciación se identifica con el acto mismo” y “la conciencia de sí no es posible más que si se experimenta por contraste”, lo que insta una “condición de diálogo que es constitutiva de la persona”. Por ende, es en este diálogo virtual que ego se constituye como tal siempre en relación a un tú que puede, a su vez, ser un yo. Es a partir del nivel enunciativo o enunciado, lo dicho y por ende lo no dicho, nuestro objeto de análisis, que podremos presuponer al sujeto de la enunciación, ese yo que configura la presencia del tú, ya que todo ejercicio de lengua es un acto transitivo y reflexivo (2006, pág. 162).

Cabe aclarar que este estudio se enfoca en el sujeto discursivo tal cual lo entiende Benveniste (1966); es decir, el sujeto de la enunciación y no el autor de ella. El problema de estas conclusiones es que utilizan conceptos del psicoanálisis, como el ego, para emparejarlos con conceptos del análisis del discurso, sin reparar en el hecho de que la estructura de la personalidad propuesta por Freud es solo una de tantas teorías psicológicas que intentan explicar un mismo fenómeno. Además, en este estudio solo se analizó el texto que escribió un paciente con esquizofrenia que dirigió a su analista. No obstante, las conclusiones respecto al análisis del discurso como herramienta para caracterizar los textos de estos pacientes van en línea con lo que se ha dicho hasta el momento de esta metodología de análisis.

Ahora, desde una perspectiva diferente, están los estudios realizados por Loa, Chávez, y Lara (2005). Ellas analizan la creatividad del relato; es decir, por medio de anécdotas realizadas por pacientes delirantes hicieron una descripción de las transformaciones lingüísticas localizadas en delirios paranoicos, fantásticos y esquizofrénicos. Para estas autoras la transformación lingüística refiere a cambios en el lenguaje en los que existe una disociación entre el signo o la palabra y su significado. Con relación a la creatividad, estas transformaciones hablan del deterioro lingüístico del paciente.

En su investigación observaron que los delirios esquizofrénicos tienen una mayor cantidad de transformaciones lingüísticas que se ven reflejadas en la incoherencia de sus relatos, asimismo, observaron un déficit en la creatividad de la narración en este tipo de delirios. Estos resultados les permitieron generar la hipótesis de que:

...que algunas características en el relato de los delirios podrían asociarse con determinadas dimensiones del pensamiento creativo, lo cual pudiera tener implicaciones en el proceso de

rehabilitación de estos pacientes. Sin embargo, estas hipótesis deberán ser probadas en posteriores estudios (Loa, Chávez, y Lara, 2005, pág. 11).

Esta investigación señala, además, la necesidad de interpretar el discurso del paciente esquizofrénico con el fin de encontrar marcas lingüísticas que permitan asociar alguna anomalía en el lenguaje de la enfermedad para generar terapias más sofisticadas que permitan rehabilitar de forma más eficaz a los pacientes. Objetivo que, dicho sea de paso, es la meta de la mayoría de los estudios del lenguaje esquizofrénico.

1.2.10 Estudios computacionales

Con Fineberg et.al. (2015) se dio un avance de cómo métodos de análisis computacional sirven para hacer diferenciaciones entre el lenguaje esquizofrénico y otros tipos de enfermedades mentales. Sin embargo, los resultados de esa investigación se quedaron en el análisis de contenido y el conteo de palabras. En esta sección se analizarán más a fondo los resultados y las ventajas de utilizar enfoques computacionales para analizar dicha enfermedad.

De acuerdo con Ratana, Sharifzadeh, Krishnan y Pang (2019), los análisis computacionales que se dedican a procesar el lenguaje aplican un algoritmo para identificar y extraer reglas del lenguaje natural. El resultado son datos no estructurados que se convierten en una forma comprensible para las computadoras. El análisis sintáctico y el análisis semántico son las principales técnicas utilizadas para completar las tareas este tipo de análisis. Hay varias técnicas involucradas en el análisis sintáctico, como la lematización, el etiquetado de partes del habla, la segmentación de palabras, la ruptura de oraciones, la derivación y la derivación morfológica. El análisis semántico comprende la aplicación de algoritmos informáticos destinados a comprender el significado y la interpretación de las palabras y cómo se estructuran las oraciones. Las técnicas involucradas en el análisis semántico se denominan reconocimiento de entidades, desambiguación del sentido de las palabras y generación de lenguaje natural.

Una de las ventajas más importantes que ofrecen las herramientas computacionales es la objetividad de sus resultados pues, de acuerdo con Beheydt, Sabbe, De Picker y

Goetschalckx (2017) se utilizan medidas computacionales para analizar las muestras de lenguaje, se puede evitar el problema de las calificaciones subjetivas de la interpretación humana de material complejo.

Los autores utilizaron un abordaje longitudinal con el diario (de 2009 a 2011) de un paciente esquizofrénico de 50 años. El corpus de control utilizado para la comparación fue el corpus STEVIN (corpus SoNaR) con más de 500 millones de palabras de diferentes fuentes. La herramienta utilizada para el análisis fue el software *Linguistic Inquiry and Word Count*. Las categorías que se estudiaron con esta herramienta fueron:

1. La riqueza del contenido semántico.
2. La cohesión semántica.
3. La complejidad sintáctica.
4. Proporción de los conectores.
5. Distribución de las partes del discurso.
6. Utilización de los pronombres.

Los resultados del estudio, a pesar de las severas limitaciones (especialmente el hecho de que se contaron con pocos datos de un solo paciente esquizofrénico), mostraron que las características que se extrajeron permiten una distinción precisa entre el texto esquizofrénico y el texto de control, pero menos entre estados psicóticos y residuales (estados dentro del mismo paciente). Sin embargo, la predictibilidad de los estados psicóticos en este paciente es muy precisa con combinaciones de estas características (Beheydt, Sabbe, De Picker y Goetschalckx, 2017).

Esta técnica de análisis, aunque no explica el origen de la enfermedad o de los trastornos del lenguaje detectados, es un valioso apoyo para la diferenciación entre el lenguaje normal y el patológico. Sus posibles aplicaciones a futuro, de acuerdo con los autores, radican en las predicciones que se pueden realizar al estudiar las categorías señaladas en un corpus esquizofrénico más grande pues:

Using statistical methods, machine learning has demonstrated an ability to detect subtle features of psychosis in language. Semantic coherence, semantic density, and acoustic analysis are the current methods used in detecting early signs of psychosis. Machine learning

can measure the linguistic variables, semantic coherence and semantic density, and use of words relating to sound Ratana, (Sharifzadeh, Krishnan y Pang, 2019, pág. 6).

Algo a notar es que Beheydt, Sabbe, De Picker y Goetschalckx (2017) utilizaron categorías definidas por ellos mismos para describir del discurso del paciente analizado. Este estudio, como ya se mencionó, se realizó para demostrar las ventajas de usar un método computacional para alcanzar dicho fin.

Ahora bien, ¿qué pasa cuando se utiliza un método similar para analizar un fenómeno bien definido del desorden formal del pensamiento como la incoherencia? Elvevåg, Foltz, Weinberger y Goldberg (2007) se dieron a la tarea de responder esta pregunta utilizando la herramienta *Latent Semantic Analysis* (LSA). Esta herramienta induce similitudes semánticas del lenguaje basadas en el patrón de uso de palabras en un gran corpus de texto. La información sobre todos los contextos de palabras en los que una palabra determinada aparece y no aparece proporciona un conjunto de restricciones mutuas que determina en gran medida la similitud de significado de palabras y conjuntos de palabras entre sí. Esta similitud se puede estimar luego mediante análisis de grandes corpus de texto. Así, para este software, el significado de una palabra está definido por los contextos en los que aparece, y el significado de un contexto está definido por las palabras que aparecen en él.

Se les realizaron una serie de experimentos a 26 pacientes y a 26 controles con el fin de validar un enfoque computacional objetivo, intrínsecamente confiable para cuantificar la incoherencia del habla con los siguientes indicadores: (a) qué tan bien se relaciona una palabra con otra (b) qué tan bien se relaciona una oración con la oración siguiente dentro de un discurso; (c) qué tan bien se relaciona la respuesta de una persona con la pregunta formulada; (c) o qué tan bien se relaciona la respuesta de una persona a una pregunta con la respuesta de otra persona (Elvevåg, Foltz, Weinberger y Goldberg, 2007).

Los experimentos realizados fueron asociación de palabras, fluencia verbal, entrevistas y narraciones de historias. Las muestras discursivas fueron transcritas electrónicamente para luego alimentar al software con ellas. Así, de acuerdo con los autores, el enfoque para cuantificar la incoherencia fue exitoso: el software LSA pudo detectar diferencias entre pacientes y grupos de control sanos y dentro del propio grupo de pacientes

en tareas simples de generación de palabras. Asimismo, fue sensible a desviaciones muy sutiles en entrevistas clínicas estándar que también fueron detectadas por los médicos. Además, se demostró que LSA podía detectar el habla incoherente en pacientes crónicos. Finalmente, las medidas de LSA se utilizaron con éxito para decir si el discurso pertenecía a un paciente o control.

In word association and generation tasks LSA derived coherence scores were sensitive to differences between patients and controls, and correlated with clinical measures of thought disorder. In speech samples LSA could be used to localize where in sentence production incoherence occurs, predict levels of incoherence as well as whether discourse “belonged” to a patient or control. In conclusion, LSA can be used to assay disordered language production so as to both complement human clinical ratings as well as experimentally parse this incoherence in a theory-driven manner (Elvevåg, Foltz, Weinberger y Goldberg, 2007, pág. 304).

Una limitación central que los mismos autores reconocen es que el corpus con el que se compararon las muestras discursivas de los controles y los pacientes era escrito. Para investigaciones futuras, se prevé que las comparaciones se hagan con un corpus basado en lenguaje hablado. Sin embargo, nuevamente, estos métodos computacionales son una herramienta muy útil para diferenciar el lenguaje normal del patológico, pero, además, también sirven para predecir posibles brotes de la enfermedad.

Rápidamente, en su investigación Bedi, et. Al., analizaron entrevistas de 23 hombres y 11 mujeres durante un máximo de 2.5 años; cinco desarrollaron esquizofrenia. Mediante un análisis automatizado, se evaluaron las transcripciones de las entrevistas para determinar las características semánticas y sintácticas que predice el inicio posterior de la enfermedad.

Derived speech features included a Latent Semantic Analysis measure of semantic coherence and two syntactic markers of speech complexity: maximum phrase length and use of determiners (e.g., which). These speech features predicted later psychosis development with 100% accuracy, outperforming classification from clinical interviews. Speech features were significantly correlated with prodromal symptoms (2015, pág. 1).

Por su parte Rezaii, Walker, & Wolff (2019) hicieron una investigación similar estudiando dos posibles indicadores lingüísticos de psicosis en 40 participantes del Estudio

Longitudinal Pródromo de América del Norte. Los autores demostraron cómo se puede obtener el marcador lingüístico de densidad semántica utilizando el método matemático de descomposición de vectores, una técnica que descompone el significado de una oración en sus ideas centrales. También demostraron cómo se puede extraer el contenido semántico latente del discurso de un individuo al contrastarlo con el contenido de las conversaciones generadas en las redes sociales.

The results revealed that conversion to psychosis is signaled by low semantic density and talk about voices and sounds. When combined, these two variables were able to predict the conversion with 93% accuracy in the training and 90% accuracy in the holdout datasets. The results point to a larger project in which automated analyses of language are used to forecast a broad range of mental disorders well in advance of their emergence (2019, pág. 1).

Si bien es cierto que estas investigaciones proporcionan evaluaciones confiables que permiten predecir posibles brotes de esquizofrenia, no es menos cierto que, en realidad, no están diciendo nada nuevo acerca de este padecimiento. El problema central de estos estudios es que se volvieron muy prácticos y dejaron de lado la explicación de la enfermedad para centrarse en los síntomas observables, situación muy similar a la que se dio con las primeras investigaciones del lenguaje esquizofrénico.

1.3 Perspectiva lingüística: Estudios lingüísticos que han tratado el fenómeno del “yo”

Como se ha visto, todas las investigaciones hasta aquí presentadas se han enfocado en estudiar los fenómenos del discurso esquizofrénico descritos por Bleuler (1960) y Kraepelin (1919) como la incoherencia, la cohesión, en sí, el habla desorganizada.

Esto representa un problema que también se ha venido señalando: estos fenómenos no son exclusivos de la esquizofrenia. Por tal motivo, en esta investigación se propone retomar a los autores clásicos y a aquellos que han criticado la forma en la que se estudia la esquizofrenia y al esquizofrénico (Parnas y Handest, 2010, Pérez, García y Sass, 2010, Dastur, 2015 y Boekera 2006) porque parece que, a pesar de que estos autores pertenecen a distintas disciplinas y épocas, concuerdan en una cosa: existen problemas con el “yo” del esquizofrénico.

Así pues, si estas afectaciones del “yo” existen, se esperaría que también se manifieste en el lenguaje, específicamente en el uso de oraciones en primera persona pues con ellas los pacientes hablan de su autoexperiencia mórbida (Parnas y Handest, 2010) y de su ipseidad (García y Sass, 2010).

Sin embargo, como se expondrá en este apartado, las investigaciones de corte lingüístico no han analizado este fenómeno específicamente. Únicamente lo han tocado superficialmente o lo han mencionado como descubrimiento de sus investigaciones.

El hecho de que solo se presentan dos estudios en este apartado no quiere decir que sean las únicas 2 investigaciones de corte lingüístico que hayan tratado el fenómeno de la esquizofrenia. Como se vio en el apartado anterior, existen muchos autores que han usado herramientas lingüísticas para abordar dicho fenómeno. Lo que se busca poner de relieve con el análisis de los siguientes trabajos es que las ciencias del lenguaje han dejado de lado el tema del “yo” en la esquizofrenia o lo ha pasado por alto. Sin embargo, cuando se estudia la gramática o la sintaxis del lenguaje esquizofrénico, la primera persona gramatical sale a la luz, así como los problemas con el “yo” resaltan en los estudios psicológicos y psiquiátricos.

1.3.1 Estudios sobre el “yo” en el lenguaje esquizofrénico

Una de las ideas centrales que se ha trabajado hasta el momento es que, desde las primeras veces que se observó, la esquizofrenia es una enfermedad que tiene como patrón constante una alteración de lo que hasta ahora se ha denominado como el *self*, la autoexperiencia, la ipseidad, el “yo”, etc.

Se llegó a este punto desde distintas disciplinas, la psicología, la psiquiatría y la filosófica. Sin embargo, las ciencias del lenguaje no han explorado este fenómeno de la enfermedad a pesar de que algunos autores lo han intuido y han sentido evidencias de que posiblemente la utilización de la primera persona gramatical en el discurso esquizofrénico sea diferente a la del discurso no patológico. Aunque no era su objetivo, los estudios que se presentarán a continuación exponen las evidencias mencionadas.

En primer lugar, Pardo y Lerner (2001), utilizando el Análisis Crítico del Discurso, hicieron un esfuerzo por caracterizar el discurso esquizofrénico a partir de las estrategias lingüísticas que los pacientes usan para persuadir a los demás para que creen su delirio, en este caso el persecutorio, con el objetivo de mostrar en qué y cómo el discurso psicótico se aparta del discurso habitual.

Su estudio les permitió: “Mostrar que es posible darle una metodología a esta disciplina que permita probar desde las formas del lenguaje, una alteración o patología psicológica que está representada también en la esfera del lenguaje.” (2001. Pág. 2), y en sus conclusiones señalan una serie de errores sintácticos que permiten sentar evidencia de que el sujeto con esquizofrenia tiende a cometer ciertos errores que tienen relación con la forma en la que el paciente subjetiviza su mundo por medio del lenguaje.

Así, las autoras detectaron 8 estrategias generales de persuasión:

1. "Todo significa" especialmente en relación con el sujeto.
2. Indiferenciación de la agentividad entre primera y tercera persona.
3. Simbolización y ecuación: el símbolo se vuelve lo simbolizado.
4. Casualidad como causalidad.
5. Desplazamiento y ausencia de la referencialidad: creación de agentes de neto carácter ontológico sin referente exocéntrico.
6. Amenazas sin entidad ontológica o discursiva.
7. Literalidad: autorreferencia discursiva al propio texto y al discurso delirante.
8. Autorreferencia.

Tres de estas ocho estrategias señalan la importancia de la posición del sujeto esquizofrénico frente a su mundo creado lingüísticamente. La primera, “Todo significa”, pone de relieve la forma en la que los hechos del mundo y las conductas de terceros están intencionados para el paciente.

Por otro lado, está la agentividad entre primera y tercera persona que produce una amplificación del “yo”; es decir: “... los dichos correspondientes al yo son atribuidos a otros y es a estos otros a quienes se asignan sus contenidos, esto es, lo que acontece con la primera persona se refleja en la tercera plural.” (2001, pág. 6).

Asimismo, explican cómo la autorreferencia, el “yo”, es la causa y el eje del desarrollo del mundo del paciente. Para sustentar esta afirmación los autores se basan en oraciones como: “Y porque ayer llovió mucho y esa lluvia me la mandó Dios **porque yo soy muy pecadora, porque yo llamé** al muchacho de enfrente...” (2001, pág. 8).

Dichas investigadoras concluyen que los problemas lingüísticos en la esquizofrenia deben estudiarse en cada caso; proponen armar una gramática y una semántica para cada paciente lo que permitirá entender su discurso.

Otro estudio que también utiliza un enfoque que emana desde las ciencias del lenguaje es el que ya se expuso con Moya (1990) sobre el análisis formal del discurso esquizofrénico.

Si bien es cierto que este trabajo es uno que trata el problema metodológico de analizar este tipo de discursos, no es menos cierto que sus conclusiones también hacen una categorización de trastornos del lenguaje en estos pacientes. Específicamente aquellos que tratan de las deixis innecesarias:

...se encontraron usos redundantes de pronombres personales con funciones indirectas (“mí”, “me”, etc.). Esta utilización redundante de los pronombres personales parece responder a un intento por enfatizar la posición de “sujeto invadido por el Otro”, es decir, de sujeto inerme frente al despedazamiento por el Otro (según el decir de Ey) (Moya, 1990, pág. 141).

Estas investigaciones, así como las psiquiátricas, las psicológicas y las filosóficas que ya se mencionaron, ponen de relieve que existe algo en la primera persona del paciente con esquizofrenia, es decir, que existen problemas con el “yo” en la enfermedad, solo que estos últimos dos estudios lo circunscriben en el lenguaje. Además de ello, otro punto que comparten estas disciplinas es que todas se adhieren a la hipótesis de que hay algo específico que caracteriza el lenguaje esquizofrénico.

Pero ¿de qué se habla cuando se dice que hay algo específico o particular en el lenguaje esquizofrénico? Ya se vio que estos pacientes pueden llegar a presentar problemas, léxicos, sintácticos, pragmáticos, etc., no obstante, estos problemas también se observan en mayor o menor medida en otros lenguajes y, hasta el momento, nadie se ha llegado a comprometer diciendo que tal o tal fenómeno es lo que caracteriza a dicho lenguaje.

Esto último es importante porque las investigaciones realizadas por las ciencias del lenguaje sobre esta enfermedad se han enfocado en el discurso y en categorías muy generales dentro de él como la incoherencia (Figuerola, 2015; Loa, Chávez, & Lara, 2005; Insúa, Grijalvo, & Huici, 2001), los problemas sintácticos (Moya, 1990; Pardo & Lerner, 2001), los pragmáticos (Figuerola, 2015), etc.

Por tal motivo, los estudios de ciencias del lenguaje sobre el uso de la primera persona en la esquizofrenia no existen. No hay investigaciones que emanen puramente desde el lenguaje que traten este fenómeno y las que existen, como se observó, no se enfocan en él.

Con este panorama claro y explícito del estudio de la esquizofrenia desde 3 distintas perspectivas, se ha ido construyendo la problemática de esta investigación, a saber, que no se ha estudiado el uso de la primera persona en el lenguaje esquizofrénico. Sin embargo, aún falta profundizar sobre algunos conceptos clave que permitirán afinar más el problema y construir hipótesis que sirvan para hacer un análisis preciso del fenómeno del “yo” en la esquizofrenia utilizando el pronombre Yo.

1.4 Descripción y profundización de los conceptos y elementos clave

En esta parte de la investigación se expondrán de manera más precisa los conceptos con los que se trabajará en el análisis. Se iniciará con la filosofía y la gramática del pronombre yo y se introducirá la forma en la que se entenderá este concepto y el tema de la marcación que son factores muy importantes para este trabajo.

Posteriormente se tratarán algunos elementos gramaticales que se relacionan con dicho pronombre como la oración y el verbo. El apartado se concluye con la descripción de los tipos de delirios que se analizarán y su relación con la ruptura del “yo”.

1.4.1 ‘Yo’ desde la filosofía del lenguaje

Como ya se había adelantado, la postura filosófica clásica que se ha enfrentado al “problema del yo” se dejará de lado. Es decir, no se tocará el tema como lo propondría la corriente

idealista fundada por Descartes (1977) en la que el “yo” se asume como una especie de fantasma que controla un cuerpo, en otras palabras, no se pensará que hay algo dentro de cada ser humano, una substancia pensante que duda, pero de cuya existencia no tenemos certeza. El desarrollo de este apartado expondrá la forma moderna en la que se ha estudiado el uso de la primera persona gramatical desde la filosofía, específicamente, la filosofía analítica.

Primero que nada, Grajales (2002) menciona las principales aportaciones y concepciones de Anscombe y Granger respecto a esto último. Anscombe aporta a la no referencialidad de ‘yo’ afirmando que esta palabra no es ni un nombre propio ni un pronombre demostrativo, es decir, que no apunta a un objeto determinado al que se le pueda atribuir una correspondencia con un objeto y un significado; es decir, las proposiciones que expresan pensamientos y acciones (posturas, movimientos, intenciones, etc.) no tienen sujeto y los verbos que expresan estas acciones no deben ser entendidos como predicados que se le atribuyen a un sujeto claramente identificado.

Por otra parte, Granger considera que ‘yo’ es un punto de referencia en un espacio y tiempo determinados de donde brotan la perspectiva y la enunciación con respecto a los demás objetos del mismo espacio y tiempo y ve a este “ego del anclaje” como una condición *a priori* para la comunicación: “...más que un objeto entre otros, es la condición de la posición de los objetos del mundo: desde esta posición se ordenan respecto a algo que es considerado como el origen de las coordenadas espacio-temporales.” (Grajales, 2002, pág. 39).

Continuando con esta perspectiva, Wittgenstein (1953, 1976, 2010) menciona que las personas aprenden a hablar de ellas mismas y de los demás con él. De ellas mismas hablan a partir de la primera persona gramatical y no requieren de evidencias empíricas para saber lo que sienten, experimentan o piensan; simplemente lo hacen y los otros observan este comportamiento. Para hablar de las demás personas utilizan la tercera persona gramatical y observan sus conductas para adscribirles experiencias. Gracias a esta distinción el “problema” filosófico del “yo” obtiene una nueva perspectiva de análisis y en vez de estudiar una entidad metafísica, se estudian los usos adecuados y socialmente aceptados de dicho

pronombre. Es decir, Wittgenstein se enfoca en los usos reales en donde la palabra 'yo' entra en juego y hace una identificación fundamental:

Hay dos supuestos diferentes en el uso de la palabra "yo" (o "mi"), que yo llamaría "el uso como objeto" y "el uso como sujeto". Son ejemplos del primer tipo de uso los siguientes: "Mi brazo está roto", "yo he crecido seis pulgadas", "yo tengo un chichón en la frente", "el viento sopla sobre mi cabeza". Ejemplos del segundo tipo son: "Yo veo tal- y-tal", "yo oigo tal-y-tal", "yo intento levantar mi brazo", "yo pienso que lloverá", "Yo tengo dolor de muelas" (1976, pág. 100).

Cuando se usa la palabra yo como objeto (yo-objeto en adelante) se ponen de relieve situaciones específicas en las que este uso es pertinente. Primero que nada, delimita una frontera entre los cuerpos humanos, lo que permite diferenciar a una persona de otra. Así, este uso da la posibilidad de hablar de la propiedad del cuerpo o partes del cuerpo ("tengo el cuerpo cortado", "mi mano está hinchada"). Como una persona no puede poseer el cuerpo de otra, existe la posibilidad de errar al hablar del yo-objeto y de los demás. Es decir, aunque sí es posible saber de las experiencias ajenas, una persona no puede tener certeza, por ejemplo, del dolor de alguien más, pues existen situaciones en las que el dolor es fingido. Por esto mismo este uso está en el mismo nivel gramatical que los demás pronombres.

De acuerdo con lo anterior, alguien que ve a un niño gritar y llorar frente a su mamá, estaría en la posición de afirmar que ella le pegó y que el niño está exhibiendo conductas de dolor derivadas de los golpes. Estas son evidencias que se pueden interpretar de distintas formas, una de ellas, la que se mencionó. Sin embargo, en esta situación hipotética, al cuestionar a la madre sobre el sufrimiento del niño, ella responde "Llora porque no le compré un dulce".

A diferencia del uso de yo-objeto, el uso de la palabra 'yo' como sujeto (yo-sujeto) no tiene margen de error. Si yo-objeto es intercambiable con el cuerpo humano, yo-sujeto hace lo mismo con las capacidades cognitivas. Como éstas emanan del sujeto, la palabra "propiedad" participa en un juego de lenguaje diferente. Si bien es cierto que pareciera que se habla de propiedad ("tengo miedo", "tengo deseo de verte", "tengo un dolor muy fuerte", etc.) en el uso de yo-sujeto, en realidad, no se habla de una propiedad metafísica como se hablaría de la mente en las concepciones filosóficas clásicas.

De esta forma es aceptable decir “No sé si me duele el pecho o el corazón” (yo-objeto, posibilidad al error). Pero resulta absurdo decir “No sé qué siento mi dolor”. Como ya se mencionó, yo-objeto es usado para referirse a sí mismo o partes del cuerpo. Con relación a yo-sujeto, se siente primero el dolor, ahí no hay posibilidad a error, pero cuando se habla de la localización de dicho dolor sí hay margen de error.

La diferencia entre las proposiciones "yo tengo dolor" y "él tiene dolor" no es la de "L. W. tiene dolor" y "Smith tiene dolor". Corresponde más bien a la diferencia entre quejarse y decir que alguien se queja. "Pero indudablemente la palabra "yo" en "yo tengo dolor" sirve para distinguirme de otras personas, ya que es mediante el signo 'yo' como yo distingo el decir que yo tengo dolor del decir que uno de los otros lo tiene." (Wittgenstein, 1976, pág. 103)

Por ejemplo, cuando alguien tiene dolor de estómago pone de manifiesto el yo-objeto cuando dice “Tengo dolor en el estómago” (reporta que le duele una parte del cuerpo) o pone de manifiesto el yo-sujeto cuando exclama “¡Ay!” y hace muecas de dolor (se está quejando del dolor que siente). Nuevamente, en el primer caso, como yo-objeto es susceptible de error, quizá no es el estómago el que le duele sino el intestino grueso debido a una inflamación. De manera similar, cuando esta persona se está quejando resultaría absurdo que a la vez se cuestione a sí mismo si en realidad está sintiendo dolor, pues en el uso de yo-sujeto, la posibilidad de errar está fuera de lugar.

Para nosotros el significado de una expresión está caracterizado por el uso que hacemos de ella. El significado no es un acompañamiento mental de la expresión. Por esta razón, la frase: "Yo pienso que con ella significo algo", o "estoy seguro de significar algo con ella", que tan frecuentemente oímos en las discusiones filosóficas para justificar el uso de una expresión, no es para nosotros justificación alguna (Wittgenstein, 1976, pág. 99)

Por este motivo, **el significado de la palabra ‘yo’ no es el objeto que denota, material o metafísico, sino los usos que las personas hacen de ella.** Yo-objeto y yo-sujeto son los dos usos generales que las personas hacen de dicha palabra.

Esta corriente de pensamiento pone de manifiesto 2 cosas muy importantes:

1. La no referencialidad del ‘yo’ o la inexistencia de una entidad metafísica o proceso neuronal único que se defina como la esencia de los humanos, y...

2. ...que 'yo' es una herramienta lingüística polisémica que significa de acuerdo con el uso que las personas hacen de ella.

Con Wittgenstein (1953, 1976, 2010) se vio que este pronombre significa 2 cosas dependiendo del tipo de verbo que lo acompañe. Retomando, si 'yo' va acompañado de un verbo que refiere a una acción que realiza el cuerpo o a una situación de existencia de este (verbos materiales) entonces se está hablando del yo-objeto. Si, por su parte, 'yo' se presenta con un verbo que manifiesta estados de ánimo, pensamiento, gustos, deseos o fenómenos que tengan que ver con la vida mental (verbos psicológicos), se hablará del yo-sujeto.

En este sentido se podría pensar que hay algunas oraciones en primera persona que pueden ser reemplazadas por oraciones sobre el cuerpo, en "Estoy bronceado por todas partes" se concluye que mi cuerpo está bronceado por todas partes, pero no se sigue que la palabra 'yo' a veces significa lo mismo que "Este cuerpo" y otras veces no, lo que sería engañoso y lo que sugiere una ambigüedad donde no hay ninguna. Sería más iluminador decir "yo y este cuerpo", para un corto alcance de su uso los dos significados se ejecutan en pistas paralelas. Aunque eso no quiere decir que las diferencias entre "Tengo un dolor" (yo-sujeto) y "Mido 1.77" (yo-objeto) no son fundamentales.

Siguiendo este argumento, estudios modernos que avanzaron esta forma de pensar como los de Hacker (1990) y los de Bennett y Hacker (2003) delimitaron algunas funciones primordiales en las que se usa la primera persona más allá de la simple referencia pronominal:

1. Propositiones experienciales (Estoy feliz)
2. Propositiones acerca del cuerpo (Mido 1.70)
3. Presentaciones (yo soy NN),
4. Informes de actividades (Estoy escribiendo una carta, He leído tu ensayo)
5. Expresiones de intención (Iré a Londres mañana)
6. Expresiones performativas (Declaro que..., Lo prometo)

En su trabajo, dichos autores concluyen que estas funciones sirven como herramientas de autoconciencia. Es decir, para ellos, la conciencia es un conjunto de habilidades cognitivas

que se procesan y expresan con el lenguaje. **La autoconciencia es entonces la forma en la que las personas reflexionan sobre sus actos, deseos, experiencias personales, etc., y no la conciencia de un “yo” interno.** Esto último es muy importante porque aquí se genera la conexión más clara con las posturas psicológicas y psiquiátricas que hablan del “yo” que se verán más adelante.

Por el momento basta con destacar que el pronombre en cuestión es una fuente fructífera de investigación porque mientras más se le analiza, más fenómenos lingüísticos y filosóficos surgen.

1.4.2 Funciones gramaticales del pronombre yo

Ya que se estudió cómo funciona el pronombre yo desde la filosofía del lenguaje, toca ver la forma en la que este pronombre funciona en la gramática. Primero que nada, se observará que “yo” “mí” y “me” funcionan como simples pronombres que sirven para llamar a la primera persona, para sustituir nombres, es decir, para Roca (1985), Alarcos (1982), Seco (1969), estas palabras son una categoría gramatical. Desde esta perspectiva estas palabras no tienen un contenido semántico y su referencia depende del contexto en el que se les enuncie. Las siguientes, de acuerdo con Seco, son características de los pronombres personales:

- 1.º No expresan por sí mismos ningún concepto fijo. Yo no representa ninguna persona determinada: puede ser Pedro, Juan, Andrés, etc., todos cuantos intervengan en la conversación, a medida que cada uno de ellos vaya tomando la palabra...
- 2.º Sustituye al nombre de un ser pensado, señalado, expresado previamente o manifestado por el hecho de la palabra...
- 3.º El pronombre no expresa, en general, nada nuevo. Sin embargo, simplifica y flexibiliza considerablemente la expresión, evitando una enojosísima y constante repetición del sustantivo.
- 4.º Los pronombres pueden ofrecer dos sentidos: uno sustantivo y otro adjetivo. En el primero reproducen al sustantivo, desempeñando en la oración las mismas funciones que este; en el segundo reproducen al sustantivo antecedente, modificando en sentido determinativo a otro nombre (1969, pp. 37-38).

Cuando “yo”, “mí” o “me” funcionan como pronombres tendrán estas características. En esta línea cabe mencionar que en esta investigación se trabajará con las formas tónicas y átonas de la primera persona. La Imagen 10 da un mejor panorama de lo dicho:

Imagen 10: Personas gramaticales y sus pronombres

		SINGULAR		PLURAL			
Pronombres personales	Primera persona.	formas tónicas	yo mí conmigo		nosotros nosotras		
		formas átonas.					me
	Segunda persona.	formas tónicas	tú ti contigo		vosotros vosotras		
		formas átonas.					te
	Tercera persona.	formas tónicas	él	ella	ello	ellos	ellas
			sí	sí		sí	sí
		formas átonas.	consigo	consigo		consigo	consigo
		formas átonas.	le	le	lo	les	les
			lo	la		los	las
		se	se		se	se	

Fuente: Seco (1969, pág. 41)

Esta función clásica del pronombre de primera persona es la más común, sin embargo, en la actualidad otros autores han descubierto que este pronombre, en ciertos casos, se llega a comportar de formas que no aluden del todo a una función pronominal y que su significado es más complejo.

Por ejemplo, Calsamiglia y Tusón (1999), retomando a Bajtín y a Benveniste, apuntan que el lenguaje es fundamentalmente dialógico y su expresión en monólogo o diálogo siempre implica un interlocutor. Esto quiere decir que cualquier persona que emite un enunciado, lo hace a partir del reconocimiento de una o más personas a las que dirigirá ese enunciado. Para hacer esto, el sistema lingüístico cuenta con una serie de herramientas que el emisor utiliza para representarse a sí mismo y a los otros dentro de un enunciado. Es aquí donde el uso del pronombre de primera persona entra en acción.

Para Calsamiglia y Tusón este pronombre tiene más una función deíctica que una gramatical. Ellas dicen que ‘yo’ es una forma de representar la identidad de quien la usa, pero esta identidad no es fija y está en constante cambio de acuerdo con la posición asumida por el enunciante en una situación particular (el papel que cumple), en sus palabras:

Pero, así como podemos considerar el yo como la forma canónica de representación de la identidad de la persona que habla —el «centro deíctico» que encontramos descrito en las gramáticas— en el uso real, la referencia deíctica a la persona que habla se ofrece de forma calidoscópica para mostrar las diferentes caras o posiciones con las que se puede mostrar o presentar el sujeto hablante (1999, pág. 138).

Entonces, hay una constante construcción y reconstrucción del sujeto en el discurso (proyección lingüística de la imagen del emisor), construcción que, debido al carácter dialógico del lenguaje, depende de cómo el enunciante quiere ser percibido por su interlocutor. Por eso, mencionan Calsamiglia y Tusón (1999), los usuarios del lenguaje utilizan distintas estrategias para representarse a ellos mismos y a sus interlocutores en el discurso. El uso de las personas gramaticales es una de ellas.

Dichas autoras apuntan que la autorrepresentación en la enunciación dependerá de factores sociales y psicológicos. Por ejemplo, el uso de la primera persona singular para la autorrepresentación implica responsabilidad directa de lo dicho, y puede resultar arriesgado en el ámbito de lo público; su uso en plural denota una inclusión general afectiva del emisor en un grupo social no determinado. Cuando el pronombre se usa de manera explícita en una oración se le conoce como “yo tácito”.

Lo importante de estos apuntes es la flexibilidad en el uso de ‘yo’ para representar al emisor de un enunciado. Muy de acuerdo con el argumento ya planteado de que las palabras no refieren a las entidades del mundo real, y retomando lo ya mencionado, ‘yo’ en el análisis de Calsamiglia y Tusón funciona como un deíctico de representación del sujeto en el discurso. Esto quiere decir que su uso no busca referir al emisor, sino representarlo de acuerdo con sus intereses comunicativos, de hecho, el protagonismo de los interlocutores en el enunciado puede ser suprimido en su totalidad para dar peso al argumento o la información.

Otras marcas también claras de que se borra la presencia del Locutor son el uso de construcciones impersonales o construcciones pasivas sin expresión del agente. El código gramatical pone a disposición del hablante recursos que esconden o borran su presencia dando relevancia, por contraste, al universo de referencia (Calsamiglia & Tusón, 1999, pág. 137).

Esto último no quiere decir que el emisor y el posible receptor queden fuera de la enunciación; sino que su existencia queda escondida detrás de estrategias léxicas y discursivas. Lo relevante de esta aseveración es que se puede prescindir del pronombre personal, es decir, lo convierte en un “yo implícito”.

El uso de la primera persona en situaciones comunicativas verbales y textuales atiende a estrategias que el hablante utiliza para darse a entender. Es decir, el usuario del lenguaje está en constante selección de palabras para configurar su mensaje de manera que logre sus objetivos. Por eso, el uso de los pronombres en primera persona juega un papel muy importante a la hora del acto comunicativo. Sin embargo, pragmáticamente se han descubierto más funciones para dicho pronombre.

Lo anterior se debe a que una de las peculiaridades del lenguaje es que ocurre en el tiempo y en el espacio, es un fenómeno social que involucra participantes y así lo apuntan Calsamiglia y Tusón (1999), Levinson (1983), Cifuentes (1989) et al., al abordar el tema de la deixis como un fenómeno lingüístico.

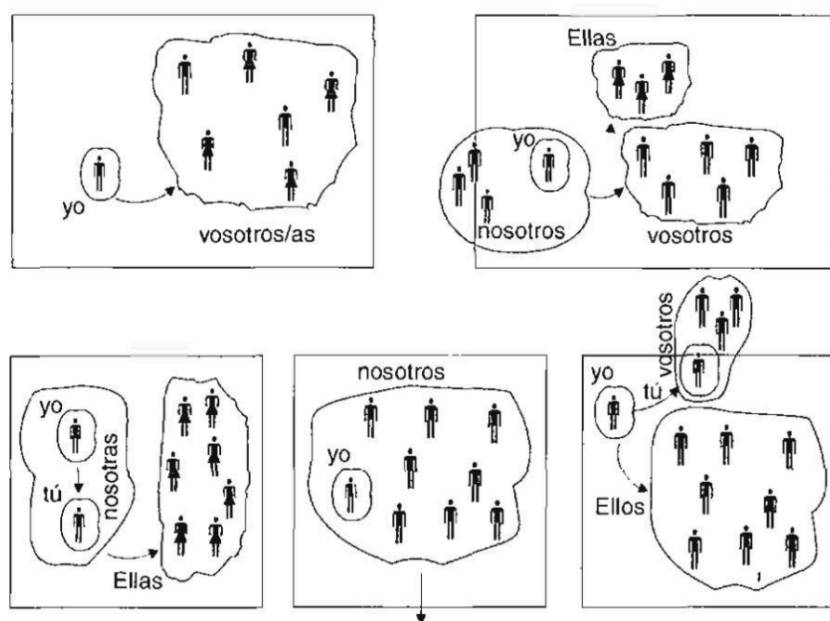
Ellos mencionan que el lenguaje se debe estudiar en la interacción cara a cara o con un mínimo de situación contextual. Esto quiere decir que el significado de las palabras depende de una situación enunciativa, por ello el deíctico es un indicador contextual que señala y crea un terreno en común, organizando el espacio y situando a los interlocutores.

Los elementos deícticos son piezas especialmente relacionadas con el contexto en el sentido de que su significado concreto depende completamente de la situación de enunciación, básicamente de *quién las pronuncia, a quién, cuándo y dónde*. Son elementos lingüísticos que señalan, seleccionándolos, algunos elementos del entorno contextual (Calsamiglia y Tusón, 1999, pág. 116).

Existen distintos tipos de deícticos, sin embargo, los que interesan a esta investigación son los de persona debido a que de entre ellos destaca el pronombre yo y la forma en la empaqueta y contextualiza ciertos aspectos de una situación enunciativa.

Levinson señala que la deixis de persona codifica el rol de los participantes en el evento discursivo, no un rol social, sino uno lingüístico en donde la primera persona es la gramaticalización del hablante en referencia a sí mismo; la segunda persona codifica la relación que tiene el hablante en relación con sus receptores y la tercera busca situar a personas o entidades que no son ni hablantes ni receptores: “Las formas familiares en que dichos participantes son codificados en el lenguaje son, por supuesto, los pronombres y sus acuerdos de predicado asociados.” (1983, pág. 62).

Imagen 11: Deixis de persona en relación con un evento de habla



Fuente: Calsamiglia, H., & Tusón, A. (1999). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso* (pág. 118). Barcelona: Ariel

En la Imagen 11 se expone el comportamiento de la deixis de persona con relación a las demás personas gramaticales y su configuración en un evento de habla. Si esta misma representación se traslada a una perspectiva funcionalista se observa una relación muy estrecha con la noción de *evidencialidad* propuesta por Frawley (1992). Según él, la deixis de primera persona sirve como fuente de información y perspectiva.

Dicho autor menciona que la Evidencialidad del modelo TAME (tiempo, aspecto, modalidad, evidencialidad) es un fenómeno **deíctico** porque los marcadores evidenciales se encuentran fuera del texto, son extralingüísticos: la fuente de información y el hablante que tiene acceso a tal fuente. Estos marcadores se deben entender como el punto de vista de donde surge la información.

Frawley (1992) hace una clasificación exhaustiva de la evidencialidad como fenómeno deíctico en donde la posición básica es la fuente de información deja en segundo plano la direccionalidad: desde o hacia. De esta forma dice Bermúdez (2017) se conforman cuatro subcategorías (Imagen 12) de acuerdo con la fuente de información y la direccionalidad.

Imagen 12: Subcategorías derivadas de la fuente de información y la direccionalidad

<i>Fuente de conocimiento</i>	<i>Fuerza del conocimiento</i>
Yo	
Desde	<i>Categorías escalares de la inferencia</i> necesario > posible
Hacia	<i>Categorías escalares de la sensación</i> visual > auditivo > otros sentidos > sentimientos
Otro	
Desde	<i>Categorías escalares de la información externa</i> cita > informe > rumor > otro
Hacia	<i>Categorías escalares de los participantes</i> el otro > los demás

Fuente: Bermúdez, F. (2005). *Evidencialidad La codificación lingüística del punto de vista* (pág. 26). Stockholm: Stockholm University.

Cuando la información radica en el uso del pronombre yo, esta es directa, cuando lo hace en el otro, la información es indirecta. Por ello, la evidencialidad es la construcción argumental que una persona hace de un evento de acuerdo con una perspectiva relacionada a los participantes. En el ejemplo “Y me dormí, orgulloso de no haberle robado el pan a mi compañero” la evidencialidad tiene su fuente de conocimiento en “yo” y emana desde una perspectiva directa por lo tanto la afirmación es necesaria dentro del contexto lingüístico que se encuentra.

Además de ello la evidencialidad permite configurar la función de ‘yo’ como punto vista y fuente de información. Si bien es cierto que la perspectiva gramatical clásica sobre el

pronombre personal implica funciones estructurales y nominalizadoras, la exposición de la deixis de persona presenta una noción más amplia en la función que cumple el sistema pronominal de la lengua española. Esto pone de relieve las distintas funciones gramaticales, cognitivas y pragmáticas del pronombre personal en cuestión, pero implícitamente sugiere que esta palabra presenta cambios en sus usos.

Aunado a lo anterior están los estudios que señalan que el pronombre yo en ocasiones pierde su significado como tal para adquirir una función de marcador discursivo (MD) que empaqueta anafóricamente partes de un discurso mencionadas previamente.

Los 'marcadores del discurso' son unidades lingüísticas invariables, no ejercen una función sintáctica en el marco de la predicación oracional -son, pues, elementos marginales- y poseen un cometido coincidente en el discurso: el de guiar, de acuerdo con sus distintas propiedades morfosintácticas, semánticas y pragmáticas, las inferencias que se realizan en la comunicación (Martín y Portoles, 1999, pág. 4057).

Como también menciona Levinson (1983), un MD tiene la capacidad de empaquetar significado. En el caso de los reformuladores explicativos, por ejemplo “o sea”: “El hablante considera que lo ya dicho no transmite satisfactoriamente su intención comunicativa y utiliza un reformulador... para presentar el miembro del discurso que lo sigue como una mejor expresión de lo que pretendió decir con el miembro precedente...” (Martín y Portolés, 1999, pág. 1421)

Esta breve exposición sobre las características y el funcionamiento de los marcadores discursivos muestra claramente cómo una palabra o conjunto de palabras cambian su significado o su uso en un contexto determinado. El siguiente estudio tiene relación con esto último porque propone una posible gramaticalización del pronombre personal yo a partir de su comportamiento como marcador discursivo.

Ruiz (2013) examina dos corpus diferentes con el fin de encontrar entornos textuales donde ‘yo’ cumpla una función diferente a la de pronombre personal. Partiendo de la oración “Yo a mí me parece”, la autora señala una serie de situaciones similares dentro de su corpus y describe cómo estas definen la función gramatical y pragmática de ‘yo’. Por ejemplo, en la oración citada: “...el pronombre yo designa el sujeto de la enunciación, destacándolo y

distinguiéndolo enfáticamente del sujeto del enunciado. El pronombre queda así vacío de función sintáctica dentro de la oración.” (pág. 2)

En cuanto a su posible gramaticalización, la falta de datos en el tiempo real no permite hablar de “extensión” a nuevos contextos, pero sí podemos ver claramente una gran variedad de estructuras en las que “yo” deja de tener una función gramatical y/o semántica dentro de la oración, característica de los pronombres personales, para realizar una función discursiva o pragmática al nivel del enunciado, típica de los marcadores de discurso (Ruiz, 2013, pág. 8).

Lo que la autora sí expone de manera clara son algunas formas en las que el pronombre en cuestión pierde su uso gramatical para ser adaptado a otro tipo de estrategias lingüísticas que no tienen que ver con nombrar al enunciante, intercambiarlo por su nombre, o las distintas funciones que normalmente se le asignan desde una gramática clásica.

Esto quiere decir que, para Ruiz (2013), el pronombre personal yo, en algunas ocasiones, pierde sus funciones meramente gramaticales y adquiere más una función de marcador discursivo, una función más pragmática. Dentro de su investigación la autora detectó seis contextos o situaciones en los que dicho pronombre adquiere la función de marcador discursivo, pero de distintas formas:

- a. Acompañando a verbos psicológicos o pseudoimpersonales: dentro de oraciones como “Pero **yo me gusta** leer de todo”, “**Yo me gustaba** irme con gente”, “**Yo a mí me parece que** eso de las migas viene de la palabra amiga”, se observa que el pronombre ocurre al lado de “me”, “a mí” y “la/el” sin pausa entre estas palabras, o sea, de manera automática.
- b. Acompañando a verbos transitivos e intransitivos: en los siguientes ejemplos el pronombre personal “yo” es el sujeto de la enunciación, pero no corresponde con el sujeto del enunciado imponiendo al yo-hablante en el mensaje: “**Yo me** lo deja mi hermana.”, “**Yo me** decían...”, “**Yo, pues me** quitaron del colegio.”, “**Yo, del Betis, no hay quien me** quite.”
- c. En estructuras impersonales: aquí “yo” no tiene ninguna conexión gramatical con el resto de la oración; solo enfatiza la opinión del hablante: “**Bueno yo**

esto está muy bonito.”, “**Yo para mí** eso no es divertirse.”, “**Hombre yo**, lo más alegre de mi vida era cuando me casé con mi mujer.”

- d. Para enfatizar la posesión: dentro de su corpus, la autora encontró 19 situaciones en las que el pronombre precede a “mi”, para ella esto implicó que el hablante usa esta combinación (“yo mi”) sin pausa para resaltar la posesión: “**Yo mi** especialidad es psicología.”, “**Yo mis** hermanas, eso es primordial.”, “**Yo mi** hijo Santiago era una preocupación mía.”
- e. Acompañando a formas plurales: en estas situaciones el pronombre se usó para enfatizar la primera persona dentro del grupo o indicar que la acción verbal se llevó a cabo con otras personas: “**Yo** normalmente **salíamos** muy poco.”, “**Yo nosotros lo que hacemos** es el montaje de cocina.”, “**Yo venimos** las dos, bueno, obsesionadas con los niños.”
- f. En estructuras dislocadas: para la autora el uso de “yo” en este tipo de oraciones funciona como una estrategia de iniciación del discurso, antes de saber realmente como va a terminar el enunciado: “**Yo es que** una prima de mi marido trabaja en Mairena.”, “**Yo la verdad es que** el negocio familiar es nuestro.”, “**Yo lo que pasa es que** como no me gusta beber.” En estas oraciones, “yo” es extraído de una oración previa para iniciar la oración en la que aparece.

Esta serie de ejemplos en sus respectivos contextos ponen de relieve, si no una gramaticalización, al menos, formas poco usuales en las que se usa la primera persona gramatical; una marcación en el uso del pronombre yo.

1.4.3 Marcación

La marcación es un fenómeno lingüístico que, a grandes rasgos, refiere a situaciones en las que el uso de algún elemento del lenguaje cambia y, debido a este cambio, dicho elemento resalta por su extrañeza. Como se vio con la investigación de Ruiz (2017), los usos del

pronombre yo como marcador discursivo son gramaticalmente incorrectos y poco frecuentes en un contexto formal, sin embargo, existen y su frecuencia de uso llama la atención. En este orden de ideas Givón (1995) menciona que una estructura sintáctica está marcada cuando en ella hay:

1. Complejidad estructural: la estructura marcada tiende a ser más compleja (o más grande) que la correspondiente sin marcar lo que implica que los componentes de la oración aparezcan en lugares donde normalmente no lo hacen.
2. Distribución de frecuencias: la categoría marcada (figura) tiende a ser menos frecuente, por lo tanto, cognitivamente más sobresaliente que la categoría no marcada correspondiente (base).
3. Complejidad cognitiva: la categoría marcada tiende a ser cognitivamente más compleja en términos de esfuerzo mental, demanda de atención o tiempo de procesamiento que la no marcada.

Para tener una idea más clara de la marcación de 'yo' conviene recordar que Fineberg et.al. (2015) cuando concluyeron que existe una diferencia en la utilización del pronombre yo entre los pacientes con esquizofrenia, los diagnosticados con desorden del estado del ánimo y las personas sin patologías; los esquizofrénicos lo usan menos.

Abonado a lo anterior, Moya (1990) concluyó que, a nivel de la oracional el paciente utiliza más enunciados y pronombres reflexivos porque con estas estrategias discursivas quieren poner relieve que a nivel subjetivo han sido invadidos por el otro; el "yo" está roto. Y esto va muy de acuerdo con Pardo & Lerner (2001) pues en su investigación observaron que en el discurso esquizofrénico proliferan los referentes que nunca han sido mencionados con anterioridad o que simplemente no existen, esto implica que lo que acontece a la primera persona se vea reflejado en la tercera del plural.

En el ejemplo paradigmático “Yo a mí me parece que eso de las migas viene de la palabra amiga” que presenta Ruiz (2013) se pueden observar dichas características de la marcación.

La secuencia “Yo a mí me parece” es una estructura más larga que “Me parece”. Así mismo resulta difícil de interpretar y procesar cognitivamente en un principio, la autora ya mencionó que ‘yo’ está funcionando como un marcador discursivo, sin embargo, esta afirmación es solo una hipótesis. A nivel de frecuencia, esta construcción no es muy común en el lenguaje escrito y/o hablado.

Ahora bien, resultará que en algunas situaciones, lugares o contextos dicha construcción sea algo común y no esté marcada en términos de frecuencia. Eso resulta bastante normal debido a que la marcación es un fenómeno contextual. En palabras de Givon:

Markedness is a context-dependent phenomenon par excellence. The very same structure may be marked in one context and unmarked in another. This can be illustrated this with two simple examples.

Active clauses predominate -- in terms of frequency -- in oral communication about everyday human affairs. Passives and other impersonal clauses predominate in academic discourse about abstract topics. Which clause-type is marked then, and which the unmarked? In the context of everyday oral communication, the passive is marked. In the context written academic discourse, the active (1995, pág. 3).

Los contextos definen la forma en la que las personas se comunican y, a nivel sociolingüístico, permiten segmentar y categorizar a los hablantes. Por ello, una consecuencia lógica importante de la dependencia del contexto de la marcación es que las explicaciones sustantivas de la marcación deben ser específicas del dominio. De modo que los correlatos comunicativos, socioculturales, cognitivos o biológicos de la marcación varían de un dominio a otro. Por ejemplo, colocar al agente en el rol de sujeto (por lo tanto, tópico) en cláusulas transitivas y, por lo tanto, hacer que la cláusula activa sea el caso no marcado probablemente refleja una norma cultural; la de hablar egocéntricamente (Givon, 1995).

Imagen 13: Preferencia de orden en sustantivos congelados

(47) preferred order (unmarked > marked)	less-preferred order (marked > unmarked)
a. Near > far: now and then, here and there, this and that,	*then and now *there and here *that and this
b. Adult > young: father and son, mother and daughter,	*son and father *daughter and mother
c. Male > female: man and wife,	*wife and man
d. Male > female > young: men, women and children,	*children, women and men
e. Singular > plural: one and all, ham and eggs, cheese and crackers,	*all and one *eggs and ham *crackers and cheese
f. Large > small: large and small,	*small and large
g. Singular/large > plural/small: hammer and nails,	*nails and hammer
h. Animate > inanimate: life and death,	*death and life
i. Human > non-human: a man and a dog,	*a dog and a man
j. Agent/large > patient/small: cat and mouse,	*mouse and cat
k. Whole/one > part/many: hand and finger(s) whole and parts	*finger(s) and hand *parts and whole
l. Salient > non-salient: day and night	*night and day

Fuente: Givon (1995)

En la Imagen 13 se observa claramente lo expuesto; para un sector social las construcciones de lado izquierdo no están marcadas y las de lado derecho son poco usuales. El uso de cada una de estas construcciones está definido por las percepciones cognitivas y psicológicas que tiene las personas y la importancia que se le da a cada uno de los conceptos mencionados. Sin embargo, Givon menciona que el uso de unas u otras no atiende del todo a cuestiones gramaticales. Este uso, dependerá, como ya se mencionó, de distintos factores, uno de los más estudiados es el cultural:

These facts about the role of culture in the assignment of markedness do not contravene what we know about perceptual saliency. Rather, they suggest that cognitive saliency -- and with it linguistic markedness -- is not a purely physiological phenomenon, but rather the product of interaction between the more perceptual and the more cultural aspect of cognition. That reality is constructed at the intersection of both is not exactly a big surprise (1995, pág. 34).

Ya sea que 'yo' se esté gramaticalizando como un marcador discursivo (Ruiz, 2013), o que simplemente esté marcado en algunos contextos, los fenómenos que se presentan en el uso de esta palabra dan cabida para pensar que algo sucede cuando las personas la ocupan. Ya se adelantó que la esquizofrenia es un contexto específico donde el lenguaje funciona de manera particular. Las aclaraciones que se han hecho hasta el momento se realizaron con el fin de sentar las pautas para probar la hipótesis de que las personas con esquizofrenia utilizan de forma diferente la primera persona y el pronombre yo, es decir, que usan estos recursos gramaticales de forma distinta a medida que avanza la enfermedad.

1.4.4 Otros conceptos clave relacionados con el pronombre: la oración y el verbo

Ahora que ya se vieron las distintas funciones y significados del pronombre yo es importante revisar algunos conceptos sintácticos que se relacionan con él. Primero la oración o proposición.

Es comúnmente aceptado (Roca, 1985; Alarcos, 1982; Seco, 1969) que la oración es la expresión de un juicio sobre acciones, deseos, afectos y pensamientos reproducido lingüísticamente. Está conformada por un sujeto del que se dice algo y un predicado, lo que se dice del sujeto. El sujeto estará definido a partir de sus cualidades o de sus acciones.

En términos estrictamente gramaticales, sujeto es la cosa o la persona -concepto sustantivo- de quien se afirma algo: una cualidad, un accidente o fenómeno; y predicado es aquello -cualidad o accidente- que se afirma del sujeto.

Si decimos el árbol es frondoso o ¡hermosa noche!, el árbol y la noche son las cosas de las cuales se hace alguna afirmación; son, pues, sujetos; y lo que de ambos se afirma... no son sino cualidades... En cambio, en las frases el reloj marcha, Daniel duerme, el perro mordeará, lo que se atribuye a los distintos sujetos son cambios, accidentes, fenómenos, que descubrimos en los sujetos, lo cual se expresa en el lenguaje por medio de los verbos (Seco, 1969, pp. 131-132)

De este modo las oraciones se dividen en simples, cuando solo tienen un sujeto y un verbo y complejas, cuando tienen más de un sujeto y más de un verbo o, dicho de otra forma, una oración compleja está compuesta por una o más oraciones simples (Seco, 1969).

Como se observa el verbo es un componente fundamental de la oración porque da a conocer la acción que realiza el sujeto. Pero no solo eso, el verbo también denota la actitud del hablante ante dicha acción y el tiempo en el que se realiza.

El verbo es la palabra por excelencia, que expresa el juicio mental incluyendo sus términos esenciales: el predicado y el sujeto. Así, en la forma verbal *leo* está contenida la idea de leer más la del sujeto que lee, *yo* (Seco, 1969, pág. 54).

En dicha frase, el verbo leer es una acción que está sucediendo; un hecho. Ahora bien “Ojalá lea” es una frase que ni ha sucedido, que no está sucediendo y que no se sabe si sucederá. La primera forma verbal está contenida dentro del modo indicativo del verbo que denota acciones reales, hechos o existencias. El hablante utiliza este modo del verbo para constatar lo dicho. Mientras que, en la segunda frase, el hablante toma una actitud de inseguridad ante la acción, desea que pase, pero no sabe si pasará con certeza. El modo subjuntivo del verbo es utilizado para hablar de acciones que son posibles, pero que no se sabe si sucederán:

El hecho se considera como algo que para el que habla -yo-, no tiene existencia real, sino queda encerrado en el campo de lo puramente pensado. Ni se afirma ni se niega el hecho: tan solo se le toma como algo que está en el aire. En otras palabras, podríamos decir que el subjuntivo expresa la “esencia” de un hecho, frente al indicativo, que expresa la “existencia” (Seco, 1969, pág. 61).

Como ya se adelantó, otro elemento importante dentro de la oración es el tiempo en el que está conjugado el verbo. De manera general, existen tres conjugaciones: pasado, presente y futuro que corresponden a la estructura de los acontecimientos en un evento dado. Sin embargo, dentro de cada una de estas conjugaciones existen otros matices de la acción que se realiza porque el tiempo es un marcador de relación temporal entre un evento, el momento del habla y el tiempo-referencia. Así cuando se habla de tiempo en una oración, en realidad se habla de temporalidad.

Es en este punto donde entra el concepto “aspecto” que refiere a la forma en la que un evento se distribuye en el tiempo. De esta forma, el aspecto puede servir dentro de la oración, entre otras cosas, para indicar perspectivas, evocar instantes que integran un acontecer, para mostrar un evento como más o menos terminado, etc. En palabras de Seco:

Distingue, desde luego, el español entre tiempos *imperfectos*, *perfectos* e *indefinidos*. Los imperfectos... expresan la acción como no terminada todavía, como incompleta en su ejecución o realización, los perfectos presentan la acción como acabada o consumada, y los indefinidos dejan indeterminada una u otra circunstancia.

Esta distinción entre tiempos imperfectos, perfectos e indefinidos corresponde al accidente verbal llamado aspecto (1969, pág. 62).

Tomando en cuenta todo lo anterior, en la Tabla 7 se muestra un ejemplo de cómo se puede conjugar un verbo en todos los tiempos verbales que hay en sus distintos modos:

Tabla 7 Ejemplo de conjugación verbal en los distintos modos en primera persona

Tiempos generales	Aspectos del verbo	M. Indicativo	M. Subjuntivo
Presente	N/A	Hablo	Hable
Pasados o pretéritos	Imperfecto	Hablaba	Hablara/Hablase
	Perfecto	He hablado	Haya hablado
	Indefinido o perfecto simple	Hablé	N/A
	Pluscuamperfecto	Había hablado	Hubiera/hubiese hablado
	Anterior	Hube hablado	N/A
Futuros	Imperfecto	Hablaré	Corriere
	Perfecto	Habré hablado	Hubiere corrido
	Potencial o condicional simple	Hablaría	N/A
	Potencial o condicional compuesto	Habría hablado	N/A

Fuente: Fuente elaboración propia basado en Seco (1969)

La oración y sus elementos son recursos que un hablante tiene a su disposición para pasar del pensamiento a la palabra; para genera juicios. A pesar de que existen más, los aquí presentados son los principales en las construcciones sintácticas. Estos recursos permiten la expresión y la comunicación y, como se ha venido desarrollando, le dan la oportunidad a una persona para que exprese su experiencia en el mundo, específicamente con la utilización de la primera persona gramatical.

1.4.5 Roles temáticos

Los conceptos que se describieron en los apartados anteriores, a pesar de que se han modernizado, están insertados fuertemente en lo que se podría considerar como una gramática clásica. Sin embargo, en esta investigación son solo la base de un marco de entendimiento más complejo. El de la gramática cognitiva.

La Gramática Cognitiva, según Ibarretxe-Antuñano y Valenzuela (2010) parte del entendido de que un mismo contenido conceptual se puede organizar de formas distintas por medio de estrategias de estructuración gramatical que derivan en patrones lingüísticos, en donde incluso la perspectiva juega un papel muy importante para la configuración del significado. Por eso se dice que hay patrones en los procesos cognitivos del ser humano que tienen su reflejo en las producciones lingüísticas y que estas producciones tienen un alto contenido simbólico con intenciones comunicativas. De acuerdo con esto, se podría concluir que al analizar dichas producciones se estaría analizando la forma de ver el mundo de una persona en particular.

Una de las tesis principales de esta escuela es que el lenguaje sirve para construir experiencias y que las experiencias son la base del significado. Esto quiere decir que una experiencia se puede configurar en el lenguaje y que estas experiencias determinarán el significado de una construcción lingüística.

Las estructuras sintácticas son la base del análisis en la gramática cognitiva. Los elementos básicos de una oración permiten dar cuenta de cómo una persona configura su experiencia por medio del lenguaje (Ibarretxe-Antuñano y Valenzuela 2010). Estos elementos son: el espacio y el tiempo; la situación y los eventos; las entidades y los procesos; el movimiento, la locación; la fuerza y la causa; y la intención y el deseo. Los más importantes para esta investigación son: procesos y entidades.

Los procesos y las entidades tienen funciones primordiales para la construcción de significado en una oración y se les puede localizar como verbos y sustantivos respectivamente en la perspectiva “clásica” de la gramática. Desde la lingüística cognitiva, los verbos no solo se limitan a representar acciones y los sustantivos, como dice Frawley

(1992), no son siempre personas, lugares o cosas, pero las personas, los lugares y las cosas siempre terminan siendo sustantivos.

Así mismo, desde esta perspectiva los verbos son concebidos como procesos debido a que no todos los verbos son acciones, pero todas las acciones son verbos. Frawley (1992) explica que un proceso es una relación relativamente temporal en una oración que genera un espacio conceptual o mental, lo que implica cambio y tiempo, elementos característicos de las acciones, los procesos y los estados.

En esta línea, el evento se puede convertir en una entidad o sustantivo, así “llegó”, “llegaba”, “llega” puede terminar en “llegada”. Todas las estructuras lingüísticas denotan un resultado en un espacio conceptual, pero solo los verbos mantienen los estados que llevan al resultado, mientras que el sustantivo representa los estados en un episodio unificado. En “Jesús caminó” se infiere que Jesús partió de un origen y que llegó a un destino en su caminata. A diferencia de “Jesús dio una caminata”; aquí hay dos entidades, “Jesús y “caminata”, el verbo dar es un evento que dio como resultado la caminata. Es importante mencionar que una entidad es una propiedad semántica diferente al evento, ya que ésta es típicamente codificada como sustantivos porque son fenómenos relativa y temporalmente estables (Frawley, 1992).

Ya se dijo que todas las personas, los lugares y las cosas terminan siendo sustantivos. Pero ¿qué hay de sustantivos como suavidad? Esta palabra, aunque se puede categorizar como tal, no es una persona, ni un animal, ni una cosa. Por eso Frawley (1992) dice que la representación semántica de los sustantivos como entidades refiere a una región relativamente atemporal en el espacio semántico o conceptual.

Por su parte, Fillmore (1968), menciona que las entidades tienen roles temáticos dentro de una oración. Un rol temático es una etiqueta semántica asignada a frases nominales o constituyentes similares a frases nominales en una oración que describe su relación con la acción o el estado descrito por el verbo. Los roles temáticos reflejan los roles participantes que desempeñan las entidades en la situación o evento descrito por la oración, como agente, paciente, tema, experimentador, etc. Ayudan a explicar el comportamiento semántico y

sintáctico de los argumentos en una oración y pueden usarse para determinar el significado de una oración.

Para Van Valin y Lapolla (2008), un rol semántico es un conjunto de conceptos que reflejan la relación de un participante con el evento o estado descrito por el verbo en una oración. Estos roles se definen en términos de su relación con el predicado e incluyen Agente, Paciente, Experimentador, Paciente, Tema, Meta, Fuente e Instrumento. Ayudan a estructurar la oración e indican el significado de los argumentos que se asocian con el verbo.

Debido a que los fines de esta tesis no son caracterizar la sintaxis de las oraciones a partir de los roles temáticos sino describir el comportamiento de las entidades; del pronombre yo en una oración, solo se trabajarán con los siguientes roles tal cual los entienden Van Valin y Lapolla (2008):

1. Agente: un instigador que realiza una acción o evento a propósito y deliberadamente, como en “Juan tira la basura”.
2. Experimentador: es un ser sintiente que experimentan estados internos, como percepciones, creencias, conocimientos y emociones como en “Pedro está pensando o recordando o gustando o cuestionando.”
3. Paciente: cosas, animales o personas que están en un estado o condición, o experimentan un cambio de estado o condición como en “Susana siendo alta, enferma o moribunda, o una ventana rompiéndose.

Como ya se dio a entender los roles temáticos son una forma de describir las relaciones entre los participantes de una oración y la acción o estado expresado por el verbo. Diferentes lingüistas han propuesto diferentes conjuntos de roles temáticos, pero generalmente tienen el mismo propósito de proporcionar una forma sistemática de identificar las funciones semánticas de diferentes sintagmas nominales en una oración. Al analizar los roles temáticos de los constituyentes de una oración, se obtiene una comprensión más profunda del significado transmitido por la oración y cómo se relaciona con la situación del mundo real que describe.

1.4.6 Delirios del “Yo roto”: autoconciencia, referencia, autorreferencia, imagen corporal y mundos posibles

Como ya se ha mencionado, uno de los temas más frecuentes en las investigaciones respecto a la esquizofrenia es lo que Ey (1963) denomina la ruptura del “yo”. Cada autor que trata esta enfermedad llega a conclusiones similares y le pone distintos nombres a dicha ruptura. Por ejemplo, Kraepelin (1919) habla de la destrucción interna de la personalidad psíquica y Schneider (1975) de la pérdida del “yo”. Más adelante se darán ejemplos más modernos de este fenómeno y se describirá a detalle junto con sus características principales, la conciencia, la autoconciencia y los delirios.

En apartados anteriores se adelantó que la conciencia y la autoconciencia son conceptos que refieren a las habilidades de cognición, a la noción que las personas tienen de sí mismas y a la forma en la que se determinan con relación a su entorno social. Se vio con Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador (2014), Parnas y Handest (2010), Hacker (1990) y Bennett y Hacker (2003) que esta autoconciencia se materializa en el lenguaje de las personas haciendo uso de la primera persona gramatical. Ahora conviene revisar más a fondo este concepto debido a que de él se desprenden los demás elementos que se analizarán más adelante.

Primero que nada, es preciso diferenciar entre la autoconciencia pre-reflexiva y la reflexiva. La primera permite a las personas el conocimiento o la noción de sí mismas sin indagar o reflexionar en los porqués de sus conductas y pensamientos. La segunda, de acuerdo con Pérez (2012) les permite a las personas analizar sus experiencias. Con ella también generan conceptos de los objetos y de su entorno.

Esta autoconciencia puede intensificarse, es decir, la capacidad que permite volcar la atención sobre nosotros mismos, analizar, y controlar. De este modo nos distanciamos del egocentrismo infantil (de la perspectiva del deseo y sentimientos propios), mejorando la capacidad de autocontrol y autoconocimiento (y con ello, facilitamos la estabilización de la autoestima). Por eso comenzamos indicando que el pensamiento referencial es un tipo de actividad cognitiva y afectiva que tiene que ver con el yo o el sí mismo en continuo desarrollo, y cuyo despegue definitivo acontece a lo largo de la adolescencia (Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador 2014, pág. 13)

Una autoconciencia sana, de acuerdo con Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador (2014) contribuye al aprendizaje de la norma y las expectativas en un marco cultural. Lo que permite que las personas convivan en armonía con los demás por medio de la comprensión de los estados mentales ajenos.

En esta misma línea de pensamiento Parnas y Handest (2010) mencionan que, en un nivel reflexivo más explícito o articulado, la autoconciencia es una conciencia de un "yo" como el punto en el que se encuentra anclada la multiplicidad de experiencia y acción. En el nivel más sofisticado o complejo, se puede hablar de una persona o "yo social", una estructura autorreferencial que comprende características, estilo, hábitos y narrativa histórica distintivos e individualizados. Conceptos psicológicos como "autoestima" o "autoimagen" solo tienen sentido en este nivel de individualidad. Y esto conecta con Calderón, Rodríguez Perona y Salvador porque:

Si la adolescencia se plantea como un momento de cambio y de intensas transformaciones físicas y psicológicas, que va acompañada de una tendencia a la autoobservación o autoconciencia muy marcada, donde abundan los sentimientos de ser especial, de la autoimportancia de la propia perspectiva (la audiencia imaginaria), el sentimiento de experiencias únicas (fábula personal), no es extraño, por tanto, que la tendencia a la autorreferencialidad sea destacada en estas edades, hasta el punto, de que se ha comparado la adolescencia por la mencionada autoconciencia incrementada, con lo que sucede en un estado psicótico (2014, pág. 15)

Para Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador (2014), y Pérez (2012) un desarrollo atrofiado o no adecuado de la autoconciencia deriva en problemas de salud mental con probabilidades de convertirse en esquizofrenia u otro tipo de psicosis. Y esto se ve en investigaciones como a las de Parnas y Handest (2010) que hablan de una auto experiencia mórbida en la esquizofrenia cuando la autoconciencia se encuentra dañada. Algo similar se observaba ya en Boekera, et. al (2006) y en Sharfetter (1981) cuando hablaban de la conciencia del ego dañada y la patología del ego, respectivamente.

Sin importar con qué nombre se designe este fenómeno, parece ser que los autores concuerdan que la noción sobre las conductas y los pensamientos propios con relación a los demás es un factor muy importante del desarrollo cognitivo y que los problemas en este desarrollo probablemente desemboquen en enfermedades mentales. Por ello en esta

investigación se entenderá la ruptura del “yo” **como la desconexión parcial e intermitente de la conciencia y la autoconciencia del paciente con esquizofrenia de su entorno y contexto, lo que provoca un juicio de la realidad delirante.** Debido a que esta desconexión es intermitente, el paciente experimenta momentos largos o cortos donde percibe la realidad como todos los demás, asimismo, al ser parcial, las interpretaciones que el paciente hace acerca de su entorno están ancladas en algunos hechos objetivos. A continuación, se analizan los elementos de esta definición con más profundidad.

Como se vio en los trabajos de Hacker (1990) y los de Bennett y Hacker (2003) la conciencia y la autoconciencia se manifiestan en el lenguaje y en ciertas proposiciones como las experienciales, las que son acerca del cuerpo, las performativas, etc. Éstas, de acuerdo con los autores, son herramientas que les sirven a los individuos para hablar de sí mismos y de sus experiencias. Como se ha propuesto a lo largo de esta investigación, si existen problemas con la conciencia y la autoconciencia en la esquizofrenia, se esperaría que estos se vean reflejados en su lenguaje, específicamente en la forma en la que usan la primera persona.

Ejemplos que permiten hablar de lo anterior ya se expusieron con Parnas y Handest (2010) en la Tabla 2 sobre la auto experiencia mórbida y sus marcas en el lenguaje en donde los autores analizaron proposiciones extraídas de delirios. Esta extracción de proposiciones encontradas en los delirios que se hizo para señalar problemas con la autoconciencia es un método que también utilizaron Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador (2014), Moya (1990), Pardo y Lerner (2001), et. al (aunque vale la pena señalar que dichos autores no tenían como fin investigar la primera persona en el lenguaje esquizofrénico).

Por tales motivos, resulta importante retomar el concepto de delirio y la forma en la que se entenderá en esta investigación.

Ya se vio que este concepto alude a producciones verbales que no están ancladas en la realidad, a creencias o saberes falsos, sin embargo, existen distintos tipos de delirios. Algunos de ellos son, los paranoides, los erotómanos, los esquizofrénicos y se exponen en la Tabla 8.

Tabla 8: Tipos de delirios y su contenido

Tipo de grandeza	Ese subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos (no reconocidos) o de haber hecho algún descubrimiento importante.
Tipo erotomaniaco	Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo.
Tipo celotípico	Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio del individuo es que su cónyuge o amante le es infiel.
Tipo persecutorio	Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, o que lo engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan o drogan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo.
Tipo somático	Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales.
Tipo mixto	Este tipo se aplica cuando no predomina ningún tipo de delirio.
Tipo no especificado	Este subtipo se aplica cuando el delirio dominante no se puede determinar claramente o no está descrito en los tipos específicos (p. ej., delirios referenciales sin un componente persecutorio o de grandeza importante).

Fuente: elaboración propia basado *Association American Psychiatric* (2013)

Debido a la cantidad de tipos de delirios autores como Pardo y Lerner generaron una definición que los abarcará todos:

Desde el punto de vista lingüístico, definimos DELIRIO DISCURSIVO como aquel discurso fijo, impenetrable y monologista que hace imposible la comunicación tal como la entendemos habitualmente. Entendemos por comunicación la posibilidad de que exista un Principio de Cooperación mutua entre un hablante y un oyente para llevar a cabo una instancia dialógica que respeta ciertas Máximas y en las que se sigue un hilo temático común (Grice).

Entendemos por DISCURSO RAZONANTE aquel en el cual, aun cuando la estructura del razonamiento sea correcta, premisas delirantes llevan a conclusiones incongruentes y por tanto no presenta adecuación entre su significado y la situación de habla (2001, pág. 5).

Entonces, juntando el concepto de delirio con el de la ruptura del “yo”, el interés de esta investigación radica en los delirios que tiene que ver con la noción que el paciente tiene de sí mismo, de su experiencia, de su cuerpo y de su mente y se dividieron en las formas en las que percibe la realidad a través de la subjetividad de su enfermedad y en las formas en las que percibe su existencia corporal y el mundo físico.

Es importante recalcar que existe una extensa literatura sobre distintos tipos de delirios, sin embargo, se eligió trabajar con delirios que ponen de manifiesto la ruptura del “yo” ya que, además de que en esta categoría general caen muchos otros delirios, también están ligados estrechamente a la experiencia personal de los pacientes; a la primera persona. Autores como Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador (2014), Pardo y Lerner (2001) y Moya (1990), definen estos delirios como “autorreferenciales” y “referenciales”.

... el concepto de autorreferencias (lo autorreferencial) desde la psicopatología más clásica (Kraepelin, Jaspers, Schneider...), se refiere a relaciones (dañinas) dirigidas al yo, observables en la fase de inseguridad o amenaza que se vive en el comienzo de la esquizofrenia (y otras psicosis). Por tanto, observamos ideas de referencia como previo o base para un delirio y, específicamente, nombran al delirio referencial (o delirio autorreferencial) cuando los contenidos delirantes giran en torno a lo que los demás miran, observan, dicen o lo que sucede en el entorno (prensa, radio, TV, etc.) (Calderón, Rodríguez, Perona y Salvador, 2014, pág. 9).

Por su parte Pardo y Lerner explican de forma más lingüística que en la autorreferencia:

...la primera persona del singular (yo) como causa y centro del mundo de creencias. El mundo del paciente se desarrolla a partir de que el yo aparece como eje y causa (obsérvese la frecuencia del "porqué") de dicho mundo que encuentra su sentido en esa interpretación sobre-exagerada.

...Y porque ayer llovió mucho y esa lluvia me la mandó Dios porque yo soy muy pecadora, porque yo llamé al muchacho de enfrente y él está conectado con los dioses y entonces los dioses me quieren castigar a mí y son los dioses los que hacen que este que haya llovido y que () (ríe) que eso me hace mucho daño a mí y que me está haciendo enfermar de esos dioses () ...bueno (2001, pág. 8).

En este punto cabe aclarar que en el ámbito de la psiquiatría existe también el concepto "referencial" que según el DSM-5 alude a la percepción o sensación que el paciente tiene de que sucesos o acontecimientos cotidianos y casuales están orientados de alguna forma a él; es decir, le da un significado extrañamente dirigido a él a cosas normales que pasan todos los días (*Association American Psychiatric*, 2013).

En los casos más graves, las ideas de referencia se revelan como delirantes: ideas delirantes referenciales o, con mayor estructura, organización, y estabilidad, los delirios de referencia. La alusión, la descalificación o la burla, la mirada maliciosa, las risas, o cuchicheos, se hacen incuestionables, difíciles de apartar, continuos, veraces para la persona, ocasionando gran sufrimiento. No es infrecuente en estos casos que se aprecien contenidos delirantes elaborados consistentes en mensajes premeditados desde los medios de comunicación (radio, televisión, prensa, canciones), dotados de un significado concreto, otras veces oculto, que

requieren una acción por parte de la persona, o simplemente se vigila, censura, se hace público algo, o se ridiculiza a la persona (ligado pues a los contenidos de perjuicio y persecución) (Calderón, Rodríguez, Perona y Salvador, 2014, pág. 7).

Bajo estas definiciones se observa que Pardo y Lerner (2001) están hablando de referencia y no de autorreferencia debido a que, si bien es cierto que en la autorreferencia el “yo” es el centro de atención, la definición que estos autores proponen no alude a ideas dañinas para el paciente. En todo caso, la estrategia discursiva “todo significa” que estos autores describen tiene más relación con la referencia:

"Todo significa" especialmente en relación con el sujeto. La sobredimensión del significado deriva de la autorreferencia psiquiátrica, esto es, de la referencia a sí misma de cualquier hecho inesperado o desacostumbrado. Hechos de esta naturaleza son interpretados por el/la paciente como intencionados respecto de sí. Ejemplo (a cada punto le corresponde un ejemplo): Paula (de aquí en más: P): "Cuando salí de casa encontré un perro muerto en la vereda, justo delante de la puerta. Claro, me estaban diciendo que voy muerta si sigo yendo a ese grupo" (2001, pág. 6).

En este sentido, como lo mencionan Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador (2014), toda actividad delirante tiene que ver con el paciente, pero como ya se mencionó, en la autorreferencia las ideas delirantes son dañinas y están dirigidas al “yo”, se podría decir que el mundo está en contra del paciente como se observa normalmente en los delirios paranoides. Por su parte, en los delirios de referencia, como ya se mencionó, todo significa, aunque no necesariamente sea algo negativo para el paciente.

Los delirios de autorreferencia están relacionados con la primera etapa de la esquizofrenia en donde el paciente está buscando explicaciones para lo que le sucede, se siente más inseguro, tiene miedo, es irritable, etc. Mientras que en las ideas referenciales los delirios son más específicos y tienen un tema recurrente y se manifiestan en la esquizofrenia crónica. Sin embargo, es común que ambos delirios se presenten en cualquier etapa de la enfermedad.

Otra forma para diferenciar ambas nociones, de acuerdo con dichos autores son las emociones que se dan en la autorreferencia: “Se alude aquí a las emociones autorreferenciales (como el orgullo, la vergüenza, la culpa, o la arrogancia), vinculadas a las

autorrepresentaciones, dependientes de las normas culturales y sociales, cuya finalidad es la regulación social...” (Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador, 2001, pp. 13-14).

Entonces, en el delirio de referencia el paciente encuentra significados en hechos cotidianos sin que esta significación esté orientada a afectar de forma negativa al paciente, mientras que en los de autorreferencia el paciente encuentra significados dañinos externos para sí mismo, como si el mundo estuviese en su contra.

Hasta este punto se ha desarrollado un polo de la ruptura del “yo”, aquel que tiene que ver con la percepción de la realidad y cómo esta significa para el paciente. En el otro polo esta la forma en la que el paciente se percibe a sí mismo como un cuerpo que ocupa un espacio en la realidad y que está relacionado con las demás personas y es percibido por estas. Retomando a Pérez:

La autoconciencia corporal pre-reflexiva se refiere a la conciencia subjetiva del cuerpo-como-sujeto, no a la conciencia objetiva del cuerpo-como-objeto. La diferencia entre imagen corporal y esquema corporal viene aquí al caso. Mientras que el cuerpo-como-objeto se corresponde con la imagen corporal que obtenemos por la vista o cualquier otro medio, el cuerpo-como-sujeto se corresponde con el esquema corporal que tenemos de una forma natural sin tener que obtenerlo como objeto intencional. La imagen corporal es obtenida cada vez que el cuerpo es objeto de la conciencia de uno (mirándose al espejo, etcétera). El esquema corporal es dado en las actividades del propio cuerpo en su relación con el entorno (2012, pág. 31).

La imagen corporal es un factor muy importante en el desarrollo del ser humano y es en la adolescencia donde asume un papel fundamental para la autoconciencia (Pérez, 2012; Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador, 2001; Parnas y Handest, 2010): “...la percepción del aspecto físico por parte del adolescente contribuye de forma significativa a su sentido general de sí mismo. La imagen corporal es una parte de nuestra identidad y tiene que ver con el desarrollo de nuestra autoconciencia.” (Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador, 2001, pág. 18).

En su investigación Parnas y Handest (2010) encontraron varias alteraciones discursivas relacionadas con el cuerpo: la presencia corporal, el sentido de la corporalidad y

la auto demarcación. Estas alteraciones las detectaron en el discurso de los pacientes y como se observa tienen mucha relación con los delirios somáticos:

El trastorno delirante de tipo somático (TDS) se presenta con un delirio hipocondriaco, por lo cual también es conocido como una psicosis hipocondrial monosintomática. Los pacientes son clasificados en tres grupos según el tema delirante: primero, delirio de hedor corporal y halitosis; segundo, delirio de infestación, y, tercero, dismorfofobia (Mendoza, 2007, pág. 765).

Esta descripción perfila las 3 posibles ideas delirantes que presentan algunos pacientes con esquizofrenia. Dichas de manera menos técnica:

1. Ideas delirantes de hipocondría y hedor corporal: el paciente percibe enfermedades o sensaciones corporales exageradas o inexistentes.
2. Ideas delirantes de infestación: el cuerpo del paciente es invadido o infectado por seres o personas inexistentes.
3. Ideas delirantes de dismorfofobia: el cuerpo del paciente es percibido como algo feo, inadecuado o con características físicas repugnantes o rechazables.

Como ya se mencionó, la imagen corporal juega un papel fundamental en el desarrollo de las personas, por eso, los autores que se han citado hasta el momento hacen hincapié en el estudio de este fenómeno en la esquizofrenia porque también tiene una estrecha relación con el desarrollo de la enfermedad.

Ahora bien, un concepto importante que engloba todas estas percepciones mentales y corporales de los pacientes con esquizofrenia es el de "Juicio de realidad".

Jaspers (1993) sugirió que, en el pensamiento delirante, la mente del paciente crea un mundo nuevo y diferente que solo es accesible para él y es distinto de la realidad compartida que experimentan los demás. Este "mundo posible" puede construirse a partir de creencias delirantes, donde la realidad subjetiva del individuo ya no está sujeta a las limitaciones de la experiencia normal. Según el autor, estos "mundos posibles" delirantes no son compatibles con la realidad objetiva que otros experimentan, y esta incompatibilidad es una característica clave de los delirios.

De la vivencia o certidumbre directa de realidad hay que distinguir el juicio de realidad, que surge de la elaboración ideal de las experiencias directas. Éstas son probadas sucesivamente y como real vale solo lo que mantiene la prueba y se confirma con ella, solo lo que es accesible al saber común idéntico y no es solo subjetivamente privado (Jaspers, 1993, pág. 117).

Jaspers (1993) creía que los delirios representan una perturbación fundamental en la relación del paciente con la realidad, donde la percepción del mundo del individuo se vuelve "ilimitada" por los límites y fronteras normales. En este sentido, los delirios de grandeza y otros delirios grandiosos que se observan en la esquizofrenia pueden reflejar el intento de un individuo de construir un "mundo posible" en el que tenga habilidades o poderes especiales o sea alguien importante. Con respecto a este tema Figueroa, Durán, Mendizábal, & Oyarzún (2007) mencionan las siguientes ideas principales:

1. Las personas con esquizofrenia tienen dificultades para distinguir la realidad de la imaginación o la fantasía.
2. El juicio de realidad se relaciona con la capacidad de distinguir entre los eventos que ocurren en el mundo real y los que solo existen en la mente del individuo.
3. Las personas con esquizofrenia también tienen dificultades para procesar información sobre "mundos posibles" o situaciones hipotéticas que podrían ocurrir.
4. Los "mundos posibles" se refieren a las situaciones hipotéticas que se pueden imaginar, pero que no son necesariamente reales o están sucediendo en el momento presente.
5. La capacidad de procesar información sobre "mundos posibles" es importante para la toma de decisiones y la resolución de problemas en la vida diaria.
6. Las personas con esquizofrenia tienen dificultades para procesar información sobre "mundos posibles", lo que podría afectar su capacidad para tomar decisiones y resolver problemas en la vida diaria.

Con estas aclaraciones se observa que, debido a que el delirio es considerado como un saber falso, lo que el paciente experimenta es un juicio de realidad sobre un "mundo posible" que no se adapta a lo que las demás personas experimentan.

Tomando en cuenta las definiciones expuestas y para fines prácticos, en esta investigación se entenderá delirio como aquellas **producciones verbales o escritas poco probables, que resalten por su extrañeza o que no estén ancladas en la realidad, aunque sí sean mundos posibles para quien delira y que impidan o imposibiliten la comunicación.**

Tabla 9: Conceptualizaciones sobre el delirio de ruptura del “yo”

Ruptura del “yo”: desconexión parcial e intermitente de la conciencia y la autoconciencia del paciente con esquizofrenia de su entorno y contexto, lo que provoca un juicio de la realidad delirante.		
Delirio: producciones verbales o escritas poco probables, que resalten por su extrañeza o que no estén ancladas en la realidad, aunque sí sean mundos posibles para quien delira.		
Delirios de la ruptura del “yo”: ideas delirantes donde el tema tiene que ver con la noción que el paciente tiene de sí mismo, de su experiencia física y psicológica con relación al contexto y a las personas que la rodean.	Delirios de referencia: ideas delirantes en las que el paciente da significados a hechos cotidianos o conductas comunes de otras personas sin que esta significación esté orientada a afectarlo de forma negativa, como si todo en lo que el paciente fijara su atención tuviera un significado relacionado con él.	
	Delirios de autorreferencia: ideas delirantes en las que el paciente encuentra significados dañinos o peligrosos para sí mismo en hechos cotidianos o conductas comunes de otras personas, como si el mundo estuviese en su contra.	
	Delirios de imagen corporal: ideas delirantes relacionadas con alteraciones, sensaciones y/o percepciones sobre el cuerpo.	Ideas delirantes de hipocondría y hedor corporal: el paciente percibe enfermedades o sensaciones corporales exageradas o inexistentes.
		Ideas delirantes de infestación: el cuerpo del paciente es invadido o infectado por seres o personas inexistentes.
		Ideas delirantes de dismorfofobia: el cuerpo del paciente es percibido como algo feo, inadecuado o con características físicas repugnantes o rechazables.
	Delirios de mundos posibles: creencia irracional en la que el individuo tiene la sensación de que existen múltiples realidades o posibilidades que coexisten en el mismo espacio y tiempo. Esta creencia puede incluir la sensación de vivir en diferentes realidades de manera simultánea, en las que el individuo puede experimentar diferentes situaciones y contextos. En esta categoría general están contenidos los delirios de identidad, de grandeza.	
	Desorden de ideas y pensamientos: estado mental en el que una persona experimenta una serie de pensamientos desorganizados, incoherentes o confusos que pueden afectar su capacidad para procesar y comunicar información de manera efectiva. Se manifiestan en la incoherencia al momento de hablar o problemas para procesar ideas o pensamientos en un momento determinado. Al paciente le cuesta trabajo pensar, generar orden lógico de ideas, saltar de un pensamiento a otro de forma instantánea o simplemente no poder concretarse en una actividad.	

Fuente: elaboración propia.

Los conceptos que se han tratado aquí se exploraron desde distintas perspectivas teóricas, pero, a final de cuentas, se construyeron definiciones simples y no tan sofisticadas para que sea más fácil localizar estos fenómenos en el corpus de esta investigación y para resumirlos se presentó la Tabla 9.

2. Planteamiento del problema

Antes de definir los problemas que tratará esta investigación y para dar más sentido a lo que se ha venido exponiendo conviene retomar los conceptos clave que se han tratado a lo largo de este texto de forma breve. Primero que nada, cuando se hable del uso de la primera persona gramatical se estará hablando de **las distintas formas (tácita, explícita, singular, plural, etc.) en las que el pronombre Yo es utilizado para generar significado dentro de una oración**. Habrá algunas veces en las que la palabra yo se utilice como sinónimo de *self*, de conciencia, de personalidad o de mundo subjetivo, cuando se entienda así, se aclarará que es una conceptualización que viene de la psiquiatría o la psicología y se entrecomillará en minúsculas (“yo”), cuando se refiera al pronombre personal en sí se escribirá así: Yo.

Por otro lado, **la subjetivación es el proceso mediante el cual una autoridad jurídica o profesional define a una persona a partir de normas y reglas**. Esta subjetivación puede ser o no internalizada por el sujeto.

También, se propone el concepto de **ruptura del “yo”** y que como ya se expuso es **la desconexión parcial e intermitente de la conciencia y la autoconciencia del paciente con esquizofrenia de su entorno y contexto, lo que provoca un juicio de la realidad delirante**.

Continuando con las definiciones, **un discurso es un conjunto de enunciados conformado por oraciones, frases, proposiciones, etc., dependientes de un mismo sistema delimitados por una forma y un contenido específicos**. Entonces, un discurso no patológico es el que enuncian personas que no tienen diagnósticos profesionales respecto a algún problema en su expresión oral o escrita. **El discurso esquizofrénico de primer episodio (DEPE) es el conjunto de enunciados conformado por oraciones, frases, proposiciones construido por personas que están iniciando su tratamiento psiquiátrico**. **El discurso esquizofrénico crónico (DEC) refiere al conjunto de enunciados conformado por oraciones, frases, proposiciones construido por personas que ya iniciaron y desarrollaron por varios años un tratamiento con fármacos para tratar su enfermedad**.

Entrando de lleno al planteamiento del problema, aunque los esfuerzos médicos que se ha realizado para buscar la cura o, al menos una mejor vida para el paciente, han generado

avances significativos respecto a los tiempos del Gran Encierro, la esquizofrenia es una enfermedad que se ha estudiado mucho, pero de la cual se desconocen aún muchas cosas.

Para que esto cobre sentido es preciso señalar el problema general al que se ha enfrentado la investigación sobre la enfermedad: **No se sabe con exactitud si la esquizofrenia es un problema de cognición, de fallas en procesos neuronales o de fallas en el lenguaje, por eso, generar un diagnóstico es bastante difícil** (Pérez, García y Sass, 2010; Barrera y Berrios, 2001; Diez, 2011; Belinchón, 1988; Castilla del Pino, 1998).

A manera de recuento, las investigaciones que emanan desde de las ciencias del lenguaje sobre esta enfermedad se han enfocado en las siguientes categorías dentro del discurso de estos pacientes: los problemas pragmáticos (Figuroa, 2015), la incoherencia (Figuroa, 2015; Loa, Chávez, & Lara, 2005; Insúa, Grijalvo, & Huici, 2001), los problemas sintácticos (Moya, 1990; Pardo & Lerner, 2001), etc.

Estos trabajos se han preocupado por el tema de la forma en el lenguaje esquizofrénico, es decir, en el cómo los pacientes construyen sus palabras, oraciones y discursos para darse a entender. Sin embargo, no hay trabajos que emanen puramente desde el lenguaje que traten a la vez la forma y el contenido del discurso en primera persona de los pacientes a pesar de la importancia que otras disciplinas le dan al “yo”.

Por tales motivos la siguiente pregunta resulta pertinente ¿la ruptura del “yo” en la esquizofrenia será localizable en su lenguaje? Es decir, y utilizando los conceptos que ya se expusieron, ¿el uso de la primera persona en la esquizofrenia es distinto al uso no patológico?, y, hablando del trastorno formal del pensamiento o lenguaje esquizofrénico, si es distinto a uno no patológico ¿esta distinción se ve en la forma, en el contenido o en ambas?, y, si esta distinción existe, ¿será aquello que haga diferente al lenguaje esquizofrénico del no patológico?

Estas cuestiones son pertinentes porque histórica (Kraepelin, 1919; Bleuler, 1960; Ey, 1963; Schneider, 1977) y contemporáneamente (Pérez, García y Sass, 2010; Dastur, 2015; Parnas y Handest, 2003; Moe y Docherty, 2014), la psiquiatría y la psicología han descrito a la esquizofrenia como un trastorno o perturbación del “yo”; lo que ya se definió como ruptura del “yo”

Y esto se debe a que la mayoría de las investigaciones de corte lingüístico sobre esquizofrenia han pasado por alto o solo han tratado de manera anecdótica afirmaciones como las de Kraepelin: “*Dementia precox consists of a series of states, the common characteristic of which is a peculiar destruction of the internal connections fo the psychic personality*” (1919, pág. 3); o las de Ey (1963) cuando dice que en la esquizofrenia el “yo” se ha roto por completo, desapareciendo como autor de su mundo; las de Schneider (1975) quien menciona que el paciente esquizofrénico ha perdido el control de su “yo”, está desorganizado e invadido por “los otros”; más recientemente Calderón, Rodríguez y Perona (2014) dicen que las primeras ideas dañinas que se viven al inicio de la esquizofrenia refieren al “yo”. Pérez, García y Sass lo resumen así.

...la esquizofrenia se ofrece, ante todo, como un trastorno del yo o de la persona. Si el comienzo de la esquizofrenia consiste en una crisis del sentido de sí mismo (Nelson, Sass y Skodlar, 2009), la recuperación supone precisamente la recuperación del sentido del yo (Davidson y Strauss, 1992) (2010, pág. 222).

Esta situación es el problema general que se tratará en esta investigación: la ruptura del “yo” no ha sido estudiada por las ciencias del lenguaje desde el Yo y por ello no se sabe si el uso de esta palabra es una característica de la enfermedad. De forma más específica: **no se sabe si la ruptura del “yo” está relacionada con el uso de Yo en el discurso de pacientes con esquizofrenia.**

Como ya se ha desarrollado y como también se precisará más adelante, para la psicología, la psiquiatría y la filosofía no hay duda de que en la esquizofrenia el “yo” del paciente está afectado de alguna forma, por eso abordar este problema desde las ciencias del lenguaje también contribuirá para tratar otras problemáticas que han limitado el avance de la investigación del discurso esquizofrénico:

- a. No se sabe qué es lo que caracteriza al lenguaje esquizofrénico; es decir, no se sabe qué es lo que lo hace específico o particular y que lo diferencia de otros desórdenes mentales o del lenguaje afásico. (Belinchón, 1988; Diez, 2011; Pérez, García y Sass, 2010; y Dastur, 2015).

- b. Esto último lleva a concluir que existe una caracterización incompleta del lenguaje esquizofrénico, es decir, aún hay más elementos de este tipo de habla que se tienen que estudiar.
- c. Desde una perspectiva metodológica, los estudios que han tratado el lenguaje esquizofrénico han presentado uno o más de los siguientes problemas de forma recurrente:
 - 1. Los corpus con los que trabajan son muy pequeños.
 - 2. Las entrevistas que se utilizan están sesgadas para obtener datos específicos.
 - 3. Se le da énfasis a probar la eficacia de una metodología sobre otra.
- d. Desde una perspectiva filosófica, no se ha indagado si el discurso psiquiátrico y la sociedad afecta al discurso del paciente a medida que avanza la enfermedad.

¿Qué pasa si todos estos problemas se plantearan desde la primera persona gramatical; desde Yo? Como ya se adelantó, estos problemas no se han estudiado en la forma y tampoco en el contenido del discurso esquizofrénico en primera persona. Por ello es importante retómalos en el marco del lenguaje esquizofrénico, desde la óptica del pronombre Yo porque de ahí surgen problemáticas más específicas para las disciplinas mencionadas.

Antes de pasar a ello es importante mencionar que Yo es una palabra que puede resultar confusa y su mala interpretación puede llevar a cometer una serie de errores conceptuales. Quizá por eso las ciencias del lenguaje la han dejado fuera de su análisis al estudiar el lenguaje esquizofrénico. Sin embargo, hay evidencias suficientes (Moya, 1990; Pardo y Lerner, 2001; Parnas y Handest, 2010; Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador, 2014; Fineberg, et. Al., 2015) para suponer que en la esquizofrenia el uso del pronombre Yo es distinto al uso no patológico. Pasar por alto estos hechos generan una laguna en el estudio del lenguaje esquizofrénico.

En este sentido, ya se vio que existen motivos para creer que la función de Yo es más compleja de lo que se pensaba. Es decir, gramaticalmente, autores como Roca (1985),

Alarcos (1982), Seco (1969) concuerdan que dicha palabra tiene meras funciones pronominales y que, en ocasiones, funciona como deíctico.

Pragmáticamente Calsamiglia y Tusón (1999), Levinson (1983), Cifuentes (1989) et. Al. mencionan que este pronombre tiene más una función deíctica que una gramatical, en esta misma línea Frawley (1992) Bermúdez (2005) y Guivón (1979) consideran que Yo es un punto de referencia en un espacio y tiempo determinados que permite entender la evidencialidad de la enunciación.

Semánticamente, Ruiz (2013) afirma que esta palabra tiene la capacidad de empaquetar significado cuando funciona como un marcador discursivo. Desde la filosofía del lenguaje Wittgenstein (1953, 1976, 2010), Bennett & Hacker (2003), Tomasini, (2004), et. al., han especulado sobre funciones más globales que desempeña el pronombre en cuestión.

Estas investigaciones permiten concluir que el pronombre Yo se utiliza de distintas maneras en situaciones específicas. Retomando el tema de la marcación, se podría decir que hay veces que dicha palabra está marcada en contextos específicos. Uno de ellos, como ya se dio a entender es el del lenguaje esquizofrénico. Sin embargo, debido a que el pronombre Yo no se ha estudiado en la esquizofrenia; **no se sabe si el uso del pronombre yo y de las oraciones en primera persona se usan de forma diferente en el lenguaje esquizofrénico.**

Este problema atiende específicamente a la parte de la forma del lenguaje esquizofrénico; al cómo se expresan estos pacientes, específicamente a la comparación del uso del pronombre Yo entre la esquizofrenia de primer episodio, la crónica y el lenguaje no patológico.

Entonces, el problema de corte lingüístico, el que refiere al uso de la primera persona permitirá saber si la ruptura del “yo” se manifiesta a nivel estructural o sintáctico. Pero también hay razones para pensar que el contenido de las oraciones en el discurso de los pacientes se ve afectado. Y no solamente por el hecho de que haya perturbaciones del lenguaje como el delirio, el mutismo, la ecolalia, etc., sino porque, al existir estos problemas, dicho contenido también acarreará problemas con el uso de la primera persona a nivel de

temas. De forma concreta: **No se sabe si la ruptura del “yo” se manifiesta en el contenido de las oraciones en primera persona del discurso esquizofrénico.**

Complementado lo anterior, ya se expuso en los estudios empíricos sobre el lenguaje esquizofrénico Belinchon (1988) afirma que **son pocas las investigaciones que han tratado el tema del contenido y, las que lo han tratado, han carecido de un corpus grande que sea capaz de representar el lenguaje de estos pacientes**, así como lo señalaron Gottschalk, Goldine, Daniels, y Block (1985), Carniel, Correa, y Santos (2015) y Fineberg et.al (2015) en sus respectivas investigaciones.

Por otra parte, **los análisis de contenido en la esquizofrenia tienden a sesgar las respuestas de los pacientes al buscar un tema en específico.** Por ejemplo, Goldine, Daniels, y Block (1985) estaban interesados específicamente en la ansiedad, la hostilidad y el estigma que familiares y pacientes tenían por esta enfermedad. Asimismo, Carniel, Correa, y Santos (2015) hicieron algo similar, pero indagando en los factores que dificultan o contribuyen para la inserción ocupacional de personas con esquizofrenia. Por eso sus resultados se inclinaron por los temas del estigma, la exclusión y la utilidad laboral.

En los análisis de contenido el estigma y el auto-estigma parecen ser temáticas recurrentes. Esto se observa también en las investigaciones de Corrigan y Watson (2002), Restrepo, Mora y Cortés (2007) y Mascayano, Lips, Mena, y Manchego (2015), sin embargo, en estos trabajos esta situación también se estaba obviando desde el diseño metodológico. Dicho de otra forma, todas estas investigaciones se crearon para encontrar estos temas preguntándoles a los pacientes acerca de ellos.

Entonces cabe preguntar, en un contexto donde al paciente no se le pregunte específicamente sobre una situación particular ¿cuál será el tema recurrente?, ¿cuál es el contenido del lenguaje esquizofrénico cuando no se le indaga sobre algo específico?, y ¿cómo cambia este contenido a medida que la esquizofrenia de primer episodio se vuelve crónica? En realidad, esto no se sabe del todo porque, como ya se expuso las investigaciones que usan la metodología del análisis de contenido tienden a estar sesgadas a un tema específico y no han utilizado corpus grandes en donde se compare entre la esquizofrenia de primer episodio y la crónica.

Ya se vio que el estigma y el auto-estigma son temas constantes en los análisis de contenido. El estigma es un tema que emerge de la sociedad y la cultura que rodea a la enfermedad, en esta misma línea, el auto-estigma es un fenómeno de internalización que se crea en el paciente a partir del discurso de dicha sociedad y cultura, esto es, el discurso ajeno condiciona el discurso del paciente y su autopercepción.

Continuando con este razonamiento, Foucault (2005) dio a entender que el discurso del paciente con esquizofrenia está condicionado por el del psiquiatra, que el paciente ha sido subjetivado por medio del discurso del médico y su construcción como enfermo esta derivada del diagnóstico y las constantes relaciones de poder a las cuales se somete. Esto hace suponer que esta subjetivación se vería reflejada en las oraciones del discurso del paciente. **Sin embargo, esta hipótesis no ha sido comprobada a pesar de la evidencia abundante que dicho autor encontró al respecto.**

Con esto se da a entender que el discurso de la sociedad y el acompañamiento psiquiátrico de la enfermedad tiene algo que ver con la subjetivación, y así surge el problema que emerge desde la postura filosófica y que se tratará en esta investigación es **no sabe si el discurso del psiquiatra y de la sociedad subjetivan al del paciente a medida que la enfermedad avanza**. Es decir, actualmente, el médico está capacitado para generar un tratamiento farmacológico que coadyuve a que el paciente con esquizofrenia pueda funcionar en la sociedad, sin embargo ¿qué hay del discurso que el especialista genera entorno a la enfermedad y cómo este afecta al paciente?, en otras palabras ¿cómo se concibe a sí mismo el paciente a partir de lo que le dice el psiquiatra y lo que escucha de la sociedad? Con estas aclaraciones se está proponiendo que la subjetivación es parte del contenido de la ruptura del “yo”.

El no indagar sobre este tema representa un problema más general de carácter epistémico porque, como ya se ha desarrollado, las nuevas posturas filosóficas que critican la forma en la que se estudia la enfermedad se han enfocado en la perspectiva del paciente, en la forma en la que el enfermo interioriza o asume su padecimiento. Retomar estas posturas es importante toda vez que el discurso del paciente se analiza como si fuera un dato inerte en el que la esquizofrenia se materializa, pero en realidad no se escucha lo que dice más allá de su delirio o sus problemas lingüísticos.

Por eso, las metodologías de análisis del contenido tienen una relación estrecha con estas críticas filosóficas a la forma en la que se estudia y construye el concepto de esquizofrenia y esquizofrénico. La diferencia fundamental radica en el hecho de que, dichas metodologías son utilizadas para caracterizar el TFP o para diferenciarlo del no patológico. El aporte de perspectivas filosóficas como las de Foucault (2005) Parnas y Handest (2010), Pérez, García y Sass (2010) Dastur (2015), Boekera (2006), permiten, además de que se le ponga más atención al “yo” del paciente, indagar sobre qué dicen, cómo lo dicen y las reglas que se generan al decirlo.

Como no se ha dado la suficiente importancia a estos hechos, no se pueden generar nuevas formas de comunicación entre psiquiatra y paciente que acompañen adecuadamente el tratamiento farmacológico. Con esto no se está diciendo que lo que dice el médico esté lleno de connotaciones negativas o que, intencionalmente, se le diga al paciente que está loco o que es un anormal. Lo que se está poniendo de relieve es que, si la subjetivación empieza por el tratamiento psiquiátrico debido a malentendidos en la forma de comunicar la enfermedad, resultaría fructífero indagar sobre las formas en las que esto sucede para evitarlo a futuro.

Como se ha dado a entender, la ruptura del “yo” y una posible subjetivación de los pacientes con esquizofrenia, se manifiestan en el contenido de las oraciones del discurso esquizofrénico y, tanto el uso de Yo como estos estos fenómenos, son la laguna de conocimiento en las ciencias del lenguaje a la que se ha hecho referencia a lo largo de este trabajo.

Así pues, como no se ha indagado sobre estos temas, **no se sabe si el uso que el paciente hace de este pronombre y sus formas en primera persona advierten sobre posibles episodios agudos, sobre el avance de la enfermedad o, incluso, sobre una posible predisposición a ella.** Y esto no se ha investigado a pesar de que la filosofía, la psiquiatría y la psicología han puesto énfasis en los problemas con el “yo” de los pacientes con esquizofrenia.

Tabla 10: Resumen de los problemas de investigación

Problemas generales
No se sabe con exactitud si la esquizofrenia es un problema de fallas en el lenguaje.

No se sabe qué es lo que caracteriza al lenguaje esquizofrénico; es decir, no se sabe qué es lo que lo hace específico o particular y qué lo diferencia de otros desórdenes metales o del lenguaje afásico.		
Existe una caracterización incompleta del lenguaje esquizofrénico, es decir, aún hay más elementos de este tipo de habla que se tienen que estudiar. En este caso la primera persona gramatical		
No se sabe si la ruptura del “yo” está relacionada con el uso oraciones en primera persona en el discurso de pacientes con esquizofrenia crónica		
Problemas específicos		
Problemas filosóficos	Problema para la psiquiatría	Problema para el lenguaje
No sabe si el discurso del psiquiatra y de la sociedad afectan al del paciente a medida que la enfermedad avanza.	No se sabe si la ruptura del “yo” se manifiesta en el contenido de las oraciones en primera persona del discurso esquizofrénico.	No se sabe si el uso de las oraciones en primera persona es diferente en el lenguaje esquizofrénico.

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 10 se exponen los 4 problemas generales a los que esta investigación contribuirá a resolver y los 3 problemas que se resolverán para cada perspectiva que se ha desarrollado en apartados anteriores.

Como ya se mencionó, la esquizofrenia es una enfermedad muy compleja y son pocas las investigaciones que la han tratado de explicar. Sin embargo, existe un gran esfuerzo desde distintas ciencias y disciplinas que la han descrito con sus propias herramientas. Si esta es la línea que se está siguiendo,¹ indagar sobre elementos del lenguaje poco estudiados en la esquizofrenia resultará beneficioso y contribuirá a la caracterización y descripción del lenguaje esquizofrénico.

3. Objetivos e hipótesis

Antes de pasar de lleno a los objetivos e hipótesis con los que se trabajará en esta investigación vale la pena retomar aquellas premisas con las que se está trabajando en los estudios modernos sobre la esquizofrenia debido a que son la base de la que parte este trabajo:

1. Existe tal fenómeno como el lenguaje esquizofrénico.
2. Hay algo en el lenguaje esquizofrénico que lo hace diferente del promedio (Pérez, García y Sass, 2010; Barrera y Berrios, 2001; Diez, 2011; Belinchón, 1988; Castilla del Pino, 1998; et. Al.).
3. Existe una caracterización incompleta del lenguaje esquizofrénico.

Si estas premisas e hipótesis son viables y si todo lo que se ha dicho desde la psiquiatría y la psicología respecto al “yo” es cierto; es decir, si en la esquizofrenia las conexiones psíquicas de la personalidad están destruidas (Kraepelin, 1919), si el “yo” está roto (Ey, 1963), si existe una pérdida del control del yo (Schneider, 1975), rápidamente, si hay problemas con el “yo” (Pérez, García y Sass, 2010) entonces se cuentan con bases más que suficientes para preguntar:

¿Es este “trastorno” o “ruptura” del “yo” observable en el lenguaje esquizofrénico?

Como se ha venido desarrollando, las investigaciones psiquiátricas, psicológicas y filosóficas permiten suponer que sí. Incluso, Moya, (1990) y Pardo y Lerner, (2001) han descubierto algunas evidencias lingüísticas para pensar que, sintáctica y semánticamente, existen oraciones en primera persona en el discurso esquizofrénico que se diferencian del lenguaje no patológico. Ahora bien, debido a que la pregunta anterior es de una gran envergadura, resulta más viable cuestionar:

¿Existe una relación entre la ruptura del “yo” y el uso de Yo en el discurso de pacientes con esquizofrenia crónica?

3.1 Objetivos

Las preguntas que se plantearon previamente son congruentes con los planteamientos y las hipótesis con las que se inició este capítulo porque sus respuestas ramificarán un poco más el árbol de la investigación sobre esquizofrenia. Es decir, como ya se señaló en el planteamiento del problema, a los estudios de esta enfermedad que ponen en el centro al “yo” les falta la aportación y las conclusiones de una postura que emane de las ciencias del lenguaje. Por tales motivos se plantean los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo general: **Determinar si el uso de las oraciones en primera persona es una característica de la ruptura del “yo” en la esquizofrenia**

De este objetivo general se desprenden otros 3 que se enfocan en resolver problemas específicos para la filosofía, la psiquiatría y el lenguaje. Cada uno de estos objetivos tiene sus objetivos particulares que contribuirán a alcanzar el objetivo general:

A. Objetivos para la Filosofía: **Establecer si el discurso del psiquiatra y la sociedad afecta al del paciente esquizofrénico a medida que avanza la enfermedad.**

A1. Determinar si el porcentaje de uso de oraciones acerca de la subjetivación institucional es mayor en Pacientes Crónicos que Pacientes de Primer Episodio.

A2. Determinar si el porcentaje de uso de oraciones acerca de la subjetivación personal es mayor en Pacientes de Primer Episodio que en Pacientes Crónicos.

A3. Determinar si el porcentaje de uso de oraciones acerca del auto estigma es mayor en Pacientes Crónicos que Pacientes de Primer Episodio.

B. Objetivos para la psiquiatría: **Determinar si la ruptura del “yo” se manifiesta en el contenido de las oraciones en primera persona generadas por pacientes con esquizofrenia.**

B1. Comparar el porcentaje de uso de oraciones de referencia (Todo significa) es mayor en Pacientes de Primer Episodio que en Pacientes Crónicos.

B2. Comparar el porcentaje de uso de oraciones de (El mundo en contra del paciente) es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B3. Comparar el porcentaje de uso de oraciones de imagen corporal es mayor en Pacientes de Primer Episodio que en Paciente Crónicos.

B4. Comparar el porcentaje de uso de oraciones de mundos posibles es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B5. Comparar el porcentaje de alucinaciones visuales es mayor en pacientes de Primer Episodio que Pacientes Crónicos.

B6. Comparar el porcentaje de alucinaciones auditivas es mayor en pacientes de Primer Episodio que Pacientes Crónicos.

B7. Comparar el porcentaje de desorden de pensamiento es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B8. Comparar el porcentaje de fenómenos lingüísticos es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B9. Comparar el porcentaje de daño autoinfligido es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

C. Objetivos para el lenguaje: **Determinar si el uso del de las oraciones en primera es diferente en el discurso esquizofrénico y no patológico.**

C1. Comparar el porcentaje de empleo de la primera persona es mayor en el Primer Episodio, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C2. Comparar el porcentaje de empleo de la primera persona como pronombre tácito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C3. Comparar el porcentaje de empleo de la primera persona como pronombre explícito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C4. Comparar el porcentaje de oraciones marcadas en primera persona es mayor en el periodo crónico de la enfermedad.

C5. Comparar el porcentaje de empleo de la primera persona plural como pronombre tácito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

- C6. Comparar el porcentaje de empleo de la primera persona plural como pronombre explícito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.
- C7. Comparar el porcentaje de empleo de yo-sujeto es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.
- C8. Comparar el porcentaje de empleo de yo-objeto es menor en el primer episodio de la esquizofrenia, aumenta en el periodo crónico y aumenta aún más en la ausencia de patología.
- C9. Comparar el porcentaje de uso del rol temático “agente” es mayor en sujetos control, menor en el periodo crónico y aún menor en el primer episodio de la esquizofrenia.
- C10. Comparar el porcentaje de uso del rol temático “experimentador” es mayor en pacientes de primer episodio, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.
- C11. Comparar el porcentaje de uso del rol temático “paciente” es mayor en pacientes de primer episodio, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.
- C12. Comparar el porcentaje de uso de oraciones en pasado es menor en el primer episodio de la esquizofrenia, aumenta cuando la esquizofrenia se hace crónica y aumenta aún más cuando no hay patología.
- C13. Comparar el porcentaje de uso de oraciones en presente es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, disminuye en el periodo crónico y disminuye aún más con la ausencia de patología.
- C14. Comparar el porcentaje de uso de oraciones en futuro es mayor en la esquizofrenia crónica, y disminuye en el primer episodio y en la ausencia de la enfermedad.
- C15. Comparar el porcentaje de uso de oraciones en condicional es menor en el primer episodio de la esquizofrenia, aumenta cuando la esquizofrenia se hace crónica y aumenta aún más cuando no hay patología.
- C16. Comparar el porcentaje de uso del modo indicativo del verbo es mayor en Pacientes de primer episodio, menor en pacientes crónicos y mayor en sujetos control
- C17. Comparar el porcentaje de uso del modo subjuntivo del verbo es mayor en Pacientes de primer episodio, menor en pacientes crónicos y mayor en sujetos control.

En el siguiente apartado estos objetivos serán desarrollados como hipótesis con el fin de construir una metodología orientada a verificarlas.

3.2 Hipótesis

Ya se mencionó que la caracterización del lenguaje esquizofrénico está incompleta y que hay algo en este lenguaje que lo hace diferente al de personas sin patologías. Por eso, estudiar el pronombre Yo y la primera persona en el lenguaje esquizofrénico contribuirá a resolver estos dos problemas. Para ello también se proponen las siguientes hipótesis con las que se trabajará en esta investigación:

Hipótesis general: el uso de las oraciones en primera persona es una característica de la ruptura del “yo” en la esquizofrenia.

De la misma forma que con los objetivos, las hipótesis que se desprenden de la general también atienden a problemáticas específicas para la filosofía, la psiquiatría y el lenguaje. Una aclaración que se debe hacer respecto a las hipótesis filosóficas es que los objetivos “a” y “b” de esta perspectiva refieren a un enfoque cualitativo y por lo tanto no se pueden generar hipótesis al respecto.

Esta decisión se explicará a detalle más adelante, por el momento bastará con decir que estos dos objetivos servirán para que los resultados de esta investigación no sean datos duros inertes, en otras palabras, un enfoque mixto contribuirá a que los datos cualitativos adquieran un sentido en un marco más general.

A. Hipótesis para la Filosofía: El discurso del psiquiatra y la sociedad afecta al del paciente esquizofrénico a medida que avanza la enfermedad.

A1. El porcentaje de uso de oraciones acerca de la subjetivación institucional es mayor en Pacientes Crónicos que Pacientes de Primer Episodio.

A2. El porcentaje de uso de oraciones acerca de la subjetivación personal es mayor en Pacientes de Primer Episodio que en Pacientes Crónicos.

A3. El porcentaje de uso de oraciones acerca del auto estigma es mayor en Pacientes Crónicos que Pacientes de Primer Episodio.

B. Hipótesis para la psiquiatría: **La ruptura del “yo” se manifiesta en el contenido de las oraciones en primera persona generadas por pacientes con esquizofrenia.**

B1. El porcentaje de uso de oraciones de referencia (Todo significa) es mayor en Pacientes de Primer Episodio que en Pacientes Crónicos.

B2. El porcentaje de uso de oraciones de (El mundo en contra del paciente) es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B3. El porcentaje de uso de oraciones de imagen corporal es mayor en Pacientes de Primer Episodio que en Paciente Crónicos.

B4. El porcentaje de uso de oraciones de mundos posibles es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B5. El porcentaje de alucinaciones visuales es mayor en pacientes de Primer Episodio que Pacientes Crónicos.

B6. El porcentaje de alucinaciones auditivas es mayor en pacientes de Primer Episodio que Pacientes Crónicos.

B7. El porcentaje de desorden de pensamiento es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B8. El porcentaje de fenómenos lingüísticos es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B9. El porcentaje de daño autoinfligido es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

C. Hipótesis para el lenguaje: **El uso de las oraciones en primera es diferente en el discurso esquizofrénico y no patológico.**

C1. El porcentaje de empleo de la primera persona es mayor en el Primer Episodio, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C2. El porcentaje de empleo de la primera persona como pronombre tácito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C3. El porcentaje de empleo de la primera persona como pronombre explícito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C4. El porcentaje de oraciones marcadas en primera persona es mayor en el periodo crónico de la enfermedad.

C5. El porcentaje de empleo de la primera persona plural como pronombre tácito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C6. El porcentaje de empleo de la primera persona plural como pronombre explícito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C7. El porcentaje de empleo de yo-sujeto es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C8. El porcentaje de empleo de yo-objeto es menor en el primer episodio de la esquizofrenia, aumenta en el periodo crónico y aumenta aún más en la ausencia de patología.

C9. El porcentaje de uso del rol temático “agente” es mayor en sujetos control, menor en el periodo crónico y aún menor en el primer episodio de la esquizofrenia.

C10. El porcentaje de uso del rol temático “experimentador” es mayor en pacientes de primer episodio, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C11. El porcentaje de uso del rol temático “paciente” es mayor en pacientes de primer episodio, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C12. El porcentaje de uso de oraciones en pasado es menor en el primer episodio de la esquizofrenia, aumenta cuando la esquizofrenia se hace crónica y aumenta aún más cuando no hay patología.

C13. El porcentaje de uso de oraciones en presente es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, disminuye en el periodo crónico y disminuye aún más con la ausencia de patología.

C14. El porcentaje de uso de oraciones en futuro es mayor en la esquizofrenia crónica, y disminuye en el primer episodio y en la ausencia de la enfermedad.

C15. El porcentaje de uso de oraciones en condicional es menor en el primer episodio de la esquizofrenia, aumenta cuando la esquizofrenia se hace crónica y aumenta aún más cuando no hay patología.

C16. El porcentaje de uso del modo indicativo del verbo es mayor en Pacientes de primer episodio, menor en pacientes crónicos y mayor en sujetos control

C17. El porcentaje de uso del modo subjuntivo del verbo es mayor en Pacientes de primer episodio, menor en pacientes crónicos y mayor en sujetos control.

La comprobación de estas hipótesis, además de ayudar a cumplir el objetivo general, sentarán las bases para que futuras investigaciones que emanen desde el lenguaje le den la importancia que la utilización del pronombre Yo y la primera persona se merecen. En este sentido también es conveniente señalar las variables que se atenderán en esta investigación y hacer un resumen general de los problemas, objetivos e hipótesis que se han señalada hasta el momento:

Tabla 11: Operacionalización de variables

El uso de las oraciones en primera persona es una característica de la ruptura del “yo” en la esquizofrenia.			
Variable y unidades de observación	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Variable 1: Ruptura del “yo”	Reflexión exagerada, fantásica, delirante, extraña o poco probable acerca de la experiencia física y psicológica que genera una persona con relación al contexto y las personas que la rodean.	Identificar los Delirios de ruptura del “yo”: ideas delirantes donde el tema tiene que ver con la noción que el paciente tiene de sí mismo, de su experiencia física y psicológica con relación al contexto y a las personas que lo rodean.	1. Delirios de referencia. 2. Delirios de autorreferencia. 3. Delirios sobre imagen corporal. 4. Delirio dudoso 5. Alucinaciones. 6. Oraciones sobre subjetivación. 7. Explicaciones personales sobre la enfermedad.
Variable 2: Oraciones en primera persona	El uso que las personas hacen del de las formas gramaticales en primera persona.	Identificar las distintas formas tácitas, explícitas, verbales, temporales que se usan con la primera persona gramatical.	1. Uso del pronombre yo como pronombre explícito y tácito. 2. Oraciones marcadas en primera persona. 3. Utilización del modo subjuntivo del verbo. 4. Utilización del modo indicativo del verbo. 5. Utilización de oraciones en pasado, presente y futuro.
Unidad de observación: Discurso esquizofrénico	Contenido y forma de los enunciados hechos por personas con esquizofrenia de primer episodio y esquizofrenia crónica	1. Identificar el discurso en primera persona de pacientes con esquizofrenia de primer episodio. 2. Identificar el discurso en primera persona de pacientes con esquizofrenia crónica.	1. Diagnóstico PANSS 2. Años con la enfermedad

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con lo planteado estas variables se utilizarán para medir la forma en la que las personas con esquizofrenia hablan de su enfermedad y la diferencia en el uso del

pronombre Yo desde un punto de vista psiquiátrico, filosófico y desde uno emanado desde las ciencias del lenguaje.

3.3 Justificación

El estudio del “yo” en la esquizofrenia ha generado bastantes trabajos que han ayudado a la psiquiatría y la psicología a caracterizar este padecimiento. Sin embargo, como se ha venido desarrollando las ciencias del lenguaje han eludido este tema en su investigación. De ahí que en esta investigación se están sentando las pautas para abordar este fenómeno desde dicha perspectiva.

Este abordaje, como se ha venido desarrollando, no surge de la intuición; los autores clásicos de la psiquiatría (Bleuler, 1960; Kraepelin, 1919; Ey, 1963; Schneider, 1975) dejaron muy claro que la esquizofrenia tenía sus orígenes con el “yo” del paciente. Sin embargo, dicha disciplina no contaba con una metodología para analizar este fenómeno. Esta es la razón principal por la que en esta investigación se utilizaron 3 perspectivas para estudiarlo.

La psiquiatría contribuyó a las distintas caracterizaciones que se han hecho de la esquizofrenia y del esquizofrénico. También sentó las bases del estudio del lenguaje de estos pacientes y los fenómenos que se derivan de ahí (como la autorreferencia y la imagen corporal). Sin embargo, también se expuso que esta disciplina no cuenta con una metodología de análisis que se mantenga constante en el tiempo y en los resultados. De ahí que se echó mano de las ciencias del lenguaje para tapar este vacío. Si bien es cierto que investigaciones psiquiátricas han utilizado métodos como el análisis del discurso, el análisis gramatical o el estructural, no es menos cierto que ningún estudio se ha interesado por analizar el “yo” del paciente.

La novedad que se propone en esta investigación es simplemente retomar las indicaciones de los autores clásicos y circunscribirlas cuantitativamente en las hipótesis modernas sobre la existencia de algo que caracteriza al lenguaje esquizofrénico: el uso de Yo. En este punto es donde entra la perspectiva filosófica pues, además de que sirvió como otra forma de conocer la enfermedad y a al enfermo, con ella los, datos duros dejarán de ser

inertes y podrán ser explicados desde un enfoque más amplio que los situará en un contexto institucional.

Ahora bien, ya se vio que el problema principal que se detectó en los antecedentes fue que las ciencias del lenguaje no han estudiado el pronombre Yo y su relación con el “yo” en la esquizofrenia. De ahí que las hipótesis que se plantearon están orientadas a resolver el problema.

Iniciando desde la filosofía se detectó que los pacientes con esquizofrenia no sabían que eran enfermos hasta la psiquiatría los definió como tal a pesar de que no se contaban con bases científicas. Esto llevó a la cuestionar sobre la forma en la que la subjetivación afecta al paciente, es decir, a la forma en la que el discurso del psiquiatra y la sociedad afecta el discurso del paciente y los enunciados que se generan debido a esta afectación.

La siguiente hipótesis, la psiquiátrica busca determinar si el uso de Yo es una marca o indicador del lenguaje esquizofrénico y quizá esto ayude a establecer si el uso de la primera persona es aquello que hace particular este lenguaje. En un menor alcance, la comprobación de esta hipótesis servirá para llenar ese vacío en el estudio del TFP.

Desde las ciencias del lenguaje, la hipótesis que se planteó es complementaria de la psiquiátrica porque al determinar si existe una diferencia en el uso de Yo, de la primera persona entre el lenguaje esquizofrénico y el no patológico se estará descubriendo una nueva forma de ver el lenguaje porque ¿qué dirá esta diferencia acerca de la forma en el ser humano se expresa?

Además de lo anterior los objetivos de esta investigación son congruentes con las críticas que se han venido realizando a las terapias modernas para tratar la esquizofrenia debido a que se busca retomar el “yo” del paciente para entender su enfermedad. Por ejemplo, Parnas y Handest hablan del *self* y cómo su integración a la investigación de la esquizofrenia será muy benéfica para entender esta enfermedad:

Self-disorders may turn out to be potentially useful as a psychopathological organizer of the schizophrenia spectrum disorders. Psychopathological emphasis on these disorders may also help to integrate the search for the neurodevelopmental mechanisms in schizophrenia with developmental-psychological research on the ontogenesis of the self (2010, pág. 121).

También están, Pérez, García y Sass pues afirman que es de suma importancia retomar el estudio del yo en la esquizofrenia debido a que:

La ipseidad se refiere al sentido básico del yo, como centro y núcleo de la propia experiencia. Más específicamente, es la modalidad pre-reflexiva, tácita e implícita de la experiencia de sí mismo. Constituye, por así decir, la infraestructura de la autoconciencia y de la propia estructura del yo o, como también se dice, el “yo básico” o “yo mínimo”. Ni que decir tiene, la alteración de la ipseidad afecta a toda la persona. En este sentido, la especificación de la ipseidad se sitúa en la línea de la reivindicación de la persona en la esquizofrenia (2010, pág. 223)

De manera muy concreta Moe y Docherty (2014) pusieron a prueba la hipótesis que el sentido del *self* (sentido del “yo”) es deficiente en la esquizofrenia y concluyeron, además de que sí lo es, que la integración de este concepto en los estudios sobre la esquizofrenia e, incluso en los tratamientos psicoterapéuticos, tendrá grandes aportaciones teórico-metodológicas y un impacto beneficioso para entender con más precisión los procesos subjetivos de los pacientes.

4. Metodología

La presente investigación parte de un enfoque mixto en el que se trabajó con datos numéricos en el marco de información cualitativa. Se utilizaron 3 grupos para correlacionar distintas variables que están orientadas a someter a prueba distintas hipótesis referentes al lenguaje esquizofrénico. Se diseñó un instrumento de medición y comparación que tenía como objetivo delimitar las diferencias en el uso de la primera persona entre los distintos grupos.

En este capítulo se describió el corpus que estuvo, como ya se dijo, conformado por 3 grupos: pacientes con esquizofrenia de primer episodio, pacientes con esquizofrenia crónica y un grupo de personas sin patologías mentales. También se describió el instrumento de análisis que se utilizó para poner a prueba las hipótesis que ya se mencionaron. Por último, se explicaron cada uno de los conceptos que se abordaron, así como su finalidad.

4.1 Descripción del corpus

El corpus que se utilizó para realizar esta investigación está conformado por 6 grupos de entrevistas transcritas realizadas a pacientes femeninas y masculinos con esquizofrenia de primer episodio y crónica. Estas entrevistas fueron extraídas del corpus LEPSI: Lenguaje, Psicosis e Intersubjetividad. De acuerdo con Figueroa: “Este corpus está constituido por 1200 entrevistas clínicas grabadas y transcritas, realizadas a personas con diferentes diagnósticos psiquiátricos, en los que predomina Esquizofrenia con un 70%.” (2015, pág. 785). Este es un corpus derivado de un proyecto internacional originado por un esfuerzo conjunto entre la Universidad de Chile y la Universidad de Valladolid. Aunque se cuenta con los nombres de cada paciente, este dato se omitió como forma de confidencialidad.

El primer grupo está conformado por 33 archivos en Word correspondientes a las entrevistas realizadas a 32 pacientes masculinos y femeninos (a un paciente le corresponden 2 archivos) con esquizofrenia de primer episodio cuya edad oscila entre los 16 y los 23 años. En la Tabla 12 se resume este grupo. En la sección PANSS, P

corresponde al total de los síntomas positivos, N al de los síntomas negativos, PG al total de psicopatologías generales y T a la suma de todos estos factores.

Tabla 12: Inventario de pacientes con esquizofrenia de primer episodio

#	Edad	Escolaridad	PANSS			
			P	N	PG	T
1	22	10	31	31	63	125
2	19	9	27	29	63	119
3	18	11	25	33	68	126
4	20	12	24	26	62	112
5	23	12	25	29	60	114
6	18	11	29	38	67	134
7	17	12	29	38	67	134
8	17	12	0	29	59	88
9	22	13	30	32	69	131
10	19	10	24	20	55	99
11	19	10	26	29	62	117
12	22	13	27	26	64	117
13	21	13	27	29	63	119
14	22	13	25	35	69	129
15		11	26	37	67	130
16	23	13	16	12	48	76
17	17	11	25	35	80	140
18	19	12	25	35	71	131
19	17	11	18	25	40	83
20	18	12	16	39	45	100
21	23	11	20	35	56	111
22	16	10	18	35	56	109
23	20	11	30	32	63	125
24	22	11	25	27	60	112
25	22	14	25	29	59	113
26	14	8	24	26	61	111
27	15	9	25	26	54	105
28	16	9	25	26	54	105
29	20	11	26	29	60	115
30	14	8	24	31	59	114
31	22	12	26	28	62	116
32	17	11	24	30	58	112

33		11	24	30	58	112
----	--	----	----	----	----	-----

Fuente: elaboración propia.

El segundo grupo (Tabla 13) tiene un total de 34 archivos correspondientes a 29 pacientes masculinos con esquizofrenia crónica. Su edad oscila entre los 25 y los 44 años.

Tabla 13: Inventario de pacientes con esquizofrenia crónica

#	Edad	Escolaridad	PANSS			
			PANSS	N	PG	T
1	37	11	35	38	78	151
2	42	11	30	32	63	125
3	43	12	25	27	60	112
4	31	17	25	29	59	113
5	37	11	23	28	57	108
6	44	10	23	28	57	108
7	27	12	25	26	54	105
8			25	26	54	105
9	34	9	26	29	60	115
10	30	12	24	31	59	114
11	36	10	26	28	62	116
12	25	12	24	30	58	112
13	34	11	32	38	67	137
14	25	11	32	38	69	139
15	25	13	33	32	64	129
16	45	17	33	36	61	130
17	44	15	31	41	66	138
18			32	41	66	139
19	38	14	33	34	75	142
20	44	11	33	41	79	153
21			33	41	79	153
22	37	10	38	42	79	159
23	34	13	25	28	60	113
24	26	14	40	36	81	157
25	24	13	24	26	61	111
26	50	9	36	42	85	163
27	28	9	25	26	54	105
28	54	9	26	29	60	115

29	23	14	24	31	59	114
30	51	16	36	40	86	162
31	43	13	40	36	81	157
32			24	30	58	112
33		13	25	30	60	115
34	38	14	36	38	63	137

Fuente: elaboración propia.

El último grupo, correspondientes a las Tabla 14 refieren al grupo control con el que se va a comparar los otros. Se buscó que tuvieran edades y escolaridades similares.

Tabla 14: Inventario de grupo control.

#	Edad	Escolaridad
1	29	Media
2	22	Media
3	25	Técnica
4	32	media
5	29	media
6	33	media
7	24	Media más un año
8	29	secundaria
9	24	media
10	54	Escolarización completa
11	48	superior
12	27	superior incompleta
13	60	superior incompleta
14	45	media
15	33	Superior
16	48	Media
17	23	Media

Fuente: elaboración propia.

En todos los casos el entrevistado genera un discurso abierto en donde se le preguntan experiencias personales. Estas preguntas parten de entrevistas semiestructuradas en las que el entrevistador se va adaptando al discurso de los entrevistados. Esto permitió que se manifieste el uso de la primera persona a discreción del hablante.

Tabla 15: Preguntas realizadas en las entrevistas

Preguntas realizadas a los grupos esquizofrénicos	Preguntas realizadas al grupo control
<p>¿Por qué estás aquí? ¿sentías sensaciones como no sé ¿una presencia? ¿y tú has estado hospitalizado cuantas veces? ¿y puedes dormir o no? ¿algo más que te preocupe? Y con respecto a tu corporalidad como las sientes tú ¿Y por que motivo llegó acá? ¿Por qué había sido el motivo de su hospitalización antes? ¿Hasta que fecha estuvo estudiando usted? ¿Cuándo empezó, de temprana edad? ¿Ahora cuanto tiempo que no consume ninguna droga? ¿De que manera usted ingreso a la religión? ¿Y esto de escuchar las voces de cuando empezó? ¿Y de donde venían esas voces? ¿Alguna otra cosa extraña que haya percibido, que haya sentido en su cuerpo? ¿Alguna otra cosa extraña que haya sentido? ¿en que cree usted que lo podemos ayudar? ¿Ver visiones, que visiones ha visto? ¿usted terminó el colegio?, ¿va a seguir estudiando? ¿qué lo que sentía en ese tiempo?, ¿cómo empezó? ¿intentos de suicidio? ¿y los compañeros cómo lo tratan? Ha pololeado? a nivel de pensamientos, ¿sientes que estás con más ideas?, ¿con más contenidos?, ¿te aparecen más ideas, por ejemplo?, ¿o no? ¿y voces tampoco? ¿qué quieres estudiar? ¿y cómo te has sentido ahora? ¿Hay algo que yo no le haya preguntado que usted quisiera contar? ¿y ahora las calles las puedes atravesar sin problemas?} ¿a qué le llama usted obsesión ¿qué otro tipo de preocupaciones tiene? ¿Usted qué está haciendo ahora? ¿y cuándo comenzó eso?, ¿se acuerda usted?</p>	<p>¿recuerda alguna /anécdota graciosa/ de su época de estudiante? ¿cuál ha sido el susto más grande que le/ ha tocado pasar? ¿cuál ha si la vergüenza má grande que le a tocao pasar? ¿cuáles han/ sio las mejore vacaciones que le han tocao pasar? ¿has tenio alguna vez un sueño premonitorio/ o sea / que ha soñado algo y luego ha /sucede ocurrió en la vida? ¿la han asaltao alguna vez? ¿eeh ha pasado alguna ve un su to grande con la salu de su hijo? ¿ha estado alguna vez en una situación/ tal que su salud/ o su vida haya sid estado en riesgo? ¿ha experimenta o alguna ve un fenómeno paranormal como/ haber sentido la presencia de un alma en pena? ¿le ha tocado presenciar algún objeto volador? ¿cuál es la diferencia entre los amigos que tienen los niños y lo que tienen lo adultos? ¿asiste o ha asistido con alguna frecuencia a algún gimnasio? ¿qué hace normalmente en tus vacaciones? ¿cómo se celebra la navidad en su familia? ¿usa algún medio de tranporte colectivo / transantiago/ metro en la semana? ¿a parte /de la teleseries Chilena tiene preferencia por la teleseries / de algún otro país, en especial? ¿cómo sería para uste / una celebración ideal de la Navida? si tuviera la oportunida de cambiarse de comuna ¿en que comuna le gustaría vivir? ¿te gusta vivir en Santiago o preferiría vivir en alguna provincia? ¿has pensao que haria si te ganara este premio ¿ como imagina su vida en cinco año má?</p>

Fuente: elaboración propia basado en el corpus

Las preguntas que se acaban de presentar son extractos directos de los corpus. Debido a que las entrevistas clínicas a pacientes esquizofrénicos no se realizan con un guion, se extrajeron estas preguntas que son las que más realizan a los pacientes. Lo mismo sucedió con el grupo control; las preguntas expuestas fueron las más frecuentes durante la entrevista.

Es importante tomar en cuenta que, a pesar de que se trató de que los grupos estuvieran lo más homologados posible, existieron sesgos que no permitieron que esto se lograra totalmente. Por ejemplo, una de las principales diferencias entre el grupo de personas con esquizofrenia y el grupo control es la transcripción. En el primer grupo se hizo una transcripción a un español sin rasgos fonológicos, mientras que en la transcripción del grupo control sí se tomaron en cuenta. Asimismo, ya se dieron indicios de las diferencias en los aspectos demográficos como la edad, el nivel educativo, el sesgo cultural y, por supuesto, el idiomático. Por último, en los grupos de personas esquizofrénicas, también mantienen algunas de estas diferencias y, además, como ya se mencionó sus datos clínicos varían entre sujetos.

4.2 Instrumento: Análisis de la ruptura y el uso del pronombre Yo

Para alcanzar los objetivos planteados, en la presente investigación se diseñó una tabla que permitió extraer y analizar el contenido y la forma de las oraciones en primera persona del discurso esquizofrénico. Como ya se mencionó, las participaciones de los pacientes se homogenizaron de tal forma que los mismos fenómenos lingüísticos fueron localizables en cada uno de los grupos descritos en el apartado anterior. En las Tablas 16 se expone lo dicho:

Tabla 16: Ruptura y marcación del pronombre Yo

C. de paciente	Código de extracto	Extracto	Código DD	Análisis	Tipo de pronombre	Uso del pronombre	Roles temáticos	Tiempo verbal	Modo verbal	Diagnóstico PANSS			
										P	N	PG	T

Fuente: elaboración propia.

Esta tabla se implementó en una hoja de cálculo de Excel para analizar a los grupos de pacientes y al grupo control. En el extremo izquierdo estarán las columnas “C. de paciente” (Código de paciente) y “C. de extracto” (Código de extracto) en las que se identificará el nombre del archivo de Word de cada participante y el número del párrafo del que se sacó la participación respectivamente. Estos datos se utilizaron con el fin de localizar con facilidad el párrafo al que se esté haciendo referencia de un archivo Word en el que se inventariaron todas las entrevistas de los pacientes.

La descripción en orden de los elementos restantes de la ruptura del “yo” es la siguiente:

1. Extracto: en esta parte de la columna se pegaron las participaciones (párrafos y o renglones) de los pacientes que estaban configuradas en primera persona omitiendo preguntas y oraciones imperativas. Se incluyeron oraciones que no tenían sentido completo como “fui” o “yo estaba” pues, si bien no son analizables del todo, sí sirven como dato cuantitativo. Como ya se mencionó, estos extractos se identificaron en el archivo original de Word y se copiaron también en un archivo nuevo para cada grupo llamado “Inventario de entrevistas...” para su fácil acceso.
2. En la columna “Código DD” (código del delirio) se identificaron y clasificaron las participaciones de acuerdo al tipo o a los tipos de delirio que presentaban. Es decir, si en la columna “Extracto” apareciese una oración como “Yo me agredí”, entonces, en la columna “Código DD” se escribiría DA que refiere a Daño Auto Infligido. Si en ese mismo extracto hubiera aparecido “se me vienen los pensamientos...negativa”, entonces en la misma columna, pero en la siguiente fila se escribiría D (“D” refiere a desorden de ideas y pensamientos), esto porque es de esperarse que en un mismo extracto aparezca más de un solo ítem. La descripción y los códigos de los demás delirios o fenómenos del lenguaje son los siguientes:
 - a. Narración sin ruptura del “yo” (NS): extractos de participaciones completas con oraciones coherentes con un sentido completo o incompleto, ancladas en la realidad que se le puedan atribuir a una persona que no tiene alguna enfermedad mental diagnosticada o problemas de ruptura del “yo”. Oraciones del tipo “me siento deprimida”, “fui golpeado de chico” o “Estoy aterrado”, a pesar de sonar trágicas o dramáticas, serán consideradas dentro de esta categoría porque no refieren a delirios de ruptura del “yo”.
 - b. Delirios donde todo significa (TS): las extracciones se identificaron como tal cuando en ellas aparecieron ideas delirantes en las que el paciente dio significados a hechos cotidianos o conductas comunes de otras personas sin

que esta significación esté orientada a afectarlo de forma negativa, como si todo en lo que el paciente fijara su atención tuviera un significado relacionado con él.

i. Ejemplo: “Y desde ahí que yo me fijo si la gente carraspeo o no, y trato de darle un significado.”

c. Delirios autorreferenciales (VS): se identificaron como tal las extracciones cuando en ella aparecieron ideas delirantes en las que el paciente encuentra significados dañinos o peligrosos para sí mismo en hechos cotidianos o conductas comunes de otras personas, como si el mundo estuviese en su contra.

i. Ejemplo: “Mi mamá que me engaña que, que, no sé, me produce harta angustia.”

d. Delirios de imagen o ideación corporal (IC): se identificaron como tal cuando el paciente habló sobre enfermedades o sensaciones corporales exageradas o inexistentes...

i. Ejemplo: “...siento que mi energía se pierde cuando estoy erguido.

...o cuando el paciente mencionó que su cuerpo es algo feo, inadecuado o que tiene características físicas repugnantes o rechazables.

ii. Ejemplo: “...yo me presento al frente al mundo, quizás este no es mi verdadero aspecto, me entiende, quizás es mi aspecto puede ser feo.”

... o cuando el paciente mencionó que su cuerpo es invadido o infectado por seres o personas inexistentes.

iii. Ejemplo: “...yo lo veo como que el enemigo ha tocado mi cuerpo, me entiende, como que el enemigo toca mi cuerpo, me entiende y eso está mal, me entiende.”

e. Alucinaciones Visuales (AV): se identificaron como tal cuando el paciente habló de cosas que nadie más puede ver sin que él les atribuya algún significado particular.

i. Ejemplo: “...esas luces las veo, son como flashes de fotografía.”

- f. Alucinaciones Auditivas (AA): se identificaron como tal cuando el paciente cuando el paciente habló de ruidos o sonidos que nadie más escuche sin que él les atribuya algún significado particular.
- i. Ejemplo: "...las voces las escucho en las noches."
- g. Delirios de mundos posibles (MP): Existieron ocasiones en las que no fue posible determinar si lo que dice un paciente es en realidad un delirio o una alucinación, por ello se tomó en cuenta esta categoría donde irán los extractos que hagan referencia a delirios de grandeza, interpretaciones propias de la realidad, posibles mentiras en donde por el contexto de la participación del paciente se puede intuir que no está diciendo la verdad.
- i. Ejemplo: "Alcancé una especie de iluminación"
 - ii. Ejemplo: "Eh... no, no, no, no, si no, no tengo mayores problemas con mi familia, siempre nosotros nos llevamos bien, siempre hemos estado en comunión."
 - iii. Ejemplo: "...ahora bien yo Salí de ese lugar y de repente yo estaba cocinando un día en mi departamento porque vivo solo."
- h. Otros fenómenos lingüísticos (FL): en esta categoría se identificaron, situaciones en las que el lenguaje del paciente era incoherente, donde había ensalada de palabras o donde la participación del paciente no tenía nada que ver con el contexto o la pregunta que le hacía el entrevistador. También se identificaron estereotipias (cuando el discurso del paciente presentó alteraciones en la repetición de una misma sílaba, palabra o frase.
- i. Ejemplo: "Más o menos cuando tenía dieciocho años más o menos, dieciocho años más o menos, diecinueve años, diecinueve años más o menos..."
- ...o neologismos.
- ii. Ejemplo: "De los eletosticos... son personas eletosticas que hablan mentalmente, que tienen poder mental."
- i. Desorden de ideas o pensamientos (D): aquí se identificaron participaciones donde el paciente menciona que le cuesta trabajo pensar, generar un orden

lógico de ideas, que salta de un pensamiento a otro de forma instantánea o simplemente no puede concretarse en una actividad debido a ideas o pensamientos invasivos e incontrolables.

i. Ejemplo: “O sea que estaba pensando en una cosa y de repente de la nada me venía otra cosa que a veces no tenía nada que ver.”

j. Daño auto infligido (DA): esta categoría refiere a participaciones donde el paciente haga referencia a ocasiones donde se haga daño a sí mismo, golpeándose, cortándose o donde haya intentado suicidarse.

i. Ejemplo: “Me intente agredirme aquí el... el corazón apuñalarme”

k. Subjetivación Institucional (I): corresponde a oraciones donde el paciente esté sujeto a prácticas discursivas y de dominación donde las instituciones lo definan como tal o cual y él interiorice ese discurso.

i. Ejemplo: “el motivo es el cual es porque yo realmente necesito un poco de medicación y un poco de terapia”, “Tengo una patología”

l. Subjetivación Personal (P): corresponde a oraciones donde el paciente, a partir de un diagnóstico institucionalizado, se defina a sí mismo como otro sujeto no definido por su enfermedad y donde realice actividades no prescritas por los médicos para superar su padecimiento.

i. Ejemplo: “Yo no estoy loco...”, “Medito...”

m. Auto-estigma (AE): oraciones donde el paciente internaliza de forma negativa su propia enfermedad.

i. Ejemplo: “yo creo que fue gatillante a que yo ensuciara de por si mi conciencia...”

3. Análisis: En esta parte se pegaron por separado las oraciones que conforman los extractos. Es decir, se cortaron de los extractos y se pegaron en la columna de análisis oraciones simples y compuestas. Todo esto con el fin de cuantificar las veces que el pronombre Yo es usado por los pacientes.

a. Las oraciones simples se copiaron y pegaron sin cambio alguno.

- b. Las oraciones subordinadas se dejaron con los predicados que le daban un sentido completo a la oración (“que no quiero que me encuentren tonta o algo así”).
 - c. Las oraciones yuxtapuestas se fragmentaron en oraciones simples (“O sea es obvio, no es que lo perciba si no los miro” se convirtió en “no es que lo perciba si no los miro”).
 - d. Las oraciones coordinadas también se fragmentaron a partir de su nexo de unión (“No sé porque no quiero que piensen que cuando los miro así estoy como coqueteando o algo así” se convirtió en 2 oraciones distintas “No sé” y “porque no quiero que piensen que cuando los miro así estoy como coqueteando o algo así”). Aunque hubo ocasiones que por el bien del significado de la oración las de este tipo se dejaron completas (“está la Monserrat Bustamante, del Rojo, y no la encuentro bonita”).
4. Tipo de pronombre: esta parte del instrumento de análisis se utilizó para determinar el tipo de pronombre en primera persona y plural que usa el paciente. Se utilizó la siguiente fórmula en Excel para automatizar la labor =SI(ESNUMERO(HALLAR("yo",F1656,1)),"Yo explícito", "Yo tácito"). Dicha fórmula tuvo la función de arrojar resultados en primera persona (los pronombres en plural se realizaron manualmente):
- a) Yo explícito: cuando el pronombre apareció como tal en la oración (“Yo fui...”).
 - b) Yo tácito: cuando el pronombre solo apareció conjugado en el verbo (“caminé por la calle”).
 - c) Nosotros explícito: cuando dicho pronombre o el pronombre “nos” aparecieron en las oraciones (“Nosotros cantamos...” “Nos gusta el pan”).
 - d) Nosotros tácito: cuando el pronombre no apareció de ninguna forma en la oración (“Ayer caminamos”).

- e) Marcado: se usó esta categoría para señalar usos poco comunes del pronombre Yo, normalmente cuando apareció después del verbo (“dije yo”, “caminé yo”), se usó también cuando el pronombre apareció repetido innecesariamente o cuando no tenía que aparecer del todo (“yo mi país natal, mi tierra es Chile”, “yo, yo, yo sentí el llama”).
5. Uso del pronombre: aquí se determinó si el hablante se manifestaba en su discurso como:
- a. Yo-sujeto: cuando el hablante puso de relieve estados mentales o internos, percepciones, sentimientos, gustos, etc. Este tipo de yo se identificó por el uso de verbos psicológicos (“Pensé que estarías aquí”).
 - b. Yo-objeto: cuando el hablante hizo referencia a acciones realizadas por su cuerpo o que realizaron a su cuerpo. Este tipo de yo se identificó por el uso de verbos materiales (“Corrí mucho ayer”).
 - c. Contable: cuando no se pudo determinar el uso o el rol temático del pronombre (“No me sale”), cuando la oración estaba incompleta o no tenía sentido (“y como que yo...”), cuando solo aparecía el pronombre sin más elementos o con muy pocos (“yo, pero”) y cuando el pronombre mí funciona en lugar del pronombre Yo sin conjugación verbal (“Es que ellos ya querían desligarse de mí”).
6. Roles temáticos: en esta columna se escribió el rol que desempeñó el paciente en su enunciación. La teoría de Van Valin y Lapolla (2008) se utilizó como base para hacer esta parte, sin embargo, la determinación de los roles quedó identificada de la siguiente forma:
- a. Agente: cuando el hablante realizó acciones físicas relacionadas con su cuerpo, que se hicieron con su cuerpo o en la que su cuerpo estuvo involucrado. Por ejemplo “Estudiar” es un verbo que también está relacionado con la mente, sin embargo, desde esta perspectiva, cuando

se estudia normalmente están involucradas acciones corporales, como leer, anotar, comparar, etc. Este rol temático está relacionado semánticamente con el uso de “Yo-objeto”, en otras palabras, si en la oración se determina que la acción realizada con el verbo refiere a dicho uso, su rol temático necesariamente será de agente.

- b. Experimentador: cuando el hablante puso de relieve estados internos como percepciones, creencias, conocimientos, gustos, recuerdos, emociones, etc. Este rol temático está relacionado semánticamente con el uso de “Yo-sujeto”, en otras palabras, si en la oración se determina que la acción realizada con el verbo refiere a dicho uso, su rol temático necesariamente será de experimentador.
 - c. Paciente: cuando el hablante fue beneficiario de la acción del verbo (“Me pegaron”), cuando negó una acción o experiencia (“No lo hice”, “No quise”) y cuando el hablante puso de relieve una situación o estado físico estativo o inmóvil (“Soy chileno”, “por eso estoy diagnosticado como, como esquizofrénico”).
7. Tiempo verbal: aquí se determinó si la acción del verbo era realizada por el paciente o dirigida al paciente estaba conjugada en los 3 tiempos generales:
- a. Pasado.
 - b. Presente.
 - c. Futuro.
8. Modo verbal: se determinó si el verbo se encontraba en modo:
- d. Indicativo: la acción del verbo es un hecho o será un hecho.
 - e. Subjuntivo: la acción del verbo es probable o deseable.
9. Diagnóstico PANSS: aquí se pusieron los datos de la prueba que se les realizó a cada uno de los pacientes:
- a. P: refiere al puntaje alcanzado en síntomas positivos.

- b. N: refiere al puntaje alcanzado en síntomas negativos.
- c. PG: refiere al puntaje alcanzado en psicopatologías generales.
- d. T: refiere a los totales de la prueba.

Imagen 14: Ejemplo de llenado de instrumento

											Diagóstico PANSS					
C. de pacient	Códig	Extract	Códig	Análisis	Tipo de	Uso del	Roles	Tiempo	Modo	Día	Est	I	I	P	T	
PEEH16 Ruben	1.1.NN1		I	Bueno llevo alrededor de ocho, diez días	Yo tácito	objeto	Paciente	Presente	Indicativo	1	13	25	35	69	129	
				es una estancia de periodo corto la que	Yo tácito	objeto	Paciente	Pasado	Indicativo							
				bueno comprendo...	Yo tácito	sujeto	Experimenta	Presente	Indicativo							
				...de que yo esté acá por un motivo	Yo explícito	objeto	Paciente	Presente	Subjuntivo							
				el motivo es el cual es por que yo realme	Yo explícito	sujeto	Experimenta	Presente	Indicativo							
				pero por otro lado me gustaría estar en	Yo tácito	sujeto	Experimenta	Condicional	Indicativo							
				porque así me puedo realizar como hon	Yo tácito	sujeto	Paciente	Presente	Indicativo							

Fuente: elaboración propia.

En la Imagen 14 se muestra un ejemplo de cómo se llenó el instrumento de análisis con algunas de las categorías que se acaban de definir. Al final, usando fórmulas y filtros de Excel se contaron los porcentajes y se convirtieron a resultados estadísticos para hacer el análisis correspondiente de las diferencias entre grupos.

5. Resultados

A continuación, se expondrán los resultados de la presente investigación. Este capítulo se dividió en 3 apartados. En el primero se presentaron todos los resultados de forma detallada y organizada expresando la totalidad de la investigación. Estos resultados se organizaron de acuerdo con las 3 perspectivas con las que se trabajó y se crearon tablas que contienen los porcentajes de cada uno de los ítems de análisis descritos en la metodología. En el segundo apartado se analizaron los datos más relevantes de la investigación y la organización, en este sentido, fue más específica porque se tocaron las hipótesis en términos de veracidad y falsedad. El último apartado se reservó para hablar de los resultados inesperados y su posible relevancia para las ciencias del lenguaje, la psiquiatría y la filosofía.

5.1 Organización de resultados y presentación de datos

Los datos que se presentan a continuación son el resumen del proceso investigativo que se realizó en la presente tesis. En esta, se trabajó con la hipótesis de que **el uso de las oraciones en primera persona es una característica de la ruptura del “yo” en la esquizofrenia**, en donde la ruptura del “yo” hace referencia a la gravedad de los síntomas positivos de la esquizofrenia, en este caso, los delirios. A grandes rasgos esta hipótesis implica que dicha enfermedad se manifiesta en las oraciones en primera persona de las personas que la padecen y que su uso cambia a medida que esta se hace crónica; es decir, las observaciones psiquiátricas sobre la enfermedad se reflejan en el lenguaje.

Para abordar dicha hipótesis se trabajó con 3 perspectivas que han abordado el tema de la esquizofrenia: la filosófica, la psiquiátrica y la lingüística. Por eso, de cada perspectiva emergieron sus propias hipótesis:

1. Perspectiva filosófica: El discurso del psiquiatra y la sociedad afectan al del paciente a medida que avanza la enfermedad.
2. La ruptura del “yo” se manifiesta en el contenido de las oraciones en primera persona generadas por pacientes con esquizofrenia.
3. El uso de las oraciones en primera persona cambia a medida que avanza la enfermedad.

Cada una de ellas apunta a determinar el comportamiento de la primera persona en el lenguaje esquizofrénico. Las primeras 2 están enfocadas en el contenido, lo que los pacientes dicen; y la tercera se enfoca en la forma, cómo lo dicen.

El método de que se siguió para poner a prueba estas hipótesis fue comparar las oraciones en primera persona referentes a síntomas de la esquizofrenia en 3 distintos grupos.

Como ya se adelantó el grupo de pacientes con esquizofrenia de primer episodio (EPE) estuvo conformado por 32 personas (32 hombres y 10 mujeres) en el que se analizaron 1852 participaciones y de las cuales salieron 4686 oraciones en primera persona. Mientras que el grupo con pacientes con esquizofrenia crónica (ECR) se conformó con 29 personas (17 hombres y 12 mujeres) en el que se analizaron 1921 y de las cuales salieron 5236 oraciones en primera persona. Por último, en el grupo control (CON) estuvieron incluidas 17 personas sin antecedentes de patologías mentales (9 hombres y 8 mujeres); en este grupo no se analizaron participaciones, solo se analizaron 3756 oraciones en primera persona ya que este grupo no fue sometido al análisis de delirios por obvias razones. En la Tabla 17 se expresan estos datos junto con el total de palabras distintas que cada grupo uso en su discurso como información adicional.

Tabla 17: Total de participaciones y oraciones analizadas

Grupos	Participaciones	Oraciones en primera persona	Total de palabras usadas
EPE	1852	4686	56987
ECR	1921	5236	82649
CON	N/A	3756	84275

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, en la Tabla 18 están los promedios de cada grupo junto con sus varianzas de la prueba PANSS (Escala de Síndrome Positivo y Negativo), en la que se observa, de acuerdo con la teoría, que el grupo de ECR tiene mayores totales en todas las categorías. Lo que indica, según esta tesis, que tienen el “yo” más roto.

Tabla 18: Promedios de la prueba PANSS en EPE y ECR

Escala de síndrome positivo y negativo (PANSS)								
	EPE				ECR			
	Positivos	Negativos	Psicopatología general	Total	Positivos	Negativos	Psicopatología general	Total

Prom	23.97	30.03	60.67	114.6 7	29.47	33.18	65.71	128.3 5
Var	31.72	29.72	57.92	209.4 8	27.84	29.73	90.80	366.1 7

Fuente: elaboración propia.

Debido a las diferencias numéricas en los grupos se utilizó la “Prueba t de *student* para 2 muestras con varianzas desiguales”, cuando se trataba de comparar 2 grupos, y la prueba “Análisis de Variancia” (ANOVA) cuando se tuvo que comparar 3 grupos. Ambas con un nivel de confianza del 99.95 % para determinar la significancia de los resultados. Asimismo, se utilizó la prueba “Tukey” para complementar la “ANOVA”, esto con el fin de determinar entre qué grupos existía diferencia significativa.

Dichos resultados se convirtieron en porcentajes del discurso total de cada paciente para someter a prueba las hipótesis de carácter filosófico, psiquiátrico y lingüístico. En los Apéndices A, B, C, D y E se encuentran estos datos sin haber sido convertidos a porcentajes. Asimismo, en el Apéndice F están los resultados de las pruebas ANOVA y Tukey expuestos detalladamente.

Primero, la hipótesis que emergió de la perspectiva filosóficas (**El discurso del psiquiatra y la sociedad afectan al del paciente esquizofrénico a medida que avanza la enfermedad**) se trabajó con las siguientes sub-hipótesis:

- A1. El porcentaje de uso de oraciones acerca de la subjetivación institucional es mayor en Pacientes Crónicos que Pacientes de Primer Episodio.
- A2. El porcentaje de uso de oraciones acerca de la subjetivación personal es mayor en Pacientes de Primer Episodio que en Pacientes Crónicos.
- A3. El porcentaje de uso de oraciones acerca del auto estigma es mayor en Pacientes Crónicos que Pacientes de Primer Episodio.

La hipótesis nula para cada una de ellas es que los promedios porcentuales de los grupos son iguales. Los resultados de las sub-hipótesis se exponen a continuación.

Tabla 19: Porcentajes de uso de participaciones de subjetivación institucional, subjetivación personal y auto estigma en pacientes de primer episodio y pacientes crónicos.

El discurso del psiquiatra condiciona el discurso del paciente a medida que avanza la enfermedad						
	EPE	ECR	EPE	ECR	EPE	ECR
Pac.	S. Institucional	S. Institucional	S. Personal	S. Personal	Auto estigma	Auto estigma
1	7.53	5.48	5.38	5.48	3.23	0.00
2	0.83	2.86	0.00	0.00	0.00	2.86
3	0.00	0.00	1.59	4.48	0.00	1.49
4	4.76	3.92	0.00	0.00	0.00	0.00
5	5.71	6.45	0.00	2.15	0.00	0.00
6	3.51	0.00	5.26	0.00	1.75	0.00
7	5.88	2.97	0.00	0.99	0.00	4.95
8	6.45	3.19	0.00	0.00	3.23	5.32
9	2.82	0.00	1.41	0.00	2.11	0.00
10	0.93	6.06	0.00	1.52	0.00	0.00
11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.23
13	3.70	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
14	3.45	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15	0.00	1.32	50.00	3.95	0.00	0.00
16	9.52	2.56	0.00	5.13	0.00	0.00
17	1.43	9.52	1.43	0.00	1.43	0.00
18	5.08	3.13	3.39	3.13	4.24	0.00
19	0.00	0.00	0.00	1.30	0.00	0.00
20	4.17	0.00	0.00	0.00	4.17	0.00
21	0.00	0.00	0.00	1.61	0.00	0.00
22	0.00	0.00	0.00	3.03	3.70	0.00
23	12.50	0.00	0.00	0.00	20.83	0.00
24	0.00	4.60	4.69	0.00	15.63	9.20
25	6.06	0.00	12.12	0.00	3.03	0.00
26	3.33	2.44	1.11	0.00	0.00	4.88
27	0.00	8.82	12.28	0.00	1.75	0.00
28	0.00	2.47	3.85	1.23	3.85	0.00
29	3.45	0.00	10.34	0.00	3.45	0.00
30	7.50	4.08	12.50	0.00	0.00	0.00
31	5.88	20.59	2.52	0.00	5.88	0.00
32	0.00	8.33	0.00	0.00	0.00	0.00
33	0.00	7.14	0.00	0.00	0.00	0.00
34	N/A	6.06	N/A	9.09	N/A	3.03
Prom	3.17	3.29	3.87	1.27	2.37	1.03

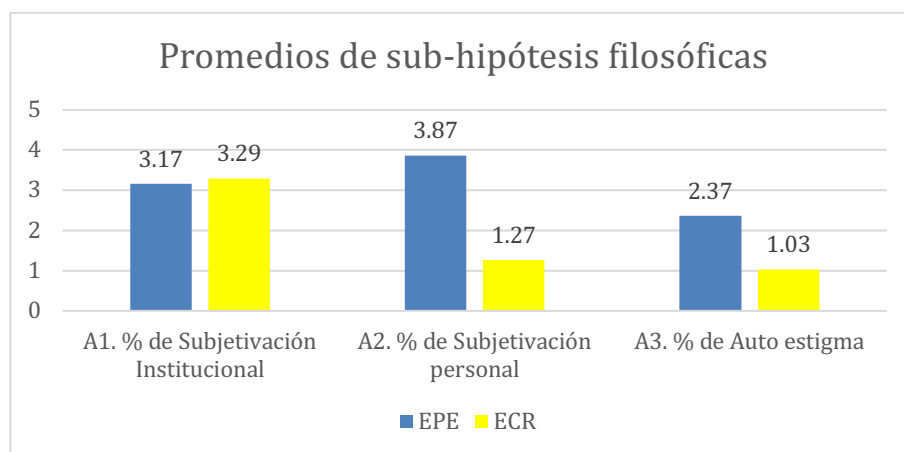
Var	10.86	18.17	83.89	4.63	20.17	4.70
DES	3.30	4.26	9.16	2.02	4.49	2.16

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 19 se muestran los porcentajes correspondientes a cada una de las participaciones que tuvieron los pacientes por categoría. La columna “Pac.” refiere al número de paciente del que se está hablando. Para una visualización más cómoda, los pacientes de cada grupo comparten el mismo número hasta el 34, en donde no hubo paciente de primer episodio.

Por ejemplo, el paciente 1 de primer episodio tuvo 4 participaciones de Subjetivación Institucional que corresponde al 7.53 % de sus 93 participaciones (dato observable en el Apéndice A). Los colores en dicha tabla agrupan a los pacientes de primer episodio y crónico por categoría de análisis; de amarillo azul están los pacientes de primer episodio y de amarillo, los crónicos. La fila “Prom” indica el promedio de cada grupo de cada una de las categorías de análisis. En este caso fueron 3: Subjetivación Institucional, Subjetivación Personal y Auto Estigma. La fila “Var” refiere a el grado de dispersión, es decir, la viabilidad de datos o en qué cantidad una serie de valores es uniforme o no con respecto a su promedio y la fila DES refiere a la desviación estándar. En el Gráfico 1 se resumen estos promedios.

Gráfico 1: Resultados de sub-hipótesis filosóficas



Fuente: elaboración propia.

1. En A1 se esperaba que el grupo EPE usara menos oraciones de subjetivación institucional que el grupo ECR.

2. En A2, se esperaba que el grupo EPE usara más oraciones de subjetivación personal que el grupo ECR.
3. En A3 se esperaba que el grupo EPE usara menos oraciones de auto estigma que el grupo ECR.

A pesar de que los resultados de dos de las hipótesis fueron los esperados (A1 y A2), no hubo significación estadística, por lo tanto, los objetivos referentes a estas hipótesis no se cumplieron.

Ahora bien, la hipótesis que emergió de la perspectiva psiquiátrica (**La ruptura del “yo” se manifiesta en el contenido de las oraciones en primera persona generadas por pacientes con esquizofrenia**) quedó conformada por las siguientes sub-hipótesis:

- B1. El porcentaje de uso de oraciones de referencia (Todo significa) es mayor en Pacientes de Primer Episodio que en Pacientes Crónicos.
- B2. El porcentaje de uso de oraciones de (El mundo en contra del paciente) es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.
- B3. El porcentaje de uso de oraciones de imagen corporal es mayor en Pacientes de Primer Episodio que en Paciente Crónicos.
- B4. El porcentaje de uso de oraciones de mundos posibles es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.
- B5. El porcentaje de alucinaciones visuales es mayor en pacientes de Primer Episodio que Pacientes Crónicos.
- B6. El porcentaje de alucinaciones auditivas es mayor en pacientes de Primer Episodio que Pacientes Crónicos.
- B7. El porcentaje de desorden de pensamiento es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.
- B8. El porcentaje de fenómenos lingüísticos es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B9. El porcentaje de daño autoinfligido es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

Nuevamente, la hipótesis nula para cada una de ellas es que los promedios porcentuales de los grupos son iguales. Los resultados de las sub-hipótesis se exponen a continuación en las Tablas 20 y 21.

Tabla 20: Porcentajes de uso de participaciones de Todo Significa, El Mundo en Contra del paciente, Imagen Corporal, Mundos Posibles y Daño Auto Infligido

La ruptura del “yo” se manifiesta en el contenido de las oraciones en primera persona generadas por pacientes con esquizofrenia.										
	EPE	ECR	EPE	ECR	EPE	ECR	EPE	ECR	EPE	ECR
Pac	Todo Signi	Todo Signi	El mundo vs pac	El mundo vs pac	Imag. C.	Imag. C.	Mund psble	Mund psble	Daño auto inflig	Daño auto inflig
1	9.68	0.00	7.53	8.22	7.53	0.00	6.45	13.70	0.00	0.00
2	0.00	2.86	11.57	0.00	9.09	0.00	9.92	20.00	0.00	0.00
3	14.29	2.99	9.52	2.99	0.00	4.48	9.52	8.96	0.00	0.00
4	0.00	7.84	0.00	9.80	4.76	0.00	11.90	11.76	0.00	0.00
5	0.00	0.00	11.43	3.23	0.00	1.08	2.86	29.03	0.00	0.00
6	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.94	10.53	2.83	0.00	12.26
7	0.00	0.00	0.00	0.00	2.94	30.69	0.00	1.98	0.00	8.91
8	0.00	0.00	3.23	0.00	6.45	37.23	20.97	0.00	0.00	11.70
9	0.00	1.56	0.00	0.00	33.80	0.00	0.00	21.88	0.00	1.56
10	0.00	0.00	8.41	0.00	3.74	3.03	0.00	6.06	0.00	0.00
11	0.00	0.00	0.00	15.94	0.00	1.45	0.00	0.00	0.00	0.00
12	0.00	0.00	0.99	12.90	19.80	0.00	21.78	29.03	0.00	0.00
13	0.00	0.00	0.00	1.75	1.85	0.00	12.96	56.14	0.00	0.00
14	0.00	6.90	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	37.93	0.00	0.00
15	0.00	3.95	0.00	2.63	0.00	0.00	0.00	31.58	0.00	2.63
16	4.76	0.00	0.00	2.56	0.00	5.13	0.00	56.41	0.00	0.00
17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	9.52	7.14	0.00
18	1.69	0.00	3.39	0.00	0.00	0.00	7.63	31.25	6.78	0.00
19	0.00	0.00	0.00	7.79	0.00	0.00	0.00	27.27	0.00	0.00
20	12.50	0.00	8.33	0.00	0.00	0.00	16.67	3.70	0.00	0.00
21	0.00	0.00	10.26	9.68	2.56	1.61	0.00	35.48	0.00	0.00
22	0.00	0.00	0.00	9.09	3.70	9.09	3.70	39.39	0.00	0.00
23	8.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	36.73	0.00	2.04
24	18.75	0.00	3.13	0.00	7.81	2.30	1.56	2.30	3.13	5.75
25	3.03	0.00	6.06	10.00	3.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

26	0.00	0.00	0.00	2.44	5.56	4.88	0.00	24.39	0.00	2.44
27	0.00	0.00	0.00	0.00	10.53	8.82	0.00	2.94	1.75	0.00
28	0.00	0.00	3.85	1.23	15.38	1.23	0.00	3.70		
29	0.00	0.00	6.90	2.08	31.03	4.17	6.90	0.00	0.00	0.00
30	0.00	0.00	0.00	2.04	0.00	8.16	2.50	0.00	0.00	0.00
31	0.00	0.00	15.13	5.88	0.00	2.94	5.04	5.88	9.24	0.00
32	0.00	0.00	0.00	4.17	46.15	8.33	0.00	29.17	0.00	0.00
33	0.00	2.86	0.00	8.57	44.00	11.43	0.00	8.57	0.00	0.00
34	S/I	0.00	S/I	21.21	S/I	0.00	S/I	6.06	N/A	0.00
Pro m	2.21	0.85	3.32	4.24	7.87	4.32	4.57	17.46	0.97	1.39
Var	23.38	3.87	20.41	28.39	163.07	67.85	41.09	273.52	5.60	10.71
DES	4.84	1.97	4.45	5.28	12.77	8.20	6.40	16.53	2.36	3.26

Fuente: elaboración propia.

Tabla 21: Porcentajes de uso de participaciones de Alucinaciones Visuales, Alucinaciones Auditivas, Desorden de Pensamientos y Fenómenos lingüísticos

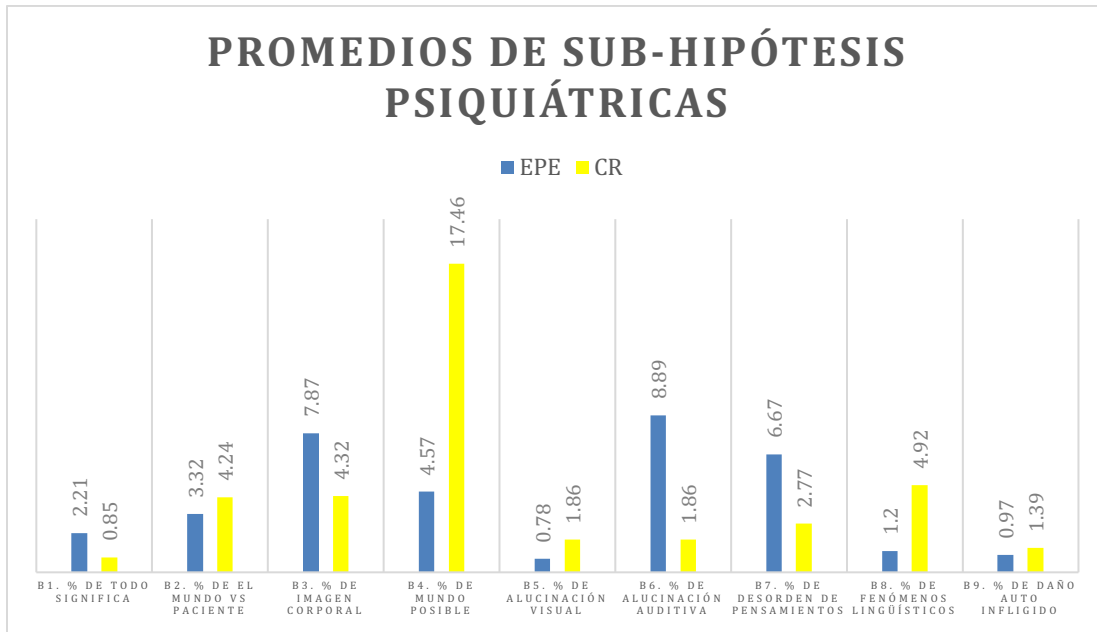
La ruptura del “yo” se manifiesta en el contenido de las oraciones en primera persona generadas por pacientes con esquizofrenia.								
	EPE	ECR	EPE	ECR	EPE	ECR	EPE	ECR
Pac	A. Visual	A. Visual	A. Auditiva	A. Auditiva	Desorden de pens	Desorden de pens.	F. lingüísticos	F. lingüísticos
1	9.68	1.37	8.60	0.00	0.00	1.37	1.08	1.37
2	0.83	0.00	18.18	0.00	0.83	0.00	0.00	5.71
3	0.00	14.93	0.00	25.37	9.52	0.00	0.00	5.97
4	0.00	5.88	23.81	0.00	2.38	3.92	2.38	0.00
5	0.00	0.00	37.14	6.45	0.00	1.08	0.00	0.00
6	1.75	0.00	12.28	1.89	0.00	0.00	0.00	0.00
7	0.00	0.00	5.88	0.00	5.88	0.99	0.00	0.00
8	0.00	0.00	0.00	0.00	6.45	4.26	0.00	0.00
9	0.00	0.00	0.00	0.00	0.70	0.00	0.00	9.38
10	0.00	7.58	0.00	4.55	0.00	0.00	0.00	0.00
11	0.00	0.00	61.11	0.00	5.56	0.00	5.56	0.00
12	0.00	12.90	20.79	0.00	0.00	12.90	1.98	0.00
13	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00	17.54
14	0.00	2.30	0.00	0.00	24.14	0.00	0.00	0.00
15	0.00	1.32	0.00	5.26	30.00	1.32	0.00	0.00
16	0.00	0.00	0.00	15.38	19.05	0.00	0.00	2.56
17	0.00	0.00	17.14	0.00	0.00	0.00	0.00	57.14
18	13.56	0.00	10.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
19	0.00	0.00	0.00	1.30	25.00	1.30	0.00	0.00

20	0.00	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
21	0.00	3.23	0.00	1.61	10.26	0.00	2.56	0.00
22	0.00	0.00	0.00	0.00	3.70	0.00	25.93	3.03
23	0.00	0.00	0.00	0.00	4.17	2.04	0.00	26.53
24	0.00	0.00	0.00	2.30	23.44	14.94	0.00	0.00
25	0.00	0.00	0.00	50.00	6.06	10.00	0.00	0.00
26	0.00	0.00	4.44	2.44	4.44	0.00	0.00	21.95
27	0.00	0.00	1.75	17.65	8.77	2.94	0.00	0.00
28	0.00	0.00	3.85	8.64	15.38	2.47	0.00	11.11
29	0.00	0.00	0.00	20.83	6.90	6.25	0.00	2.08
30	0.00	12.24	0.00	22.45	0.00	0.00	0.00	0.00
31	0.00	0.00	5.88	38.24	7.56	8.82	0.00	0.00
32	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00
33	0.00	1.43	4.00	0.00	0.00	1.43	0.00	0.00
34	S/I	0.00	S/I	0.00	S/I	18.18	S/I	3.03
Prom	0.78	1.86	8.89	7.58	6.67	2.77	1.20	4.92
Var	8.16	16.22	197.40	164.65	73.95	22.36	21.03	128.64
DES	2.37	4.03	14.05	12.76	8.52	4.72	4.59	11.32

Fuente: elaboración propia.

Los porcentajes que se muestran en las Tablas 20 y 21 son los resultados de cada uno de los pacientes referentes a las oraciones que utilizaron sobre la Ruptura del “yo”. En ellas se observa que uno de los delirios más utilizados por los pacientes crónicos es el de Mundos Posibles con un promedio total de 17.46 % lo que corresponde a 329 de las 1921 participaciones que tuvieron todos los pacientes del grupo ECR (dato observable en el Apéndice B). Este y otros promedios se observan con mayor claridad en el Gráfico 2.

Gráfico 2: Resultados de sub-hipótesis psiquiátricas



Fuente: elaboración propia.

1. En B1 se esperaba que el grupo EPE tuviera más delirios de “Todo significa” que el grupo CRE.
2. En B2 se esperaba que el grupo EPE tuviera menos delirios de “El mundo vs el paciente” que el grupo CRE.
3. En B3 se esperaba que el grupo EPE tuviera más delirios de “Imagen corporal” que el grupo CRE.
4. En B4 se esperaba que el grupo EPE tuviera menos delirios de “Mundos posibles” que el grupo CRE.
5. En B5 se esperaba que el grupo EPE tuviera más alucinaciones visuales que el grupo CRE.
6. En B6 se esperaba que el grupo EPE tuviera menos alucinaciones auditivas que el grupo CRE.
7. En B7 se esperaba que el grupo EPE tuviera menos desorden de pensamiento que el grupo CRE.
8. En B8 se esperaba que el grupo EPE tuviera menos fenómenos lingüísticos que el grupo CRE.
9. En B9 se esperaba que el grupo EPE usara menos oraciones de daño auto infligido que el grupo CRE.

De las 9 sub-hipótesis 6 resultaron como se esperaba, pero solo 2 de ellas tuvieron relevancia significativa (B4 y B8). La B7 (Desorden de pensamiento) tuvo un resultado distinto al esperado, pero con significación estadística. Es decir, se preveía que los pacientes crónicos tuvieran más ideas desordenadas, pero los promedios indicaron que los pacientes de primer episodio fueron los que manifestaron más este fenómeno.

Por último, la hipótesis que emergió de la perspectiva lingüística (**El uso de las oraciones en primera persona es diferente en el discurso esquizofrénico y el no patológico**) quedó conformada por 17 sub-hipótesis que se dividieron en 6 temas generales: Frecuencia del Pronombre, Tipo de Pronombre, Uso de Pronombre, Roles Temáticos y Comportamiento del Verbo. A continuación, se exponen la sub-hipótesis correspondientes al primer tema.

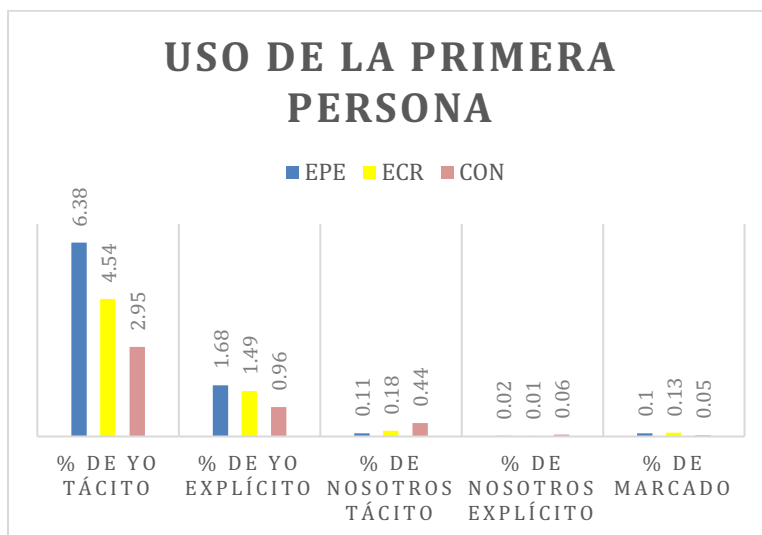
C1. El porcentaje de empleo de la primera persona es mayor en el Primer Episodio, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

Tabla 22: Uso de primera persona respecto al total de palabras utilizadas

Totales	EPE	ECR	CON
Uso de la primera persona	4686	5236	3756
Palabras utilizadas	56987	82649	84275
Porcentaje de uso de primera persona respecto al total de palabras utilizadas	8.22	6.34	4.46

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3: Uso de las distintas formas de la primera persona



Fuente: elaboración propia.

La Tabla 22 y el Gráfico 3 resumen los porcentajes de utilización de la primera persona de los 33 pacientes EPE, los 34 CRE y los 17 CON. En la fila “Uso de la primera persona” se observa que los pacientes de primer episodio utilizaron 4686 veces la primera persona; los pacientes crónicos, 5236 y el grupo control, 3756. La fila “Palabras utilizadas” indica el número de palabras distintas que usaron cada grupo: 56987 (Primer Episodio), 82649 (Crónicos) y 84275 (Controles). Como se mencionó, se esperaba que los pacientes con esquizofrenia de primer episodio utilizaron más la primera persona (8.22 %) que los otros dos grupos. Asimismo, los pacientes crónicos la utilizaron menos que los anteriores (6.34 %) y más que el grupo control (4.46 %). Sin embargo, estos datos no tuvieron significancia estadística.

El segundo tema (Tipo de Pronombre) quedó conformado por las siguientes sub-hipótesis:

C2. El porcentaje de empleo de la primera persona como pronombre tácito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C3. El porcentaje de empleo de la primera persona como pronombre explícito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C4. El porcentaje de oraciones marcadas en primera persona es mayor en el periodo crónico de la enfermedad.

C5. El porcentaje de empleo de la primera persona plural como pronombre tácito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C6. El porcentaje de empleo de la primera persona plural como pronombre explícito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

Tabla 23: Porcentajes de oraciones usadas referentes al Tipo de Pronombre singular

Tipo de pronombre singular									
	EPE	ECR	Controles	EPE	ECR	Controles	EPE	ECR	Controles
Pac	Yo tácito	Yo tácito	Yo tácito	Yo explícito	Yo explícito	Yo explícito	Marcado	Marcado	Marcado
1	53.27	70.00	63.25	39.59	27.39	14.53	1.84	0.87	2.56
2	65.98	71.64	73.52	29.20	23.88	15.53	2.30	2.99	2.74
3	59.00	65.87	57.78	39.08	32.69	23.11	1.92	1.44	0.89
4	82.56	48.15	55.23	12.79	25.93	29.29	4.65	1.23	0.00
5	88.73	70.78	88.36	9.86	25.76	10.27	0.00	1.73	0.00
6	72.57	75.49	86.76	25.66	18.68	13.24	1.77	4.67	0.00
7	85.71	71.10	65.45	14.29	24.58	28.80	0.00	1.99	1.05
8	79.88	74.76	62.07	19.53	23.30	24.52	0.00	1.29	1.15
9	86.28	86.84	59.14	12.27	11.84	19.46	1.08	1.32	0.39
10	92.40	80.62	68.52	5.32	15.50	23.46	0.76	3.10	0.00
11	97.06	80.10	63.67	2.94	16.84	26.12	0.00	2.04	0.82
12	82.47	85.09	75.56	15.46	14.04	14.07	0.52	0.00	0.00
13	78.26	83.55	57.66	14.13	14.47	20.57	7.61	1.97	0.48
14	90.48	72.69	59.09	9.52	22.69	26.62	0.00	3.46	2.60
15	71.74	59.85	65.22	28.26	32.48	27.39	0.00	2.19	2.61
16	92.68	58.14	77.30	2.44	19.38	18.44	0.00	0.78	1.42
17	85.00	56.88	65.57	14.00	27.52	28.30	1.00	2.75	1.42
18	86.73	57.58	S/I	12.83	30.30	S/I	0.44	3.03	S/I
19	91.26	76.44	S/I	7.77	19.71	S/I	0.00	2.40	S/I
20	67.92	83.33	S/I	32.08	16.67	S/I	0.00	0.00	S/I
21	91.35	66.30	S/I	8.65	29.35	S/I	0.00	0.00	S/I
22	55.96	55.26	S/I	42.20	39.47	S/I	0.46	4.61	S/I
23	100	69.23	S/I	0.00	26.28	S/I	0.00	0.00	S/I
24	90.78	79.26	S/I	8.74	17.97	S/I	0.49	1.84	S/I
25	68.67	86.36	S/I	26.51	13.64	S/I	0.00	0.00	S/I
26	93.52	82.86	S/I	5.56	10.00	S/I	0.00	7.14	S/I
27	100	69.53	S/I	0.00	23.44	S/I	0.00	3.13	S/I
28	95.74	71.82	S/I	4.26	25.41	S/I	0.00	2.76	S/I
29	93.94	92.11	S/I	6.06	3.95	S/I	0.00	1.32	S/I
30	87.07	77.97	S/I	6.90	20.34	S/I	0.86	1.69	S/I
31	73.89	78.41	S/I	22.78	20.45	S/I	1.39	1.14	S/I
32	57.14	73.08	S/I	28.57	26.92	S/I	7.14	0.00	S/I
33	76.25	63.43	S/I	22.50	35.07	S/I	1.25	1.49	S/I
34	S/I	92.86	S/I	S/I	7.14	S/I	S/I	0.00	S/I
Prom	81.65	73.16	67.30	16.05	21.86	21.40	1.07	1.89	1.07

Var	175.26	117.30	97.59	141.54	63.82	37.87	3.62	2.49	1.04
DES	13.24	10.83	9.88	11.90	7.99	6.15	1.90	1.58	1.02

Fuente: elaboración propia.

Tabla 24: Porcentajes de oraciones usadas referentes al Tipo de Pronombre plural (Nosotros tácito y Nosotros explícito)

Tipo de pronombre plural						
	EPE	ECR	CON	EPE	ECR	CON
Pac	N. Tácito	N. Tácito	N. Tácito	N. Explícito	N. Explícito	N. Explícito
1	4.49	1.74	17.95	0.82	0.00	1.71
2	1.61	1.49	6.85	0.92	0.00	1.37
3	0.00	0.00	16.00	0.00	0.00	2.22
4	0.00	24.69	12.97	0.00	0.00	2.51
5	1.41	1.08	1.37	0.00	0.65	0.00
6	0.00	1.17	0.00	0.00	0.00	0.00
7	0.00	2.33	4.71	0.00	0.00	0.00
8	0.59	0.65	11.11	0.00	0.00	1.15
9	0.36	0.00	15.18	0.00	0.00	5.84
10	1.52	0.78	8.02	0.00	0.00	0.00
11	0.00	1.02	8.57	0.00	0.00	0.82
12	1.03	0.88	9.63	0.52	0.00	0.74
13	0.00	0.00	18.90	0.00	0.00	2.39
14	0.00	1.15	9.74	0.00	0.00	1.95
15	0.00	5.47	4.35	0.00	0.00	0.43
16	4.88	21.71	2.13	0.00	0.00	0.71
17	0.00	11.01	4.72	0.00	1.83	0.00
18	0.00	9.09	S/I	0.00	0.00	S/I
19	0.97	1.44	S/I	0.00	0.00	S/I
20	0.00	0.00	S/I	0.00	0.00	S/I
21	0.00	4.35	S/I	0.00	0.00	S/I
22	0.46	0.00	S/I	0.92	0.66	S/I
23	0.00	3.85	S/I	0.00	0.64	S/I
24	0.00	0.92	S/I	0.00	0.00	S/I
25	4.82	0.00	S/I	0.00	0.00	S/I
26	0.93	0.00	S/I	0.00	0.00	S/I
27	0.00	3.91	S/I	0.00	0.00	S/I
28	0.00	0.00	S/I	0.00	0.00	S/I
29	0.00	2.63	S/I	0.00	0.00	S/I
30	5.17	0.00	S/I	0.00	0.00	S/I
31	1.67	0.00	S/I	0.28	0.00	S/I

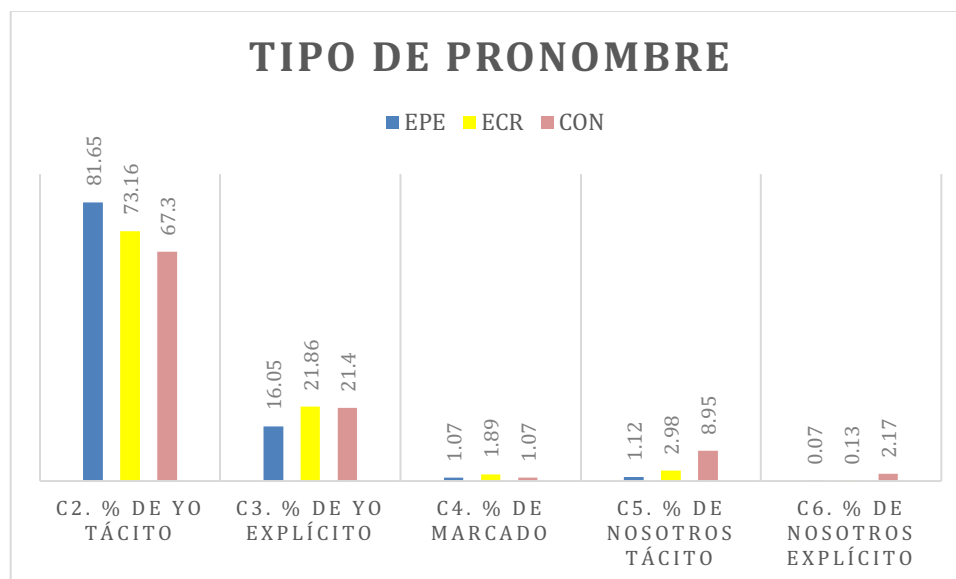
32	7.14	0.00	S/I	0.00	0.00	S/I
33	0.00	0.00	S/I	0.00	0.00	S/I
34	S/I	0.00	S/I	S/I	0.00	S/I
Prom	1.12	2.98	8.95	0.10	0.11	1.28
Var	3.64	32.99	33.56	0.07	0.13	2.17
DES	1.91	5.74	5.79	0.27	0.36	1.47

Fuente: elaboración propia.

En las Tabla 23 y 24 están expuestas detalladamente las 5 sub-hipótesis referentes al Tipo de Pronombre para los 33 pacientes EPE, los 34 CRE y los 17 CON. En ella se observa los porcentajes de las oraciones con Yo Tácito, Yo Explícito, Marcado, Nosotros Tácito y Explícito que cada paciente y persona sin patologías utilizaron. Por ejemplo, el discurso del paciente 1 del grupo EPE estuvo conformado por 53.27 % de oraciones con Yo tácito, 39.59 % de Yo explícito y 1.84 % de oraciones marcadas. El 5.31 % restante corresponde a las oraciones que utilizó en plural.

Rápidamente resalta que el uso del pronombre Yo de forma tácita fue más favorecido por todos los grupos con el 81.65 %, 73.16 % y 67.30 % respectivamente. Esto se resume en el Gráfico 4.

Gráfico 4: Sub-hipótesis lingüísticas sobre el Tipo de pronombre



Fuente: elaboración propia.

1. En C2 se esperaba que el uso de yo tácito fuera mayor en el grupo EPE, menor en el grupo CRE y aún menor en el grupo CON.
2. En C3 se esperaba que el uso de yo explícito fuera mayor en el grupo EPE, menor en el grupo CRE y aún menor en el grupo CON.
3. En C4 se esperaba que el que el uso de oraciones marcadas fuera mayor en el grupo CRE respecto a los otros dos grupos.
4. En C5 se esperaba que el que el uso de nosotros tácito fuera menor en el grupo CRE respecto a los otros dos grupos.
5. En C6 se esperaba que el que el uso de nosotros explícito fuera menor en el grupo CRE respecto a los otros dos grupos.

De estas 5 sub-hipótesis, 4 tuvieron significación estadística: la C2, C3, C5 y C6, aunque la C5 y la C6 arrojaron resultados inesperados: el uso de nosotros tácito y explícito aumentó con la cronicidad de la enfermedad y aumentó aún más cuando no hubo patología.

Lo anterior se debe a que, desde el diseño de las entrevistas que se aplicaron al grupo control, se hicieron preguntas donde las respuestas necesariamente implicaron el uso de la primera persona del plural (“¿y te considerai una persona de muchos amigos o pocos amigos?”, “¿y qué haceh normalmente con esoh amigoh?”, “¿erís tu una persona de pocos o muchos amigos?”). Debido a este sesgo metodológico se decidió no trabajar con estas sub-hipótesis.

El tercer tema (Uso del Pronombre) quedó conformado por las siguientes sub-hipótesis:

C7. El porcentaje de empleo de yo-sujeto es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C8. El porcentaje de empleo de yo-objeto es menor en el primer episodio de la esquizofrenia, aumenta en el periodo crónico y aumenta aún más en la ausencia de patología.

Tabla 25: Porcentaje de oraciones referentes al Uso del Pronombre

Uso del pronombre

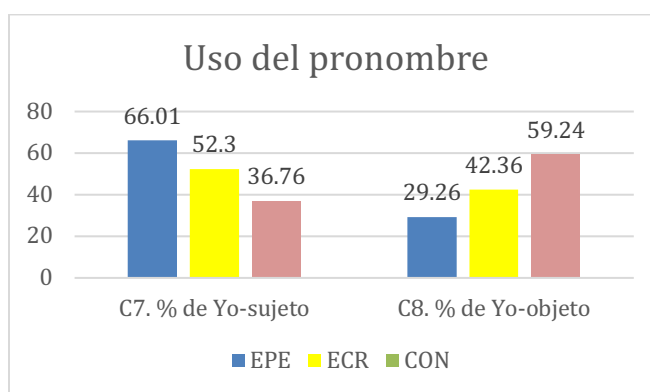
	EPE	ECR	Controles	EPE	ECR	Controles
Pac	Yo Sujeto	Yo Sujeto	Yo Sujeto	Yo Objeto	Yo Objeto	Yo Objeto
1	60.61	35.65	35.47	34.08	47.83	63.25
2	50.80	47.76	40.18	44.83	41.79	57.53
3	79.31	61.06	35.56	18.01	23.08	59.11
4	79.07	41.36	23.85	20.93	54.94	71.13
5	69.01	50.00	54.11	30.99	43.51	42.47
6	56.64	32.68	17.42	38.05	62.26	80.84
7	85.71	46.18	42.41	12.24	49.83	49.74
8	61.54	60.19	29.12	36.69	35.60	68.97
9	61.73	57.89	39.30	37.18	36.84	55.25
10	61.98	48.84	48.77	32.70	50.39	51.23
11	88.24	36.73	48.16	8.82	61.22	48.16
12	72.16	73.68	62.22	22.16	24.56	35.56
13	81.52	72.37	31.58	15.22	25.66	66.03
14	68.25	41.92	25.32	28.57	52.31	64.29
15	76.09	36.86	21.74	19.57	57.66	70.00
16	63.41	75.19	43.26	24.39	21.71	54.61
17	57.00	66.06	26.42	30.00	27.52	68.87
18	55.75	42.42	S/I	42.92	46.97	S/I
19	64.08	65.87	S/I	32.04	28.85	S/I
20	62.26	36.67	S/I	35.85	63.33	S/I
21	78.85	60.87	S/I	15.38	32.61	S/I
22	61.93	29.61	S/I	27.98	64.47	S/I
23	52.17	44.87	S/I	41.30	48.08	S/I
24	70.87	59.45	S/I	21.36	35.48	S/I
25	51.81	36.36	S/I	39.76	59.09	S/I
26	62.04	41.43	S/I	28.70	48.57	S/I
27	79.17	42.19	S/I	18.06	48.44	S/I
28	76.60	48.07	S/I	23.40	43.09	S/I
29	65.15	64.47	S/I	25.76	34.21	S/I
30	37.07	61.02	S/I	62.93	38.98	S/I
31	53.06	62.50	S/I	37.50	35.23	S/I
32	64.29	59.62	S/I	35.71	40.38	S/I
33	70.00	61.19	S/I	22.50	35.82	S/I
34	S/I	77.14	S/I	S/I	20.00	S/I
Prom	66.01	52.30	36.76	29.26	42.36	59.24
Var	130.05	181.21	150.52	123.63	164.38	134.88

DES	11.40	13.46	12.27	11.12	12.82	11.61
-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Fuente: elaboración propia.

Los datos que se exponen en la Tabla 25 refieren al uso que cada grupo le dio al pronombre Yo en su discurso. Por ejemplo, el paciente 1 del grupo EPE utilizó el Yo-sujeto en el 60.61 % de sus oraciones y el Yo-objeto en el 34.08 % de sus oraciones. El 5.31 % restante corresponde a oraciones en las que no se pudo determinar a qué uso estaba haciendo referencia el paciente (categoría “Contable” de los Apéndices C, D y E). La representación gráfica de lo anterior quedó así:

Gráfico 5: Sub-hipótesis lingüísticas sobre el Uso de pronombre



Fuente: elaboración propia.

1. En C7 se esperaba que el uso de Yo-Sujeto disminuyera a medida que la enfermedad se hace crónica y que disminuyera aún más cuando no hay patología.
2. En C8 se esperaba que el uso de Yo-objeto aumentara a medida que la enfermedad se vuelve crónica y está controlada y aumentara más cuando no hay patología.

Además de que los resultados de las 2 sub-hipótesis presentadas fueron los esperados, también tuvieron significación estadística. Aunado a esto, con la prueba de Tukey se demostró que las diferencias se mantenían entre todos los grupos.

El cuarto tema (Rol temático) quedó conformado por las siguientes sub-hipótesis:

- C9. El porcentaje de uso del rol temático “agente” es mayor en sujetos control, menor en el periodo crónico y aún menor en el primer episodio de la esquizofrenia.

C10. El porcentaje de uso del rol temático “experimentador” es mayor en pacientes de primer episodio, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

C11. El porcentaje de uso del rol temático “paciente” es mayor en pacientes de primer episodio, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.

Tabla 26: Porcentaje de oraciones referentes al Rol temático

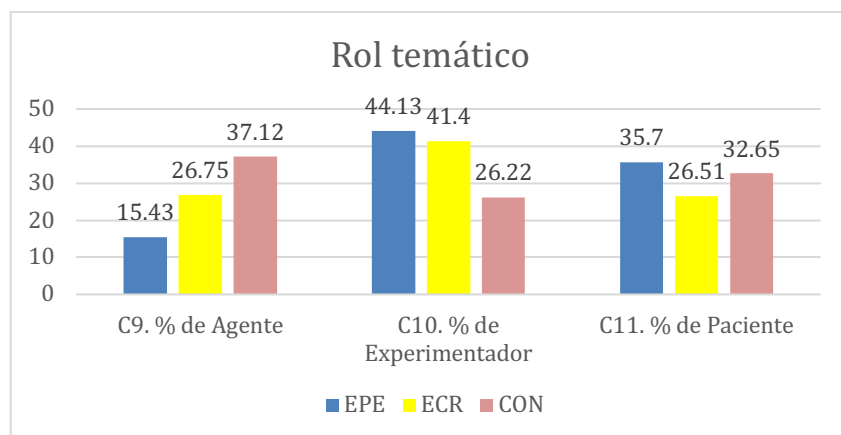
Rol temático									
	EPE	ECR	Control	EPE	ECR	Control	EPE	ECR	Control
Pac	Agente	Agente	Agente	Exper.	Exper.	Exper.	Paciente	Paciente	Paciente
1	22.86	20.00	41.45	47.14	22.61	26.07	24.69	40.87	31.20
2	23.91	23.88	36.07	32.64	34.33	21.92	39.08	31.34	39.73
3	9.96	15.87	36.89	52.11	50.48	16.00	35.25	17.79	41.78
4	11.63	50.00	46.03	50.00	32.10	18.83	38.37	14.20	30.13
5	12.68	26.41	28.08	60.56	40.69	34.93	26.76	26.41	33.56
6	9.73	40.86	45.99	32.74	25.29	13.24	52.21	28.79	39.02
7	6.12	25.91	36.65	40.82	38.21	34.55	51.02	31.89	20.94
8	15.38	22.33	44.06	43.79	43.69	20.69	39.05	29.77	33.33
9	16.61	25.00	41.25	42.60	48.68	28.40	39.71	21.05	24.90
10	17.11	38.76	30.25	38.40	37.21	39.51	39.16	23.26	30.25
11	8.82	47.45	26.12	70.59	30.10	39.18	17.65	20.41	31.02
12	9.79	14.91	23.70	55.15	58.77	43.70	29.38	24.56	30.37
13	8.70	5.92	39.71	47.83	69.08	14.59	40.22	23.03	43.30
14	14.29	37.69	34.42	38.10	38.85	20.13	44.44	17.69	35.06
15	8.70	36.50	43.91	69.57	33.21	15.65	17.39	24.82	32.17
16	19.51	17.05	35.46	48.78	68.99	39.01	19.51	10.85	23.40
17	21.00	19.27	41.04	33.00	64.22	19.34	33.00	10.09	34.91
18	18.58	30.30	S/I	43.81	37.88	S/I	36.28	21.21	S/I
19	19.42	16.83	S/I	43.69	51.92	S/I	33.01	25.96	S/I
20	16.98	36.67	S/I	43.40	23.33	S/I	37.74	40.00	S/I
21	8.65	19.57	S/I	44.23	47.83	S/I	41.35	26.09	S/I
22	18.81	38.16	S/I	41.74	21.05	S/I	29.36	34.87	S/I
23	10.87	31.41	S/I	8.70	39.10	S/I	73.91	22.44	S/I
24	13.59	21.66	S/I	58.25	45.62	S/I	20.39	27.65	S/I
25	31.33	45.45	S/I	42.17	36.36	S/I	18.07	13.64	S/I
26	19.44	14.29	S/I	35.19	35.71	S/I	36.11	40.00	S/I
27	4.17	25.78	S/I	48.61	33.59	S/I	44.44	31.25	S/I

28	19.15	25.41	S/I	48.94	30.39	S/I	31.91	35.36	S/I
29	7.58	26.32	S/I	39.39	30.26	S/I	43.94	42.11	S/I
30	33.62	15.25	S/I	24.14	50.85	S/I	42.24	33.90	S/I
31	22.22	21.59	S/I	39.72	53.41	S/I	28.61	22.73	S/I
32	14.29	32.69	S/I	64.29	50.00	S/I	21.43	17.31	S/I
33	13.75	26.12	S/I	26.25	35.07	S/I	52.50	35.82	S/I
34	S/I	14.29	S/I	S/I	48.57	S/I	S/I	34.29	S/I
Pro m	15.43	26.75	37.12	44.13	41.40	26.22	35.70	26.51	32.65
Var	46.23	113.44	46.97	159.54	156.37	104.49	145.65	75.20	37.79
DES	6.80	10.65	6.85	12.63	12.50	10.22	12.07	8.67	6.15

Fuente: elaboración propia.

Los datos que muestra la Tabla 26 indican que el rol temático más utilizado por los grupos con pacientes esquizofrénicos fue el “Experimentador” con un 44.13 % en el grupo de primer episodio y un 41.40 % en el grupo crónico. Por su parte, el grupo control utilizó más el rol de “Agente” con un 37.12 %. Los promedios de cada categoría se resumen a continuación.

Gráfico 6: Sub-hipótesis lingüísticas sobre el Rol temático



Fuente: elaboración propia.

1. En C9 se esperaba que el rol Agente se usara menos en el grupo EPE, más en el grupo CRE y aún más en el grupo CON.
2. En C10 se esperaba que el rol Experimentador se usara más en el grupo EPE, más en el grupo CRE y aún más en el grupo CON.
3. En C11 se esperaba que el rol Paciente se usara más en el grupo EPE, más en el grupo CRE y aún más en el grupo CON.

Aunque hubo significancia estadística, en C11 los resultados no fueron los esperados; es decir, se esperaba que el uso del rol temático “Paciente” disminuyera cuando la enfermedad no estaba presente. Resultó lo contrario; aumentó dicho uso. En lo que respecta a la prueba de Tukey las diferencias de todos los grupos se mantuvieron estables en “Agente”. En “Experimentador” hubo diferencia significativa entre PEE y CON; y ECR y CON. La diferencia entre PEE y CRE no fue significativa. En “Paciente” solo hubo diferencia significativa entre PEE y CRE.

El quinto tema (Comportamiento del verbo) quedo conformado por las siguientes sub-hipótesis que se exponen en las Tablas 27 y 28:

C12. El porcentaje de uso de oraciones en pasado es menor en el primer episodio de la esquizofrenia, aumenta cuando la esquizofrenia se hace crónica y aumenta aún más cuando no hay patología.

C13. El porcentaje de uso de oraciones en presente es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, disminuye en el periodo crónico y disminuye aún más con la ausencia de patología.

C14. El porcentaje de uso de oraciones en futuro es mayor en la esquizofrenia crónica, y disminuye en el primer episodio y en la ausencia de la enfermedad.

C15. El porcentaje de uso de oraciones en condicional es menor en el primer episodio de la esquizofrenia, aumenta cuando la esquizofrenia se hace crónica y aumenta aún más cuando no hay patología.

C16. El porcentaje de uso del modo indicativo del verbo es mayor en Pacientes de primer episodio, menor en pacientes crónicos y mayor en sujetos control

C17. El porcentaje de uso del modo subjuntivo del verbo es mayor en Pacientes de primer episodio, menor en pacientes crónicos y mayor en sujetos control.

Tabla 27: Porcentaje de oraciones en pasado, presente, futuro y condicional referentes al Comportamiento del verbo

Tiempo verbal												
	EPE	ECR	Con	EPE	ECR	Con	EPE	ECR	Con	EPE	ECR	Con
Pac	Pdo.	Pdo.	Pdo	Pres	Pres	Pres	Fut	Fut	Fut	Cond	Cond	Cond

1	49.80	56.96	40.17	43.06	23.48	55.98	0.41	2.17	0.85	1.43	0.87	1.71
2	44.83	37.31	33.33	46.90	47.76	58.90	1.84	4.48	2.74	2.07	0.00	2.74
3	40.23	37.98	31.11	57.09	45.19	60.89	0.00	0.00	0.89	0.00	0.96	1.78
4	32.56	52.47	43.10	67.44	41.36	45.61	0.00	0.62	0.42	0.00	1.85	5.86
5	28.17	55.19	21.92	70.42	37.23	69.86	1.41	0.22	0.00	0.00	0.87	4.79
6	69.91	57.20	51.22	23.89	33.46	44.95	0.88	2.72	0.00	0.00	1.56	2.09
7	34.69	32.89	38.74	63.27	56.81	46.60	0.00	3.99	0.00	0.00	2.33	6.81
8	47.93	25.24	52.11	46.75	69.90	41.38	1.78	0.32	0.77	1.78	0.32	3.83
9	38.99	44.74	29.96	59.57	48.68	59.14	0.00	0.00	0.39	0.36	1.32	5.06
10	38.40	67.44	26.54	56.27	29.46	63.58	0.00	1.55	1.23	0.00	0.78	8.64
11	73.53	38.78	40.82	23.53	56.63	51.43	0.00	1.02	0.00	0.00	1.53	4.08
12	40.72	21.93	23.70	52.58	73.68	73.33	0.52	0.88	0.00	0.52	1.75	0.74
13	34.78	36.84	53.83	61.96	56.58	39.95	0.00	4.61	0.00	0.00	0.00	3.83
14	28.57	82.31	42.86	68.25	11.54	39.61	0.00	0.38	0.65	0.00	0.00	6.49
15	17.39	43.43	60.87	78.26	49.64	29.57	0.00	0.73	0.87	0.00	0.73	0.43
16	29.27	25.58	44.68	53.66	58.14	43.26	2.44	12.40	2.84	2.44	0.78	7.09
17	46.00	25.69	39.62	40.00	62.39	54.25	0.00	5.50	0.00	1.00	0.00	1.42
18	57.08	43.94	S/I	40.27	42.42	S/I	1.33	3.03	S/I	0.00	0.00	S/I
19	27.18	44.23	S/I	68.93	44.23	S/I	0.00	3.85	S/I	0.00	2.40	S/I
20	81.13	33.33	S/I	16.98	50.00	S/I	0.00	3.33	S/I	0.00	13.33	S/I
21	10.58	34.78	S/I	82.69	57.61	S/I	0.00	0.00	S/I	0.96	1.09	S/I
22	36.24	46.71	S/I	52.75	46.71	S/I	0.92	0.66	S/I	0.00	0.00	S/I
23	8.70	28.21	S/I	80.43	53.85	S/I	2.17	10.26	S/I	2.17	0.64	S/I
24	23.30	67.74	S/I	66.99	27.19	S/I	0.97	0.00	S/I	0.97	0.00	S/I
25	18.07	36.36	S/I	68.67	54.55	S/I	3.61	0.00	S/I	1.20	4.55	S/I
26	25.93	31.43	S/I	62.04	55.71	S/I	0.00	2.86	S/I	2.78	0.00	S/I
27	16.67	25.78	S/I	79.17	60.16	S/I	0.00	4.69	S/I	1.39	0.00	S/I
28	48.94	29.28	S/I	51.06	60.77	S/I	0.00	1.10	S/I	0.00	0.00	S/I
29	25.76	7.89	S/I	65.15	90.79	S/I	0.00	0.00	S/I	0.00	0.00	S/I
30	29.31	15.25	S/I	67.24	83.05	S/I	1.72	1.69	S/I	1.72	0.00	S/I
31	47.78	14.77	S/I	41.39	82.95	S/I	0.83	0.00	S/I	0.56	0.00	S/I
32	35.71	11.54	S/I	64.29	84.62	S/I	0.00	3.85	S/I	0.00	0.00	S/I
33	33.75	29.85	S/I	58.75	61.19	S/I	0.00	1.49	S/I	0.00	4.48	S/I
34	S/I	18.57	S/I	S/I	78.57	S/I	S/I	0.00	S/I	S/I	0.00	S/I
Prom	37.03	37.11	39.68	56.96	54.01	51.66	0.63	2.31	0.69	0.65	1.24	3.96
Var	280.6	285	121	262	329	138.5	0.86	8.18	0.79	141.5	63.82	37.87
DES	16.75	16.88	11.00	16.19	18.14	11.77	0.93	2.86	0.89	0.87	2.44	2.45

Fuente: elaboración propia.

Tabla 28: Porcentaje de oraciones en modo indicativo y subjuntivo referentes al Comportamiento del verbo

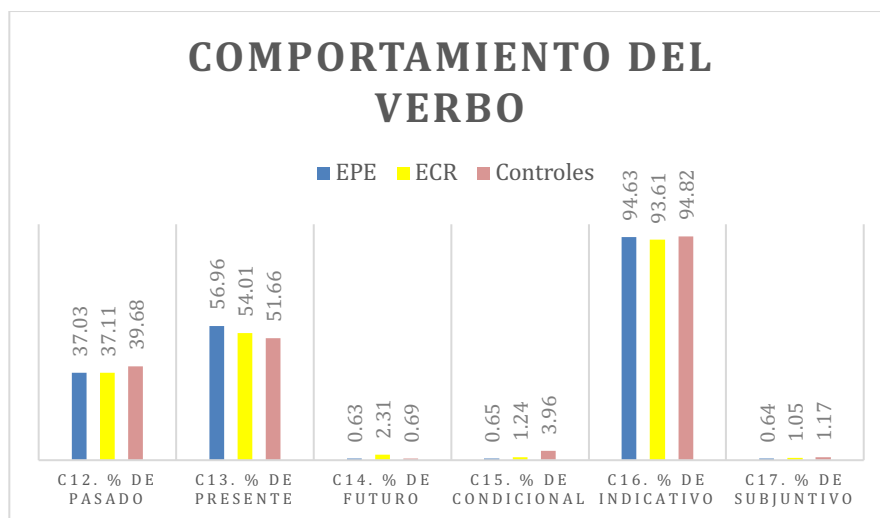
Modo del verbo						
	EPE	ECR	CON	EPE	ECR	CON
Pac	Indicativo	Indicativo	Indicativo	Subjuntivo	Subjuntivo	Subjuntivo
1	92.65	82.17	98.29	2.04	1.30	0.43
2	94.71	89.55	95.43	0.92	0.00	2.28
3	97.32	82.21	94.22	0.00	1.92	0.44
4	100.00	95.06	93.72	0.00	1.23	1.26
5	98.59	93.29	95.21	1.41	0.22	1.37
6	92.92	93.00	98.26	1.77	1.95	0.00
7	97.96	94.02	91.62	0.00	1.99	0.52
8	97.04	93.20	96.55	1.18	2.59	1.53
9	97.83	94.74	91.44	1.08	0.00	3.11
10	94.68	99.22	99.38	0.00	0.00	0.62
11	97.06	95.92	95.10	0.00	2.04	1.22
12	93.81	97.37	96.30	0.52	0.88	1.48
13	95.65	97.37	97.37	1.09	0.66	0.24
14	95.24	93.85	87.66	1.59	0.38	1.95
15	95.65	94.53	91.30	0.00	0.00	0.43
16	87.80	96.90	95.74	0.00	0.00	2.13
17	87.00	92.66	94.34	0.00	0.92	0.94
18	98.23	89.39	S/I	0.44	0.00	S/I
19	95.15	91.35	S/I	0.97	3.37	S/I
20	98.11	96.67	S/I	0.00	3.33	S/I
21	93.27	93.48	S/I	0.96	0.00	S/I
22	89.91	94.08	S/I	0.00	0.00	S/I
23	91.30	91.03	S/I	2.17	1.92	S/I
24	90.29	94.01	S/I	1.94	0.92	S/I
25	91.57	95.45	S/I	0.00	0.00	S/I
26	90.74	90.00	S/I	0.00	0.00	S/I
27	97.22	89.84	S/I	0.00	0.78	S/I
28	100.00	91.16	S/I	0.00	0.00	S/I
29	89.39	97.37	S/I	1.52	1.32	S/I
30	99.14	98.31	S/I	0.86	1.69	S/I
31	90.00	94.32	S/I	0.56	3.41	S/I
32	100.00	100.00	S/I	0.00	0.00	S/I
33	92.50	97.01	S/I	0.00	0.00	S/I
34	S/I	94.29	S/I	S/I	2.86	S/I
Prom	94.63	93.61	94.82	0.64	1.05	1.17
Var	141.54	63.82	37.87	141.54	63.82	37.87

DES	3.71	3.99	3.01	0.73	1.13	0.85
-----	------	------	------	------	------	------

Fuente: elaboración propia.

Los resultados de estas tablas indican el comportamiento verbal en el discurso de los 3 grupos ya mencionados. En la 27 se ve claramente que el tiempo verbal más utilizado fue el presente, mientras que la 28 muestra que el modo del verbo más utilizado fue el indicativo. Los promedios unificados de ambas tablas se exponen en el Gráfico 7.

Gráfico 7: Comportamiento del verbo



Fuente: elaboración propia.

El gráfico 7 muestra que los resultados de las sub-hipótesis C14 y C15 fueron los esperados y tuvieron relevancia estadística. De acuerdo con la prueba de Tukey en el tiempo verbal “Futuro” existió diferencia significativa entre EPE y ECR; y entre CRE y CON. No fue así entre EPE y CON.

Las demás sub-hipótesis fueron falsas. Sin embargo, C15 tuvo el mismo problema que las sub-hipótesis sobre la primera persona del plural. Las preguntas estaban sesgadas para que en la respuesta se construyera con verbos condicionales (“¿y perdonaría una infidelidad a tu polola?”, “y si jugarai al Kino alguna vez y ganarai/ ¿qué haría con ese premio/ grande?”, “¿te gusta vivir en Santiago o preferiría vivir en alguna provincia?”). Por lo tanto, tampoco se trabajó con esta sub-hipótesis.

La información hasta aquí presentada se expuso dividida en las 3 hipótesis que emergieron de cada perspectiva (filosófica, psiquiátrica y lingüística). A su vez, de cada perspectiva surgieron sub-hipótesis que estaban orientadas a determinar el comportamiento del discurso esquizofrénico en primera persona en cuanto a su forma y su contenido. Para lograr este objetivo se utilizó un método comparativo en el que se aplicaron las mismas pruebas a pacientes que estaban iniciado sus primeras etapas en la esquizofrenia, a pacientes que ya llevaban varios años con esta enfermedad y a un grupo de personas que no tenían ninguna patología mental.

Se buscaba que los resultados de cada prueba arrojaran diferencias entre cada grupo para poner a prueba las afirmaciones psiquiátricas, filosóficas y lingüísticas acerca de la ruptura del “yo” en la esquizofrenia y el uso distinto de la primera persona en el discurso que emana de esta enfermedad. Y, efectivamente, existen muchas diferencias valiosas que no solo hablan sobre el lenguaje esquizofrénico, sino del lenguaje humano en general. Estas diferencias son las hipótesis que resultaron verdaderas y se exponen en la Tabla 29.

Tabla 29: Sub-hipótesis verdaderas de la investigación

Sub-hipótesis psiquiátricas
En B4 se esperaba que el grupo EPE tuviera menos delirios de “Mundos posibles” que el grupo CRE.
En B7 se esperaba que el grupo EPE tuviera menos desorden de pensamiento que el grupo CRE.
En B8 se esperaba que el grupo EPE tuviera menos fenómenos lingüísticos que el grupo CRE.
Sub-hipótesis lingüísticas
C2. El porcentaje de empleo de la primera persona como pronombre tácito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.
C3. El porcentaje de empleo de la primera persona como pronombre explícito es mayor en el primer episodio de la esquizofrenia, menor en el periodo crónico y aún menor en la ausencia de patología.
En C7 se esperaba que el uso de Yo-Sujeto disminuyera a medida que la enfermedad se hace crónica y que disminuyera aún más cuando no hay patología.
En C8 se esperaba que el uso de Yo-objeto aumentara a medida que la enfermedad se vuelve crónica y está controlada y aumentara más cuando no hay patología.
En C9 se esperaba que el rol Agente se usara menos en el grupo EPE, más en el grupo CRE y aún más en el grupo CON.
En C10 se esperaba que el rol Experimentador se usara más en el grupo EPE, más en el grupo CRE y aún más en el grupo CON
En C11 se esperaba que el rol Paciente se usara más en el grupo EPE, más en el grupo CRE y aún más en el grupo CON.
En C14 se esperaba que el grupo que el grupo ECR usara el tiempo verbal “Futuro” más que los otros 2 grupos.

Fuente: elaboración propia.

De las 29 sub-hipótesis planteadas, 15 de ellas resultaron falsas. Este hecho habla de las limitaciones teórico-metodológicas en la presente tesis que emana desde las ciencias del

lenguaje. Lo que se observa es que las perspectivas filosófica y psiquiátrica fueron las que más resultados falsos tuvieron, mientras que la lingüística obtuvo una mayor cantidad de resultados verdaderos. Sin embargo 11 de estas sub-hipótesis resultaron verdaderas. Por tales motivos, estos son los resultados que se analizarán a profundidad en el siguiente apartado para explicar su significado en el contexto del lenguaje esquizofrénico.

5.2 Análisis de resultados

El estudio del lenguaje esquizofrénico es un fenómeno que ha sido observado desde que la locura estuvo presente en las primeras civilizaciones humanas. Uno de los primeros registros sobre el tema tiene más 2670 años de antigüedad y proviene de Mesopotamia (López, 2006). Aunque las personas que escribieron estos primeros textos no se enfocaron en el habla, no es difícil imaginar que sí notaron algunos rasgos extraños en el comportamiento verbal de los sujetos que ellos creían que estaban poseídos por demonios.

Estos rasgos son los que se siguen notando en los pacientes que padecen la ahora llamada esquizofrenia. Sin embargo, hasta ahora no se ha encontrado aquella característica peculiar del lenguaje esquizofrénico. El objetivo general de esta tesis fue aportar con el estudio del funcionamiento de la primera persona en el discurso de los pacientes; es decir, determinar si **el uso de las oraciones en primera persona es una característica de la ruptura del “yo” en la esquizofrenia.**

Los resultados que se presentaron en el apartado anterior alcanzan para afirmar que, efectivamente, las personas con esquizofrenia utilizan de forma distinta el pronombre la primera persona gramatical. Sin embargo ¿es este uso una característica del lenguaje esquizofrénico?, y si lo es ¿qué implicaciones tienen dichos resultados en la comprensión de la enfermedad y del lenguaje en general? El propósito de los siguientes apartados es hacer un análisis profundo de las sub-hipótesis de cada una de las perspectivas para dar respuestas a las preguntas planteadas.

Para ello, en cada uno de los siguientes 3 apartados se comentarán las sub-hipótesis que no se cumplieron, profundizando en las razones de este hecho, en las limitaciones que se

encontraron y en algunas observaciones para evitar estos problemas a futuro. Por último, se hará un análisis de las sub-hipótesis verdaderas, se comentarán los resultados más importantes y explicarán los patrones que emergieron de ellos.

5.2.1 Análisis de las Sub-hipótesis filosóficas

La primera hipótesis con la que se trabajó fue la psiquiátrica: “El discurso del psiquiatra y la sociedad afectan al del paciente a medida que avanza la enfermedad.” En la Tabla 30 se exponen nuevamente las sub-hipótesis que emergieron de ella.

Tabla 30: Sub-hipótesis filosóficas falsas

Categoría	Promedios	
	EPE	ECR
A1. % de Subjetivación Institucional	3.17	3.29
A2. % de Subjetivación personal	3.87	1.27
A3. % de Auto estigma	2.37	1.03

Fuente: elaboración propia.

Lo que se buscaba verificar era si los pacientes, con el tiempo, iban adquiriendo marcas discursivas que indicaran que su discurso se ve afectado por el tratamiento psiquiátrico y su interacción con la sociedad. En otras palabras, que, debido, a la constante interacción con especialistas de la salud mental y su entorno social, el paciente eventualmente empezará a hablar de su enfermedad como algo que lo define; que lo subjetiva.

Como ya se discutió la subjetivación es un concepto que viene directamente de la teoría foucaultiana. Refiere a la forma en la que una autoridad o institución (poder) utiliza el discurso para quitarle la individualidad a una persona y definirla de acuerdo con ciertas necesidades. Por otro lado, también se puede hablar de la subjetivación personal en la que una persona que ha sido sujeta por el discurso utiliza estrategias para liberarse y definirse a ella misma conforme a sus propias condiciones. Asimismo, como ya se había mencionado, la sociedad tiene un peso en la vida diaria del paciente lo genera auto-estigma en su discurso. Con esto en mente no resultó raro encontrar en el corpus oraciones como las siguientes:

Tabla 31: Subjetivación y auto-estigma en el lenguaje esquizofrénico

Subjetivación Institucional	Subjetivación Personal	Auto-estigma
o sea yo estoy acá por algo patológico mas bien dicho, no por algo judicial,	me escape del siquiatra de Temuco	es que ahora tengo como vergüenza
yo antes, antes, antes tenia como un poco de delirio de persecución	Voy a dejar la marihuana y de beber a ver si me puedo solucionar	me dominaba mi negatividad
tenia paranoia y tenia un conjunto de cosas que más allá	tengo como una cábala... para saber si es ver...si es verdad lo que estoy pensando	no estoy con ellos porque no quiero que me encuentren tonta
le dije que tenía un trastorno afectivo bipolar y una epilepsia	Me metí a teatro y a piano	porque soy bastante insegura
	... si no estoy tan loca	
Me electrocutó	cuando estoy en periodo de angustia me da por escribir salmos	es que yo tengo vergüenza de mostrar mis pies y mis manos
Yo creo que a mi no más porque es esquizofrenia...	una prueba concreta de que nunca he sido esquizofrénico.	de idiota que soy
tengo miedo a los electroshock	pero yo no hago eso porque yo me quiero a mi mismo	a la gente no le gustaba yo

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la Tabla 31, se podría decir que los 3 tipos de oraciones de los pacientes se diferencian entre sí por su optimismo. En las oraciones de subjetivación institucional los pacientes hablan de su experiencia con la enfermedad y cómo está se marca en su discurso con tecnicismos, diagnósticos y terapias. Las de subjetivación personal muestran una lucha en contra de la enfermedad y sus síntomas, e incluso en contra del diagnóstico utilizando terapias o estrategias personales.

Como ya se mencionó, se buscó determinar si aquellas afirmaciones hechas por Foucault (1990, 2001, 2005, 2007) sobre la subjetivación institucional y subjetivación personal se podían localizar en el discurso en primera persona realizado por pacientes con esquizofrenia. La presente investigación no alcanzó para determinar si esto era cierto o falso. Sin embargo, sí resulta importante mencionar lo siguiente.

1. El estudio de la primera persona resultó insuficiente para analizar temas tan complejos como la incidencia del discurso ajeno en el individual.
2. Con relación a lo anterior, la subjetivación es un concepto en el que influyen las relaciones de poder y en esta investigación solo se trataron 2 focos de poder, el del psiquiatra y el del paciente. Aparentemente esto sería suficiente, pero como se desarrolló en la teoría, son más los focos de poder que intervienen en la enfermedad mental (gobierno, sociedad, medios de comunicación, etc.)

3. Una situación similar ocurre con el tema del auto-estigma. Al ser un tema social el diseño del instrumento de la investigación no alcanzó para determinar si los pacientes crónicos tienen más auto-estigma que los pacientes de primer episodio.

En los siguientes apartados se hará una revisión más minuciosa que la anterior de la perspectiva psiquiátrica y la lingüística. Esto debido a que en dichas perspectivas hubo mayor cantidad de sub-hipótesis verdaderas y las que resultaron falsas no se enfrentaron a los mismos problemas que se acaban de comentar.

5.2.2 Análisis de las Sub-hipótesis psiquiátricas

La hipótesis que emergió de la revisión de las teorías psiquiátricas acerca de la esquizofrenia fue que **La ruptura del “yo” se manifiesta en el contenido de las oraciones en primera persona generadas por pacientes con esquizofrenia**. Esta hipótesis no es lo mismo que afirmar que los pacientes crónicos, al tener el “yo” más roto o mayor puntaje en la prueba PANSS, tendrían más delirios, alucinaciones, desorden de pensamiento y fenómenos lingüísticos en su discurso que los pacientes de primer episodio.

Es decir, aunque parece intuitivo, esta última afirmación no se cumple en todos los casos y esto se manifestará con mayor claridad en la revisión de las sub-hipótesis falsas (Tabla 32).

Tabla 32: Sub-hipótesis psiquiátricas falsas

Categoría	Promedios	
	EPE	ECR
B1. % de Todo Significa	2.21	0.85
B2. % de El mundo vs paciente	3.32	4.24
B3. % de Imagen corporal	7.87	4.32
B5. % de Alucinación Visual	0.78	1.86
B6. % de Alucinación Auditiva	8.89	1.86
B9. % de Daño auto infligido	0.97	1.39

Fuente: elaboración propia.

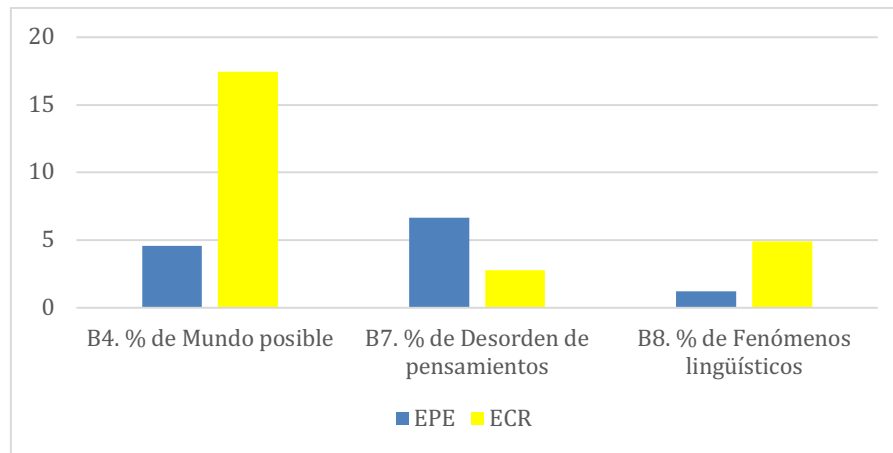
En la perspectiva psiquiátrica, las sub-hipótesis B1, B2, B3, B5, B6 y B9 resultaron falsas. Sin embargo, a pesar de que también en este rubro se reconocen algunas carencias teórico-metodológicas, el problema principal que se tuvo al analizar estas categorías fue la falta de participantes en los grupos. Es decir, de las 9 sub-hipótesis que se plantearon 6 resultaron falsas y 3 verdaderas, pero de esas 6 falsas, 3 tuvieron un margen de error estadístico ligeramente superior al que se fijó. En las sub-hipótesis B1, B3 y B5 se tuvo $P(T \leq t)$ una cola (una de las referencias que indica la significación estadística de las sub-hipótesis) de .07, .09 y .10 respectivamente, cuando el margen que se estableció fue de .05.

Esto quiere decir que estas sub-hipótesis estuvieron a muy poco de ser verdaderas. Con lo que es posible afirmar que, si los grupos analizados hubieran sido más grandes, la varianza entre los promedios habría sido menor y las sub-hipótesis habrían resultado verdaderas. No obstante, cabe señalar los siguientes puntos:

1. Las categorías de delirios que se definieron fueron muy generales. Se necesita repetir la prueba con delirios específicos definidos por teorías psiquiátricas específicas.
2. Lo anterior servirá para definir también qué se considerará como delirio o alucinación.
3. La revisión de las participaciones de los pacientes debe ser un trabajo multidisciplinario en el que participen psiquiatras y científicos del lenguaje.

Como ya se mencionó, un mayor puntaje en la escala PANSS no es sinónimo de un “yo” más roto, especialmente porque la esquizofrenia es una enfermedad errática que no se comporta de la misma forma en todos los casos. Esto se observa en los resultados de algunas de las sub-hipótesis que se trabajaron en la investigación. En este caso toca revisar las que resultaron verdaderas en la perspectiva psiquiátrica (Gráfico 8):

Gráfico 8: Sub-hipótesis psiquiátricas verdaderas



Fuente: elaboración propia.

B4. El porcentaje de uso de oraciones de mundos posibles es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B7. El porcentaje de desorden de pensamiento es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

B8. El porcentaje de fenómenos lingüísticos es mayor en Pacientes Crónicos que en Pacientes de Primer Episodio.

En la hipótesis B4 el grupo con esquizofrenia crónica tuvo un 17.46 % de participaciones donde se percibió que el paciente tuvo una creencia irracional de que existen múltiples realidades o posibilidades que coexisten en el mismo espacio y tiempo. Los delirios de ideación, de grandeza y los místicos son parte de los mundos posibles. Los pacientes de primer episodio tuvieron 4.57 % de participaciones de este tipo.

Esta es una de las categorías más generales de todas las psiquiátricas debido a que existieron muchas ocasiones en las que el paciente decía una cosa que contradecía a sus participaciones anteriores o posteriores y ocasiones en las que no se podía determinar si el paciente mentía o decía la verdad como en los siguientes ejemplos extraídos directamente del corpus y que pertenecen a distintos pacientes:

- a) Eh... no, no, no, no, si no, no tengo mayores problemas con mi familia, siempre nosotros nos llevamos bien...

- b) Andaba viendo una señora que es alemán con polaco, trabajaba en inint preso, inint y yo la fui a ver al arzobispado y yo venía con otras intenciones, como hombre, me entiende, sin embargo salieron dos pacos, dos carabineros como podría manifestar usted y me golpearon así, no me preguntaron “su carne joven” como que mi carne, golpe aquí, no, para que les dije y ahí me dijeron “como que para que” y ahí que aparecí en un siquiatico.
- c) Eh clases, tome clases de inint de joyería fina.

En “a” el paciente enuncia esa oración minutos después de que dijo: “quería botar toda mí energía, quería liberarme, quería estar libre y como uno de repente se equivoca de repente, se desquita con los seres queridos...”; es decir, el paciente tuvo tales problemas con su familia que tuvieron que llamar a las autoridades para hacerse cargo de él.

En “b” el paciente además de que ya había tenido problemas con las autoridades por su comportamiento en la vía pública, también mostró delirios en los que hablaba de personas europeas: “...no sé, que dice joven austríaco de Austria anduvo por las calles de Arica...”, “...las personas que iban de... de... de bueno las de gusto sobre el pueblo judío y sobre los franceses...”. El punto es que no se sabe si el individuo fue detenido injustamente como él lo manifiesta, por eso su testimonio se categorizó como un mundo posible.

Una situación similar ocurrió con “c”. Además de que la participación está cortada “inint”, no se puede determinar con exactitud si el paciente verdaderamente estudió joyería fina.

Las participaciones de este tipo representaron un pequeño porcentaje en la categoría de mundos posibles que, como se puede intuir, sirvió como una especie comodín para este tipo de testimonios. Asimismo, en esta categoría se encuentran participaciones que no se sabe si derivan de la enfermedad o de situaciones de la vida real:

- d) “yo puedo decir que yo danzo, que yo danzo al Señor cuando se manifiesta el espíritu santo de alabanza.”
- e) “yo/ creía que era un reptiliaaanoooo/ y que era un enviado de Dios/ que yo tocaba a las personas/ y según yo/ se sanaban.”

Por ejemplo “d” es un hecho que puede ser descrito por una persona sin patologías en un momento de euforia mística. Mientras que “e” claramente proviene de un delirio. No obstante, debido a que todos los pacientes estaban diagnosticados con esquizofrenia, participaciones como “d” se pusieron en la categoría “mundos posibles”.

Ahora bien, ya que se hicieron estas aclaraciones, toca profundizar sobre el comportamiento de la primera persona en las 3 categorías.

Tabla 33: Sub-hipótesis psiquiátricas verdaderas y su relación con la primera persona gramatical

Categoría general	Sub-categoría	Mundos posibles		Desorden de pensamiento		Fenómenos lingüísticos	
		EPE (102)	ECR (319)	EPE (87)	ECR (46)	EPE (13)	ECR (60)
		Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Tipo del pronombre	Yo tácito	65.69	63.01	86.21	76.09	76.92	65.00
	Yo explícito	28.43	31.03	13.79	21.74	15.38	31.67
Uso del pronombre	Yo objeto	27.45	30.09	6.90	15.22	15.38	38.33
	Yo sujeto	67.65	64.89	90.80	76.09	84.62	48.33
Rol temático	Agente	12.75	17.24	2.30	13.04	15.38	20.00
	Experimentador	54.90	56.74	73.56	56.52	53.85	45.00
	Paciente	27.45	21.00	21.84	21.74	30.77	21.67
C. verbal	Futuro	N/A	4.08	N/A	0.00	N/A	5.00

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 33 muestra una comparativa del porcentaje de uso de las 3 categorías en las que sus sub-hipótesis resultaron verdaderas. Entre paréntesis, junto a las iniciales de cada grupo está el número total de participaciones de cada categoría. Por ejemplo, el grupo de EPE tuvo 102 participaciones de mundos posibles de las cuales el 65.69 % se realizaron con Yo tácito.

No existen diferencias notables entre los 3 fenómenos psiquiátricos. El comportamiento de la primera persona se mantiene uniforme y de acuerdo con las hipótesis planteadas. Por lo tanto, si se consideran dichos fenómenos con relación al uso del pronombre yo los patrones empieza surgir:

1. En la esquizofrenia de primer episodio se utiliza más el Yo tácito, mientras que, en la crónica, se utiliza más el pronombre Yo de manera explícita.

2. La primera persona del plural en su forma tácita solo fue utilizada en la categoría de Mundos Posibles.
3. El uso del Yo objeto fue mayor en la esquizofrénica crónica y el de Yo sujeto en la de primer episodio.
4. Solo los pacientes crónicos utilizaron el tiempo verbal “Futuro”.
5. En todos los casos los roles temáticos más utilizados fueron el de experimentador y paciente.
6. En todos los casos se utilizó más el Yo tácito, el Yo sujeto y el rol temático “Experimentador”.

El punto 5 engloba muy bien el comportamiento de la primera persona y su relación con los fenómenos psiquiátricos. Como se vio con la sub-hipótesis C2, en la esquizofrenia de primer episodio se usa más el Yo tácito, su uso disminuye cuando la enfermedad se hace crónica y disminuye aún más cuando no hay patología. La misma situación sucede con el Yo sujeto y el rol temático “Experimentador”.

Estos resultados son importantes porque permiten vislumbrar características en las estructuras oracionales de los pacientes con esquizofrenia. Esta construcción de la identidad del paciente, como lo muestran los datos, es observable en distintas formas en el contenido de su discurso. Es decir, en los mundos posibles, en los desórdenes de pensamiento y en los fenómenos lingüísticos la identidad que los pacientes de primer episodio construyen por medio del Yo tácito es una que contiene el uso del Yo-sujeto y el rol temático de experimentador. Mientras que los pacientes con esquizofrenia crónica tienen una situación similar con el uso del Yo explícito, el Yo-objeto y el rol temático de agente.

5.2.3 Análisis de las Sub-hipótesis lingüísticas

Desde la perspectiva lingüística la hipótesis que se puso a prueba fue que **el uso del de las oraciones en primera es diferente en el discurso esquizofrénico y no patológico**. En este sentido es preciso señalar que sucedió la misma situación estadística que con las psiquiátricas. De las 6 sub-hipótesis que resultaron falsas dos de ellas, la C4 y la C17 tuvieron una probabilidad .08 y .09 respectivamente.

Tabla 34: Sub-hipótesis lingüísticas falsas

Categoría	Promedios		
	EPE	ECR	CON
C.1 Porcentaje total de Yo	8.22	6.34	4.46
C4. % de Marcado	1.07	1.89	1.07
C12. % de Pasado	37.03	37.11	39.68
C13. % de Presente	56.96	54.01	51.66
C16. % de Indicativo	94.63	93.61	94.82
C17. % de Subjuntivo	0.64	1.05	1.17

Fuente: elaboración propia.

Nuevamente, si los grupos hubiesen tenido más participantes la variación y la desviación estándar habrían sido menores. En esta perspectiva los puntos a considerar para futuras investigaciones son los siguientes:

1. Meter la categoría de análisis “tipo de oración” (exclamativa, interrogativa, negativa, compleja, etc.).
2. Meter la categoría de análisis “complemento de la oración”.
3. Incluir en el análisis los tiempos verbales específicos (pospretérito, pluscuamperfecto, pretérito imperfecto, etc.).
4. Ampliar los roles temáticos de análisis.

Todos estos puntos se necesitan para hacer una caracterización más precisa del comportamiento de la primera persona en el lenguaje esquizofrénico.

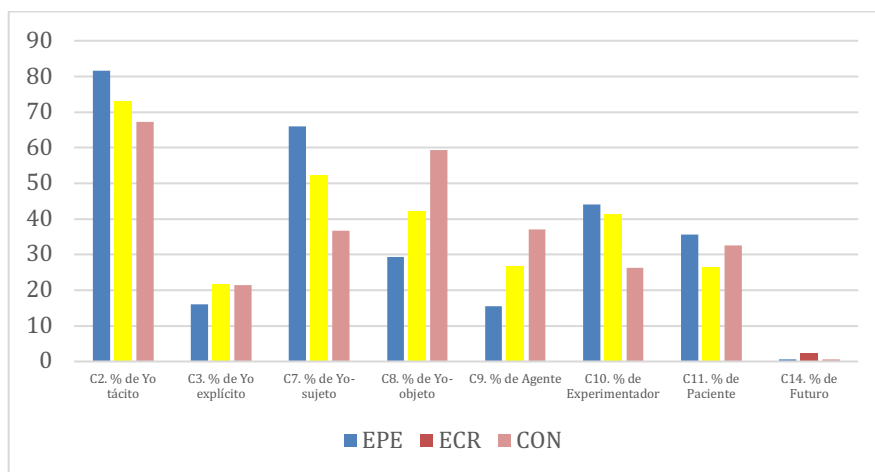
Asimismo, gran parte del trabajo que se realizó fue realizado “manualmente”, en otras palabras, el análisis se realizó sin mucho apoyo de procesos computacionales. Esto implica dos cosas: la primera es que este análisis no está exento de error humano y la segunda es que, con un conocimiento sobre el uso de programas especializados, el trabajo habría sido más fácil y se podría haber integrado un corpus mucho más grande.

Un análisis de este tipo requiere de herramientas computacionales y programas especializados para alcanzar mejores resultados. Con todo lo anterior en mente toca revisar las sub-hipótesis que resultaron verdaderas.

Ahora bien, la revisión de sub-hipótesis que se hizo en el apartado anterior involucró, como base, las diferencias y similitudes que existen en el contenido del discurso de los

pacientes con esquizofrenia de primer episodio y con esquizofrenia crónica. En este apartado se hará una revisión de la forma de las sub-hipótesis lingüísticas verdaderas, pero se anexará a la comparativa el discurso del grupo control.

Gráfico 9: Promedios de sub-hipótesis lingüísticas verdaderas



Fuente: elaboración propia.

En el Gráfico 9 se retoman los promedios de las sub-hipótesis que resultaron verdaderas en la perspectiva lingüística. En ella se observan claramente las diferencias que hay entre cada grupo por categoría. Sin embargo, hay que recordar que la prueba de Tukey hace un análisis más minucioso de las diferencias estadísticas entre cada uno de los grupos. En la Tabla 36 se expone si las diferencias entre cada grupo fueron significativas (Sí) o no (No).

Tabla 35: Diferencia significativa entre grupos

	Yo tácito	Yo explícito	Yo-sujeto	Yo-Objeto	Agente	Experimentador	Paciente	Futuro
EPE vs ECR	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
EPE vs CON	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
ECR vs CON	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí

Fuente: elaboración propia.

Estas diferencias sugieren cambios en el uso del lenguaje entre los tres grupos, con variaciones en la expresión de pronombres, roles temáticos y tiempos verbales. Estas variaciones tienen implicaciones para la comprensión de cómo la esquizofrenia afecta la comunicación y el pensamiento. Los siguientes puntos derivan de los resultados numéricos de esta investigación:

1. Mayor Uso de "Yo tácito", "Yo-sujeto" y "Experimentador" en Esquizofrenia de Primer Episodio: Los pronombres tácitos están relacionados con la expresión de pensamientos y sentimientos personales. Los pacientes con esquizofrenia a menudo experimentan cambios en su autoconcepto y autoconciencia, lo que se refleja en su elección de pronombres en el discurso. El uso de Yo tácito sugiere una mayor internalización de la experiencia o una mayor introspección. Esto podría estar relacionado con la naturaleza de los síntomas iniciales de la esquizofrenia, que a menudo involucran cambios en la percepción de la realidad y de la propia identidad. No es para menos que el uso de Yo-sujeto y el rol temático "Experimentador estén relacionados con el pronombre tácito.
2. Mayor Uso de "Yo explícito", "Yo-objeto" y "Agente" en Esquizofrenia de Crónica: este resultado indica una mayor seguridad y concesión del "yo". Esto se relaciona con la cronicidad de la enfermedad y la adaptación de los pacientes a vivir con esquizofrenia a lo largo del tiempo. Su mundo deja de ser tan subjetivo y se vuelve más objetivo. Por eso el uso del explícito del pronombre personal tiene relación con el uso de rol temático "Agente" y el uso del "Yo-objeto".
3. Relación entre verbos psicológicos y el Uso de Yo-sujeto: Los verbos psicológicos, como "pensar", "sentir", "creer" y "imaginar", a menudo se utilizan para expresar estados mentales, emociones y pensamientos personales. Cuando se usan con Yo-sujeto (por ejemplo, "Yo pienso que..."), indican que el hablante está reportando sus propios pensamientos o creencias. El uso de "Yo-sujeto" está relacionado con la autorreflexión y la expresión de la experiencia subjetiva. Por lo tanto, un mayor porcentaje de "Yo-sujeto" sugiere una mayor expresión de los procesos cognitivos y emocionales del hablante. Estos procesos, como ya se mencionó, son característicos de la primera etapa de la esquizofrenia. Por ello existe una gran diferencia entre este grupo y el control que tiene relación con el siguiente punto:
4. Relación entre verbos y el Uso de Yo-objeto: los verbos de acción, como "correr", "saltar", "comer" y "trabajar", se utilizan para describir actividades físicas y acciones concretas. Cuando se usan con Yo-objeto (por ejemplo, "Yo corro"), indican que el hablante está hablando de sus propias acciones y comportamientos.

El uso de "Yo-objeto" se relaciona con la expresión de la actividad física y las acciones realizadas por el hablante. Debido a que en la esquizofrenia crónica el mundo subjetivo del paciente se solidifica en un delirio particular, el comportamiento discursivo se vuelve más concreto y los verbos utilizados se relacionan más con las actividades físicas. Sin embargo, la esquizofrenia sigue presente y por tal motivo el grupo control utiliza más esta categoría que los otros grupos.

5. Uso de Futuro: Un mayor uso del tiempo futuro en el discurso sugiere una orientación hacia el futuro y la planificación. En pacientes con esquizofrenia crónica, esto podría interpretarse de varias maneras. Por ejemplo, podría indicar una preocupación excesiva por eventos futuros o la presencia de ideación delirante relacionada con el futuro. Alternativamente, podría reflejar una mayor esperanza y expectativa de recuperación en pacientes con esquizofrenia de primer episodio. Lo cierto es que el uso de este tiempo verbal es una característica del discurso de esquizofrenia crónica.

Estos puntos son importantes porque, además de resaltar las diferencias entre los grupos, también señalan características del uso de la primera persona en el lenguaje esquizofrénico. Si se comparan los distintos episodios de la enfermedad con la ausencia de ella, las diferencias se hacen aún más notables:

Tabla 36: Diferencias en el uso de oraciones en primera persona entre grupos

EPE	ECR	CON
quería estar libre	yo no tenía a dónde ir	yo me iba a a a pasar lah fiehtah patriah al campo
imagino cosas así como mi papá	Yo estaba cocinando	si yo era revoltoso cuando era chico
Me llamó la atención como me hablaban	Yo me agredí	yo trabajo parado
porque la sentí muy real	yo le firmo aquí comprobando que tal día le pago	yo tomo el revolver
me quiero olvidar de eso no más	Yo no tenía mi piel así antes	Yo viajo muy poco
si me acuerdo	Yo le doy el nombre de alucinaciones	Yo conviví muy poco con esa gente
empecé a sentirme como incómodo	yo dije quizás la televisión sea como una ventana	yo jugaba futbol
y empiezo a pensar en irme	yo no había tomado ningún trago	en el colegio lo pasaba muy bien
como que tengo más imaginación que antes	a lo mejor con lo que yo viví puede a ver sido uno de esos casos	y derepente vi unoh

Recuerdo lo que me paso	yo lo hice más por los medicamentos	voy al Estadio hace seih añoñ/ seih siete añoñ
pienso me voy a dedicar a hacer esto	pegarle a un hombre es una perdición yo siempre lo he dicho	casi siempre juego con ellah ¿cachai?
asocio como cosas en mi cabeza	yo no he matado a nadien	Soy fotógrafo
Tenia tenia ganas de morirme mucho de antes	yo Pololié mucho antes	juhtamente por eso te hablo de mi angel de la guarda

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la Tabla 37, existen diferencias notables a nivel de forma en el uso del lenguaje entre pacientes con esquizofrenia y un grupo control sin patologías. Los pacientes con esquizofrenia, especialmente aquellos con esquizofrenia de primer episodio, tienden a mostrar un mayor uso de pronombres tácitos y verbos psicológicos, lo que sugiere una mayor introspección y expresión de pensamientos y emociones personales. Además, utilizan menos el tiempo futuro indicando una orientación temporal diferente. Las diferencias también se existen en los roles temáticos y en la expresión de la identidad.

Por su parte, en la esquizofrenia crónica la presencia del Yo explícito y verbos de acción señalan la superación de la etapa de inseguridad que los pacientes agudos experimentan. Asimismo, el uso del Yo-objeto va de acuerdo con este comportamiento en el sentido que hay mayor agencialidad en el discurso de estos pacientes. Si estos resultados se comparan con el grupo control se podría decir que no existen diferencias, ya que, en dicho grupo, también predomina el uso de los mismos elementos que el grupo crónico. No obstante, el contenido del discurso de cada grupo es diferente.

Respecto a esto último, resulta importante señalar que el rol temático “Experimentador” y el Yo-sujeto funcionaron como conceptos sombrilla que sirvieron para identificar fenómenos psiquiátricos y experiencias internas y psicológicas que sujetos sin patologías tuvieron. Esta fue una situación que no se tomó en cuenta al principio de la investigación y que dio como resultado situaciones inesperadas como las que se acaban de presentar y que se abordarán en el siguiente apartado.

5.3 Resultados inesperados

El estudio de las características lingüísticas en el contexto de la esquizofrenia ha arrojado resultados reveladores que ofrecen una comprensión más profunda de la naturaleza de este

trastorno mental. Uno de los hallazgos más notables es la relación entre el uso de ciertos verbos y la manifestación de síntomas específicos, como los delirios y las alucinaciones auditivas.

En el análisis del lenguaje esquizofrénico, se observó que la elección de verbos puede ser un indicador importante de la experiencia subjetiva de los pacientes. Por ejemplo, se identificó que el verbo "decir" se utiliza con mayor frecuencia en situaciones que reflejan comunicaciones normales y conversaciones cotidianas. Sin embargo, cuando los pacientes emplean el verbo "hablar" en contextos donde la comunicación no es bidireccional o donde la fuente de la comunicación es inusual o imaginaria, esto podría indicar la presencia de alucinaciones auditivas. Esta distinción lingüística entre "decir" y "hablar" podría proporcionar pistas valiosas para los profesionales de la salud mental en la evaluación de los síntomas y el seguimiento de la evolución de la enfermedad.

Tabla 37: Diferencia en el uso de “hablar” y “decir” en el lenguaje esquizofrénico

Decir	Hablar
y ellos me decían “no hijo si eso esta en tu mente, en tu mente, en tu cerebro	Que me hablaban mentalmente po
me decían “¡qué bueno que hayas ido a la iglesia!, me alegra”	Que me hablaban a través de la boca
una vez me decían que yo murmuraba	me hablaban de la radioactividad
unas personas me decían que yo murmuraba	eso me hablaban las voces
como me iba bien con las guapas, decían que era gay o que era esquizofrénico, que era loco, que había sido violador...	no me hablaban hablando
cuando decían que era un esquizofrénico/ que era un bicho raro/	Hablaban mal de mi
me decían las cosas que a ellos tampoco les parecían	Me hablaban de animal
decían que tenia esquizofrenia	Me hablaban y se inint todos los días cuando estaba en mi casa
eso me decían.	me hablaban de otros estados lejanos de aquí

Fuente: elaboración propia.

Esta distinción lingüística entre "decir" y "hablar" podría proporcionar pistas valiosas para los profesionales de la salud mental en la evaluación de los síntomas y el seguimiento de la evolución de la enfermedad. En la Tabla 38 se exponen algunos ejemplos de cómo el verbo “decir” es ocupado con mayor frecuencia en situaciones donde los interlocutores son reales, mientras que “hablar” es un verbo que los pacientes utilizaron más para referir a alucinaciones auditivas.

Además, el análisis de otros pares de verbos, como "tener" y "sentir" (Tabla 39), también reveló diferencias en la expresión de experiencias internas. El verbo "tener" podría indicar una mayor objetividad al describir experiencias durante los delirios, como "tengo el cerebro congelado", mientras que el verbo "sentir" se utiliza para expresar experiencias más subjetivas y emocionales al momento de tener un delirio, como "siento humo en la cara" o "siento que alguien me sigue".

Tabla 38: Diferencia en el uso de “tener” y “sentir” en el lenguaje esquizofrénico

Tener	Sentir
tengo una fuerza extraordinaria	siento una presión en la casa
, entonces yo tengo ese llamado, porque yo me he dado cuenta que me gusta compartirle a otras personas de Cristo.	yo me siento escogido
tengo ese don	siento un palpitar en el lado izquierdo de mi cerebro, de mi mente
Cuando tengo este problema de la piel soy otro Jean	me siento la...me siento muy perseguido por ellos
Tengo varias tesis en varias áreas del conocimiento	yo igual siento la energía
tengo el cerebro congelado	siento como que mi conciencia es como Dios
Es que tengo 6 mujeres yo, 6 mujeres que alimentar y 4 hijos	me siento identificado con los pobres

Fuente: elaboración propia.

Estas diferencias verbales permiten pensar que existen verbos que comunican mejor la esquizofrenia que otros o que tienen más relación con esta. Esto no solo hablaría de las estrategias lingüísticas que los pacientes utilizan para configurar su realidad por medio del lenguaje, también, se podría pensar que existe una relación cognitiva entre un verbo y una experiencia alucinatoria.

Por otro lado, el estudio de la esquizofrenia desde una perspectiva lingüística, utilizando la teoría de los roles temáticos de Fillmore (1968) y Van Valin y Lapolla (2008), ha llevado a un descubrimiento revelador: la necesidad de un nuevo rol temático para describir los fenómenos psiquiátricos únicos que experimentan los pacientes con esta enfermedad mental. En particular, se observó que el rol temático "experimentador" resulta insuficiente para capturar la complejidad de las alucinaciones y delirios que son característicos de la esquizofrenia.

Tradicionalmente, el rol temático "experimentador" se ha utilizado para describir a la entidad que pasa por estados internos y psicológicos. Sin embargo, en el contexto de la esquizofrenia, las experiencias de alucinaciones y delirios no se ajustan completamente a esta

descripción. Estos fenómenos psiquiátricos implican una interacción única entre la persona afectada y las experiencias imaginarias o distorsionadas que perciben. Tal como se muestra en la Tabla 40 un paciente no solo es un mero "experimentador" de estos eventos, sino que también puede actuar como un receptor, un participante o incluso un observador de estas experiencias internas.

Tabla 39: "Experimentador" con y sin delirio

"Experimentador" esquizofrénico sin delirio	"Experimentador" esquizofrénico con delirio
Me gustaría ir a vivir allá.	...que no puedo comprar cosas para comer si no me voy a convertir en ...como ella.
...yo sentía miedo...	yo aluciné que alguien que se metía en mí
Si, estaba triste.	bueno es es es un espíritu maligno que me posee
No yo creo que si.	Ahí se meten en mi voz.
Yo pienso que la gente que hace daño, la gente que tiene causas, delitos o crímenes tiene culpa o no.	comencé a ver la alucinación de aviones pasar por casa
Me desilusioné con la prueba	ando viendo dioses en todos lados
...estaba mal.	Son personas elitásticas las que me hablan.
...lo necesito.	...que no puedo comprar cosas para comer si no me voy a convertir en ...como ella.

Fuente: elaboración propia.

Wittgenstein (1953, 1976, 2010), Fillmore (1968) y Van Valin y Lapolla (2008) diseñaron sus ideas teórico-metodológicas con el lenguaje natural y de uso común en mente. Cuando estos mismos postulados se aplican a un lenguaje patológica surgen situaciones problemáticas y de interpretación.

En ambos juegos oraciones se están experimentado estados subjetivos derivados de situaciones cotidianas (sin delirio) y de fenómenos relacionados con la esquizofrenia (con delirio). A pesar de ello no hay muchas diferencias sintácticas, semánticas o estructurales. Esta situación ya se había previsto en los antecedentes de esta investigación por eso se eligió trabajar con conceptos más filosófico-cognitivos como son los usos de Yo-sujeto y los roles temáticos.

De esta forma, a falta de un mejor apoyo teórico, se tomó la decisión metodológica de calificar los fenómenos esquizofrénicos con el uso de Yo-sujeto y el rol temático "Experimentador". Sin embargo, esta opción no permitió diferenciar entre oraciones que verdaderamente hacían referencia a un "Experimentador" y oraciones que hacían referencia a fenómenos psiquiátricos.

Por eso y dada la complejidad de las vivencias en la esquizofrenia, se sugiere la introducción de un nuevo rol temático que refleje de manera más precisa la relación entre la persona afectada y sus experiencias psiquiátricas. Un nombre adecuado para este nuevo rol temático podría ser "Interactor" o "Interactuante". Este término englobaría el papel activo y participativo que tiene la persona en la experiencia de la esquizofrenia, reconociendo que su interacción con las alucinaciones y delirios es fundamental para comprender la naturaleza de esta enfermedad.

La presente investigación sobre el lenguaje en la esquizofrenia ha llevado a la identificación de un vacío en la teoría de los roles temáticos tradicionales, especialmente en lo que respecta a las experiencias psiquiátricas únicas que experimentan los pacientes con esta enfermedad. La introducción de un nuevo rol temático, como "Interactor" o "Interactuante", podría enriquecer la comprensión de la relación entre la persona y sus experiencias en el contexto de la esquizofrenia y facilitar un análisis lingüístico más preciso de esta compleja condición.

Una propuesta similar se podría hacer con el concepto de Yo-sujeto, sin embargo, este es solo uno de los dos usos que se le pueden dar al pronombre Yo. Como ya se vio, Hacker (1990) y Bennett y Hacker (2003) investigaron algunas funciones para el uso de Yo-sujeto (experienciales, de intención, performativas). Quizá, en la esquizofrenia, dicho uso adquiere una función relacionada con la enfermedad, pero esto no se sabrá sin investigaciones futuras.

El argumento principal de todas estas explicaciones es que, la presente investigación y la mayoría de corte lingüístico utilizan teorías diseñadas para analizar el lenguaje natural en el contexto esquizofrénico. No hay nada de malo en ello, solo que, a veces, existen fenómenos que son únicos y característicos de la enfermedad y, como se ha demostrado en este apartado, las teorías lingüísticas del lenguaje natural no son suficientes para analizarlos.

Discusión

Esta tesis abordó de manera exhaustiva la relación entre el lenguaje y la esquizofrenia, centrándose en el uso del pronombre la primera persona gramatical en el discurso de los pacientes. Los resultados obtenidos proporcionan valiosa información sobre cómo la esquizofrenia afecta la comunicación y el pensamiento de los individuos que la padecen. A continuación, se discutirán los hallazgos más significativos y sus implicaciones en el contexto de la enfermedad y del lenguaje en general. Primero, se iniciará con la parte filosófica de esta investigación en la que se discutirán las razones de las limitaciones teórico-metodológicas para comprobar las hipótesis de este rubro. Como se ha venido haciendo, en segundo lugar, le tocará a la perspectiva psiquiátrica y se finalizará con la lingüística.

La investigación de Foucault (1990, 2001, 2005, 2007) sobre la subjetivación y la locura es conocida por su enfoque crítico y analítico relacionado con el poder, la identidad y la formación de sujetos en la sociedad contemporánea. Sin embargo, cuando se profundiza en el análisis de las hipótesis lingüísticas o psiquiátricas dentro de este marco teórico, se identifica cierta incapacidad para alcanzar conclusiones definitivas o respuestas claras. Esto se debe en gran medida a la propia naturaleza de la obra de dicho autor y su enfoque en la genealogía, la arqueología y la crítica histórica.

En primer lugar, Foucault (2007) tiende a evitar la formulación de hipótesis lingüísticas en el sentido tradicional debido a su conceptualización de “enunciado”. En lugar de proponer afirmaciones concretas que emergen de la crítica, su enfoque se centra en la exposición de las diversas formas en que el poder opera en la sociedad y cómo estas formas influyen en la construcción de la subjetividad.

Además, Foucault (1979, 2001, 2005) argumenta que el poder no es una entidad monolítica, sino que se manifiesta de diferentes maneras en diferentes contextos históricos y sociales (formaciones históricas). Esto complica aún más cualquier intento de formular hipótesis universales, ya que lo que puede ser cierto en un contexto específico puede no serlo en otro.

Con relación con la esquizofrenia, Foucault (2005, 2007) exploró cómo las prácticas y discursos médicos, psiquiátricos y sociales han contribuido a la construcción de la categoría

de "lo esquizofrénico" como una forma específica de subjetividad desviada. Sin embargo, su enfoque se basa en la crítica de las categorías establecidas en lugar de en la formulación de hipótesis específicas sobre la naturaleza de la esquizofrenia.

La obra de dicho autor desafía las estructuras conceptuales tradicionales y las simplificaciones binarias, lo que hace que sea difícil reducir su pensamiento a un conjunto de hipótesis claras y definidas. En lugar de ofrecer respuestas definitivas, Foucault nos insta a cuestionar y problematizar las formas en que entendemos el poder, la subjetividad y la esquizofrenia, y a reconocer la complejidad de estas cuestiones en contextos históricos y culturales diversos. Por lo tanto, si bien su obra es esencial para el análisis crítico, su capacidad para proporcionar respuestas concretas a problemas lingüísticos y psiquiátricos específicos (como es el caso del uso del pronombre Yo en la esquizofrenia) es limitada. Su enfoque se centra en la desestabilización y el cuestionamiento de las categorías establecidas en lugar de en la formulación de teorías definitivas.

Esta situación se manifiesta también al momento de encontrar algo que caracterice al lenguaje esquizofrénico, algo que lo haga particular. Como ya se mencionó, la esquizofrenia es una enfermedad poco predecible, multifactorial y que no tiene correlatos fisiológicos. De hecho, hay autores como Pardo y Lerner (2001) que opinan que cada paciente despliega su propia gramática y semántica en su discurso.

Con relación a la ruptura del "yo" sucede algo similar debido a que este fenómeno se materializa de distintas formas a lo largo de la enfermedad. Esta situación ya se había adelantado cuando se mencionó que tener el "yo" más roto no es igual a mayor puntaje en la escala PANSS. Y no resulta extraño debido a que en la esquizofrenia de primer episodio hay más posibilidades de que la enfermedad se agudice ya que en la fase aguda los síntomas psicóticos se hacen más graves (Pardo y Lerner, 2001; García, 2009; Association American Psychiatric, 2013; et. Al.). Esto quiere decir que el paciente está pasando por una situación novedosa en la que experimenta inseguridad y amenaza que, de acuerdo con Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador (2014), se relaciona con la edad, la autoconciencia y otros factores subjetivos. Aquí la palabra clave es subjetividad y el enfoque de la investigación lingüística sobre la esquizofrenia debería ser la búsqueda de "universales" en el lenguaje esquizofrénico.

Retomando los resultados de la perspectiva psiquiátrica, se demostró que el uso del Yo tácito en la esquizofrenia tiene una estrecha relación con la subjetividad del paciente. Él está viviendo experiencias que no sabe con seguridad si son parte de la realidad o de su mente, nada le consta. Por eso prevalece también el uso del Yo-sujeto y el rol temático de experimentador.

Lo anterior es una característica que se observan en los distintos fenómenos psiquiátricos. Por ejemplo, en “Mundos Posibles” existe una tendencia en la que el paciente inicia seguro de su delirio, pero eventualmente duda de sus propias afirmaciones utilizando verbos que así lo indican:

f1) “...que me iba a contagiar, que me iba a poner microbios, que me iba a llenar de bacterias, eso era lo que yo estaba pensando.”

f2) “Es que como ella yo pensaba que me iba a infectar de... cómo que pensaba que me iba a infectarme de algo lo que tenía infecciones, o que mi abuela tenía infecciones y que mi ma, las infecciones se las transmitía mediante mi mamá. Mi mamá cuando la atendía, pensaba que iba, iba a tener infecciones y como mi mamá no se lava mucho las manos al tocarla, es por eso que yo pensaba que me iba a infectar.”

En esta secuencia de participaciones el paciente estaba platicando lo que le sucedía cuando interactuaba con su mamá. En sus momentos agudos él pensaba que podía contraer enfermedades o infecciones solo por tocarla. Pero en su testimonio el verbo “pensar” indica inseguridad; es decir, el delirio está ahí, pero aún no lo interioriza del todo como para llegar a afirmarlo. Aquí otro ejemplo:

g1) eh...a que (EL DIABLO ESTÁ METIENDO LA COLA) me está persiguiendo...si...me está persiguiendo, no me ha dejado hace muchos años, me persigue.

g3) eh, Es tanto el miedo que yo creo que se me imagina que me viene a (guarda silencio), Qué me dicen que, - yo misma_ que me mate, cosas asíCuando soy yo misma la que piensa esas cosas No hay ninguna voz fuera de mí que me ha mandado hacer

g4) De la nada escuché varias voces y También escuché una de un hombre Que me preguntaba qué me pasaba Las otras voces que yo digo que escuchó que me atormentan son en mi cabeza Son cosas que yo... o sea que son cosas que yo misma las creo Que yo me asustó con ellas

g5) yo creo que lo mío es más psicótico

Esta secuencia de participaciones pertenece a una paciente que inició segura de que el diablo la ha perseguido durante varios años. De ahí pasa a creer que ella es la que se imagina las cosas que ella las crea en su cabeza y concluye que lo suyo es algo psicótico. No obstante, esta intermitencia de seguridad/inseguridad acerca del delirio se mantiene a lo largo de su discurso. La paciente experimenta (rol temático) lo que le está pasando, pero no sabe si es real o no (Yo-sujeto). Este comportamiento se mantiene en la mayoría de los pacientes con esquizofrenia de primer episodio.

En la esquizofrenia crónica la situación se invierte. El mundo posible, el delirio en sí, se solidifica y el paciente cree en él totalmente, por eso en este periodo se usa más el Yo objeto y el rol temático de agente.

h1)... y como under institucional lo que hice fue ser escolta de la hija de la presidenta Bachelet y la presidenta Bachelet eh, fui performance de un equipo que era toda una red de tránsito elegida por el Pipe Berríos...

h2) no es parte de mí andar jactándome, diciendo: yo soy under, según el contexto lo amerita sí, yo siento que si se merece que se sepa si, no, hablando de las mujeres no cualquier mujer va a estar con un under, porque es un riesgo para ella

i1) ¿cómo era la voz de Dios? una voz que nunca la he escuchado en la tierra

i2) ...masculina, pero una voz que nunca la he escuchado en la tierra, en ninguna voz antes, antes en mi vida, porque él me cantó, no me habló así como estoy hablando, así "Claudio" , me empezó a cantar. Y la biblia dice que es verdad que llega un momento en que Dios puede alabar así a un ser humano.

Estas participaciones pertenecen dos pacientes crónicos, el primero (h) tiene un delirio en el que está seguro de ser un agente que trabaja para el gobierno y que ha estado al servicio de presidentes. El segundo, tuvo un episodio agudo en el que se creía Jesucristo. Si bien superó ese delirio, ahora está seguro de que dios le habló y que es un elegido. Así, al hacer la comparación de estos testimonios con los anteriores se observa claramente en el discurso la solidificación del delirio y la superación de la etapa de inseguridad.

Aquí se manifiesta la relación de lo lingüístico con lo psiquiátrico. Los resultados revelan un patrón interesante en el uso de la primera persona gramatical en pacientes con esquizofrenia.

En el caso de la esquizofrenia de primer episodio, existe un mayor uso del Yo tácito, el Yo-sujeto y el rol temático de "Experimentador". Sin embargo, a medida que la enfermedad se vuelve crónica, estos elementos disminuyen en su uso. Por otro lado, los pacientes crónicos muestran un incremento en el uso del Yo explícito, el Yo-objeto y el rol temático de "Agente". Estos hallazgos resaltan cómo la identidad del paciente se refleja en la estructura de sus oraciones y cómo esta construcción de la identidad difiere entre pacientes de primer episodio y pacientes crónicos con esquizofrenia.

Por lo tanto, no es que exista una ruptura del "yo" como lo afirmarían Kraepelin, (1919), Ey (1963), Schneider (1975) o Pérez, García y Sass (2010), sino un uso diferente de la primera persona en distintas etapas y fenómenos psiquiátricos (delirios, alucinaciones, etc.) de la esquizofrenia.

Este uso se refleja en el comportamiento discursivo de los pacientes y, si se suma a la conducta física, no es extraño pensar que sí; en realidad el "yo" del esquizofrénico está roto. Aunque, pensar de esta manera es dar por sentado que existe algo, algún proceso o alguna parte del cerebro a la que se le puede poner la etiqueta "yo". Y como ya se ha señalado en la filosofía del lenguaje moderna por Wittgenstein (1953, 1976, 2010), Bennett & Hacker (2003), Tomasini, (2004), et. al., el "yo" o algo que se le pueda llamar así, no existe.

En esta investigación se decidió trabajar con el concepto "ruptura del yo" debido a que es una de las bases con las que se empezó a hablar de la esquizofrenia y a que, aún en la modernidad, hay corrientes filosóficas y psiquiátricas que trabajan con esta idea, aunque con

diferentes nombres (ipseidad, autoconciencia, auto-experiencia, *self*). Sin embargo ¿cómo es posible medir esta ruptura?

Ya se vio que el diagnóstico PANSS no sirve para esto por la simple razón de que no fue diseñado para eso. Asimismo, esta investigación puso de relieve que el uso de la primera persona; el posible reflejo lingüístico de “la ruptura del yo”, tampoco alcanzó para lograr este objetivo. Sin embargo, sí sirvió para señalar diferencias en el uso de la primera persona en la esquizofrenia de primer episodio en comparación con la esquizofrenia crónica y el discurso de personas sin patologías mentales.

Los resultados lingüísticos de esta investigación tienen profundas implicaciones en la búsqueda de características distintivas en el lenguaje de individuos con esquizofrenia en comparación con aquellos sin patologías.

Estos hallazgos apuntan hacia la existencia de patrones lingüísticos específicos que podrían diferenciar a los pacientes con esquizofrenia de sus contrapartes no afectadas. En particular, se destaca un mayor uso de "Yo tácito" y verbos psicológicos en pacientes con esquizofrenia de primer episodio, sugiriendo una mayor expresión emocional y cognitiva. Moya (1990) ya había adelantado algo similar al hablar de las deixis innecesarias.

Dicho autor identificó casos en los que se utilizaban pronombres personales de manera redundante, como "mí" o "me", con funciones indirectas en el discurso de los pacientes. Esta redundancia en el uso de los pronombres parece ser un intento de destacar la sensación de ser un "sujeto invadido por el Otro", es decir, una persona que se siente vulnerable y desprotegida frente a la influencia o control de otra entidad o fuerza externa en su mente. Dichos casos van muy de acuerdo con lo que experimenta un paciente en la etapa de inseguridad de la esquizofrenia y con el uso mayoritario del Yo tácito en ella. Situación que también ya habían anticipado Fineberg et.al. (2015).

Además, se observó que los pacientes con esquizofrenia crónica tienden a utilizar más "Yo explícito" y verbos de acción, indicando una mayor concesión del "yo" y una percepción potencialmente más objetiva de su entorno a pesar de que haya delirios o alucinaciones presentes. Y así lo explican Pardo y Lerner (2001) cuando mencionan que el “yo”, es la causa y el eje del desarrollo del mundo del paciente: “Y porque ayer llovió mucho y esa lluvia me

la mandó Dios **porque yo soy muy pecadora, porque yo llamé** al muchacho de enfrente...” (2001, pág. 8).

Estos patrones lingüísticos sobre la inseguridad y la certeza que se relación con el uso del yo tácito y el explícito revelan la importancia de considerar tanto los aspectos formales como los semánticos del discurso en la comprensión de la esquizofrenia.

La relación entre ciertos tipos de verbos y el uso de pronombres gramaticales ofrece una visión única de la autorreflexión y la experiencia subjetiva en el discurso esquizofrénico, especialmente en las etapas iniciales de la enfermedad. Asimismo, el uso del tiempo futuro en pacientes crónicos podría indicar preocupaciones futuras o ideación delirante.

La discusión anterior sobre el uso del lenguaje en pacientes con esquizofrenia tiene relevancia en el contexto de entender las diferencias entre el lenguaje esquizofrénico y el no patológico. Si bien la presente no alcanzó para hablar de un "lenguaje esquizofrénico" como lo propondrían Pérez, García y Sass (2010), Barrera y Berrios (2001), Diez (2011), Belinchón (1988) Castilla del Pino (1998), et. Al., existen patrones y características lingüísticas que pueden distinguir el discurso de individuos con esquizofrenia de aquellos sin patologías.

Al final se trata de diferencias en el uso pragmático y semántico del lenguaje y no de descubrir un lenguaje en sí. Por ejemplo, el uso excesivo de pronombres personales, cambios abruptos en el discurso o la presencia de delirios pueden ser características que distingan el discurso de un individuo con esquizofrenia.

Ahora bien, la identificación de diferencias en el discurso entre individuos con esquizofrenia y aquellos sin patologías tiene importantes implicaciones tanto prácticas como teóricas en el campo de la salud mental. Desde una perspectiva práctica, estas diferencias pueden ser cruciales en la detección temprana y el diagnóstico de la esquizofrenia. El análisis del lenguaje podría proporcionar marcadores lingüísticos específicos (como el uso de la primera persona, los verbos y su tiempo) que ayuden a los profesionales de la salud mental a identificar la enfermedad en sus etapas iniciales, permitiendo una intervención más temprana y efectiva.

Además, estas diferencias en el discurso pueden ser utilizadas para el seguimiento y el monitoreo del progreso de los pacientes a lo largo del tratamiento. Los cambios en el lenguaje pueden servir como indicadores de la eficacia de las terapias y tratamientos, permitiendo ajustes más precisos en la atención médica.

También tienen un impacto en la comunicación entre los pacientes y los terapeutas, lo que puede llevar a estrategias de comunicación más efectivas y una relación terapéutica más sólida.

Desde una perspectiva teórica, el estudio de cómo la esquizofrenia afecta el lenguaje puede proporcionar una mayor comprensión de la enfermedad en sí. Estos hallazgos pueden arrojar luz sobre la naturaleza de la esquizofrenia, incluyendo sus manifestaciones cognitivas y emocionales. Además, pueden servir como base para investigaciones científicas más amplias, contribuyendo a la comprensión de la neurobiología y la psicopatología subyacente de la esquizofrenia. Todo esto tomando en cuenta que el lenguaje es una manifestación de ciertos procesos neuronales.

El estudio del uso del pronombre Yo y la primera persona en la esquizofrenia que varios autores ha tratado (Moya, 1990; Pardo y Lerner, 2001; Parnas y Handest, 2010; Calderón, Rodríguez, Perona, & Salvador, 2014; Fineberg, et. Al., 2015) señala una profunda importancia en el contexto de las ciencias del lenguaje. En primer lugar, ofrece una ventana única para analizar cómo los trastornos mentales influyen en la comunicación y el pensamiento, lo que enriquece la comprensión de la relación entre lenguaje y cognición.

Además, como ya se mencionó, esta investigación tiene aplicaciones prácticas, como la detección temprana de la esquizofrenia y la adaptación de terapias basadas en patrones lingüísticos específicos, mejorando así la atención clínica y el apoyo a pacientes.

En este sentido, este enfoque interdisciplinario que une la lingüística con la psicología, la neurociencia y la psiquiatría destaca la relevancia de explorar las conexiones entre disciplinas en el estudio del lenguaje y la mente humana. Al comprender cómo los trastornos mentales se reflejan en el discurso se avanza en la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y, al mismo tiempo, contribuye a la evolución de las ciencias del lenguaje

al abordar preguntas fundamentales sobre la relación entre lenguaje, cognición y salud mental.

Conclusión

Al principio de esta investigación se tomaron como ciertos los supuestos de existe tal fenómeno como el lenguaje esquizofrénico, que hay algo en el lenguaje esquizofrénico que lo hace diferente al lenguaje sin patologías y que existe una caracterización incompleta de dicho lenguaje. Asimismo, se trabajó con el objetivo **“Determinar si el uso de las oraciones en primera persona es una característica de la ruptura del “yo” en la esquizofrenia”**.

Para alcanzar este objetivo se trabajó con la hipótesis de que dicha ruptura era observable en el discurso en primera persona de los pacientes. La metodología para verificarla, dicho de forma simple, fue comparar las oraciones en primera persona de 3 grupos: uno con esquizofrenia de primer episodio, uno con esquizofrenia crónica y otro sin patologías mentales. Asimismo, se diseñaron 3 hipótesis complementarias para trabajar el fenómeno desde distintas perspectivas:

1. Filosófica: El discurso del psiquiatra y de la sociedad afectan al del paciente esquizofrénico a medida que avanza la enfermedad. Esta hipótesis estaba orientada a buscar marcas que indicaran que los pacientes internalizan lo que los médicos y la sociedad dicen acerca de su enfermedad comparando el primer episodio con la cronicidad. Esta hipótesis no se pudo verificar.
2. Psiquiátrica: La ruptura del “yo” se manifiesta en el contenido de las oraciones en primera persona generadas por pacientes con esquizofrenia. En esta afirmación se buscaron participaciones y oraciones derivadas de delirios, alucinaciones, y otros fenómenos psiquiátricos. Aquí se compararon pacientes de con esquizofrenia de primer episodio y crónica. Esta hipótesis no se verificó debido a la falta de grupos más grandes, sin embargo, se determinó que la ruptura del “yo” no está relacionado con la fase crónica de la enfermedad y que hay fenómenos psiquiátricos específicos (mundos posibles, desorden de pensamientos y fenómenos lingüísticos) en los que las oraciones en primera persona sí manifiestan dicha ruptura.
3. Lingüística: El uso de las oraciones en primera persona es diferente en el discurso esquizofrénico y el no patológico. En esta hipótesis se compararon los 3 grupos; el de primer episodio, el cónico y el control. Se buscaron diferencias en el uso de

la primera persona y el pronombre personal Yo concluyendo que la hipótesis es verdadera. Es decir, sí hay diferencias en dichos usos entre cada grupo.

Así pues, esta investigación abordó la pregunta fundamental sobre la existencia y caracterización del "lenguaje esquizofrénico". A través de un enfoque interdisciplinario que consideró las perspectivas filosóficas, psiquiátricas y lingüísticas, se buscó comprender cómo la esquizofrenia se manifiesta en el discurso en primera persona de los pacientes.

De esta forma se obtuvieron resultados significativos en términos de diferencias en el uso de las oraciones en primera persona entre pacientes con esquizofrenia y aquellos sin patologías mentales. Y esto se observa en los resultados más importantes de esta investigación:

1. Los diagnósticos generados por la psiquiatría (la ruptura del "yo") son detectables en el uso de la primera persona gramatical y el uso del pronombre Yo. Un médico especializado en enfermedades mentales es capaz de determinar el tipo de delirio o esquizofrenia que un paciente manifiesta con sus propias herramientas. Esta investigación demostró que las herramientas de la lingüística también sirven para llegar a las mismas conclusiones, pero con elementos más formales como lo es el uso del pronombre Yo, los roles temáticos, los tiempos verbales, etc.
2. Los pacientes con esquizofrenia de primer episodio, los que tienen esquizofrenia crónica y las personas sin enfermedades mentales utilizan de forma distinta la primera persona y el pronombre Yo. Cada grupo tiene marcas distintivas en el uso de esta herramienta gramatical y esto los hace diferentes entre sí.
3. Existieron hallazgos que no se tenían previstos en esta investigación y que, si se analizan con más detalle, servirán para caracterizar aún más el lenguaje esquizofrénico: a) los pacientes con esquizofrenia utilizan verbos específicos para manifiesta la enfermedad y b) el rol temático experimentador resultó insuficiente para analizar algunos fenómenos de la esquizofrenia, por eso se definió un rol temático que cubra estas carencias ("Interactor" o "Interactuante") para futuras investigaciones.

Las implicaciones de este estudio son valiosas tanto a nivel teórico como práctico. Teóricamente, destacan la importancia de considerar las complejas interacciones entre la lingüística, la psiquiatría y la filosofía para abordar fenómenos complejos como la esquizofrenia. Además, se resalta la necesidad de comprender las sutilezas en el uso del lenguaje como una ventana hacia la experiencia y el pensamiento de los pacientes. De forma más detallada:

1. La lingüística proporciona herramientas adicionales para evaluar y comprender la psicopatología, complementando las técnicas tradicionales de diagnóstico psiquiátrico. Esto amplía la comprensión de cómo las manifestaciones lingüísticas reflejan procesos psicológicos subyacentes en pacientes con trastornos mentales.
2. Los profesionales de la salud mental pueden utilizar análisis lingüísticos de la primera persona y el pronombre Yo para identificar patrones específicos en el discurso de los pacientes, lo que podría ayudar en el diagnóstico temprano, la evaluación del progreso y la adaptación de tratamientos personalizados.
3. El lenguaje esquizofrénico va más allá de las diferencias en el uso de la primera persona y el pronombre "Yo". La identificación de verbos específicos relacionados con la manifestación de la enfermedad y la propuesta de un nuevo rol temático llamado "Interactor" o "Interactuante" para abordar fenómenos complejos en la esquizofrenia amplían la comprensión del lenguaje en este contexto. Esto podría tener un impacto en la teoría lingüística y en la forma en que se aborda el estudio del lenguaje en relación con los trastornos mentales.
4. La identificación de verbos específicos relacionados con la enfermedad podría ayudar en la detección temprana y el diagnóstico de la esquizofrenia. Además, la introducción de un nuevo rol temático podría mejorar la capacidad de los profesionales de la salud mental para comprender y abordar los complejos procesos de interacción y comunicación en pacientes con esquizofrenia. En conjunto, estos resultados podrían contribuir a una evaluación y tratamiento más precisos y efectivos de la enfermedad, mejorando así la calidad de atención para los pacientes.

En términos prácticos, esta investigación subraya la importancia del estudio de la primera persona gramatical en el lenguaje esquizofrénico. La vida interna del paciente, sus y síntomas positivos (delirios, alucinaciones, fenómenos lingüísticos, etc.) se reflejan en el uso de esta herramienta lingüística que, como se demostró, es un uso diferente al de las personas sin patologías mentales. En última instancia, los resultados de la presente investigación contribuyen directamente a la detección temprana y al desarrollo de intervenciones terapéuticas más efectivas para pacientes con esquizofrenia al examinar el discurso en primera persona como un marcador potencial de cambios en la conciencia y la percepción del "yo".

Bibliografía

- Alarcos, E. (1982). *Estudios de gramática funcional del español*. Madrid: Gredos.
- Althusser, L. (1988). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Andreasen, N., O'leary, D., Cizaldo, T., Arndt, S., Rezal, K., Boles, L., . . . Hichwa, R. (1996). Schizophrenia and cognitive dysmetria: A positron-emission tomography study of dysfunctional prefrontal-thalamiccerebellar circuitry. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 9985-9990.
- Arredondo, A., Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Arredondo, P., & Recaman, A. (2018). Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013. *Cad. Saúde Pública*, 1-13.
- Association American Psychiatric. (2013). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS FIFTH EDITION DSM-5*. Washington: New School Library.
- Bleuler, E. (1960). *LA DEMENCIA PRECOZ EL GRUPO DE LAS ESQUIZOFRENIAS*. Buenos Aires: Hormé.
- BACHELARD, G. (2000). *LA FORMACION DEL ESPIRITU CIENTIFICO*. Buenos Aires: Argos.
- Barrera, Á., & Berios, G. (2001). Investigación del Trastorno Formal del Pensamiento en la esquizofrenia: una mirada crítica. *Asoc. Esp. Neuropsiq*, 17-33.
- Barrera, Á., & Berrios, G. (2001). Investigación del Trastorno Formal del Pensamiento en la esquizofrenia: una mirada crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17-33.
- Bausela, E. (2009). Neuropsicología y Esquizofrenia . *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1-5.

- Belinchón, M. (1988). Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística. *Estudios de Psicología*, 105-144.
- Bedi, G., Carrillo, F., Cecchi, G., Fernández, D., Sigman, M., Mota, N., . . . Corcoran, C. (2015). Automated analysis of free speech predicts psychosis onset in high-risk youths. *npj Schizophrenia*, 1-7.
- Beheydt, L., Sabbe, B., De Picker, L., & Goetschalckx, J. (2017). Computational Language Analysis for Assessment of Schizophrenia. *6th Annual International Conference on Cognitive and Behavioral Psychology*, 118-127.
- Benveniste, E. (1966). *Problèmes de Linguistique Générale*. Paris: Gallimard.
- Bermúdez, F. (2005). *Evidencialidad La codificación lingüística del punto de vista*. Stockholm: Stockholm University.
- Boekera, H., Kleiserb, M., Lehmanb, D., Jaenkec, L., Bogertsb, B., & Northoff, G. (2006). Executive dysfunction, self, and ego pathology in schizophrenia: an exploratory study of neuropsychology and personality. *Comprehensive Psychiatry*, 7-19.
- Braver, T., Barch, D. M., & Cohen, J. (1999). Cognition and Control in Schizophrenia: A Computational Model of Dopamine and Prefrontal Function. *Society of Biological Psychiatry*, 312-328.
- Calderón, C., Rodríguez, F., Perona, & Salvador. (2014). *El pensamiento referencial: aspectos psicopatológicos y del desarrollo*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Calsamiglia, H., & Tusón, A. (1999). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.
- Chaika, E. (1982). Accounting for linguistic data in schizophrenic research. *The Behav. and Brain Sci*, 594-595.
- Cameron, N. (1944). Experimental analysis of schizophrenic thinking. En S. (. Kasanin, *Language and thought in schizophrenia*. Berkeley: University of California Pre.

- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: siglo veintiuno argentina editores sa.
- Chapman, L., Chapman, J., & Miller, G. (1964). A theory of verbal behavior in schizophrenia. En B. (. Maher, *rogress in Experimental Personality Research. Vol. I*. New York: Academic Press.
- Charaudeau, P. (2006). El contrato de comunicación en una perspectiva lingüística: normas psicosociales y normas discursivas. *Opción*, 38-54.
- Carniel, L., Correa, E., & Santos, M. (2015). OCCUPATIONAL INCLUSION: PERSPECTIVE OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA . *Psicología em Estudo*, 83-94.
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Oviedo.: Ediciones Nobel. .
- Cepeda, G., & Poblete, M. (2006). Cortesía verbal y modalidad: Los marcadores discursivos. *Signos*, 357-377.
- Levinson, S. (1983). *Pragmatics*. Cambridge: University Press, Cambridge.
- Cifuentes, J. (1989). *Lengua y espacio. Introducción al problema de la deixis en español*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Loa, N., Chávez, A., & Lara, M. d. (2005). LACREATIVIDADYELRELATOENLOSDIFERENTESTIPOSEDEDELIRIOSCRÓNICOS: UNESTUDIODESCRIPTIVO. *Salud Metal* , 10-17.
- Cohen, B. (1974). REFERENT COMMUNICATION DISTURBANCES IN ACUTE SCHIZOPHRENIA. *ournal of Abnormal Psychology*, 1-13.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *CLINICAL PSYCHOLOGY: SCIENCE AND PRACTICE*, 35-53.
- Dafouz, E. (2006). Estudio de los marcadores interpersonales en el comentario periodístico:estrategias para la identificación autor-lector en el texto. *RESLA* , 67-82.

- Dastur, F. (2015). La ipseidad: Su importancia en la psicopatología. *Universitas Philosophica* 6, 251-266.
- Deleuze, G. (2013). *El saber Curso Sobre Foucault tomo I*. Buenos Aires: Cactus.
- Diez, A. (2011). Creencia y delirio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 71-91.
- Ellsworth, R. (1951). THE REGRESSION OF SCHIZOPHRENIC LANGUAGE. *Journal of Consulting Psychology*, 397-391.
- Elvevåg, B., Foltz, P., Weinberger, D., & Goldberg, T. (2007). Quantifying incoherence in speech: An automated methodology and novel application to schizophrenia. *Schizophr Res*, 304-316.
- Ehrlich, S., & Romaniuk, T. (2013). Discourse analysis. En R. Podesva, & S. Devyani, *Research Methods in Linguistics* (págs. 460-493). United Kingdom: University Printing House.
- Ey, H. (1963). *La conscience*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fairclough, N. (2012). Critical discourse analysis. En P. Gee, & M. Handford, *The Routledge Handbook of Discourse Analysis* (págs. 9-20). New York: Routledge.
- Figuroa, A. (2015). *Análisis pragmalingüístico de los marcadores de coherencia en el discurso de sujetos con esquizofrenia crónica y de primer episodio*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Fineberg, S., S, D.-L., Ichinose, M., McGuinness, T., Bessette, A., Chung, C., & Corlett, A. (2015). Word use in first-person accounts of schizophrenia { *The British Journal of Psychiatry*, 32-38.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A., I.C.E. de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Argentina : Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (2007). *La Arqueología del Saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007). *Sexualidad y poder*. España: Folio.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica, S. A. de C. V.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (2007). *HISTORIA DE LA LOCURA EN LA ÉPOCA CLÁSICA T II*. Madrid: FCE.
- Fraser, B. (1999). What are discourse markers? . *Journal of Pragmatics* , 931-952.
- Frawley, W. (1992). *Linguistic Semantics*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale.
- Giménez, G. (1983). *Poder, Estado y Discurso*. México: UNAM.
- Giménez, G. (2007). *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes / Instituto Coahuilense de Cultura .
- Givón, T. (1979). *On understanding grammar*. New York: Academic Press.
- Goffman, E. (1972). *Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behaviour*. London: Penguin Books.
- Gottschalk, L., Goldine, G., Daniels, R., & Block, S. (1958). The speech patterns of schizophrenic patients: A method for assessing relative degree of personal disorganization and social alienation. *THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE*, 153-166.
- Grajales, G. (2002). *"Yo" experiencia y comunicación*. Puebla: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades-BUAP.

- Herrero, C. (2006). *Teorías de pragmática, de lingüística textual y de análisis del discurso*. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Insúa, P., Grijalvo, J., & Huici, P. (2001). Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia: Síntomas clínicos y medidas psicolingüísticas. *Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 27-50 .
- Kent, H., & Rosanoff, A. (1910). *A STUDY OF ASSOCIATION IN INSANITY*. AMERICAN JOURNAL OF INSANITY.
- Kraepelin, E. (1919). *DEMENTIA PRECOX AND PARAPHRENIA*. Chicago: CHICAGO MEDICAL BOOK GO.
- Krippendorff, K. (1969). Chapter 2 Conceptual Foundations. En K. Krippendorff, *Content Analysis An Introduction to its Methodology* (págs. 18-96). London: SAGE Publications.
- Kuperberg, G. (2010). Introduction, Language in schizophrenia Part 1: an. *Lang Linguist Compass*, 576–589.
- Mann, M. (1944). III. The quantitative differentiation of samples of written language. *Psychological Monographs*, 39-74.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 53-58.
- Massone, M., & Buscaglia, V. (2006). EL YO HABLADO EN UN CASO DE PSICOSIS. *ONOMÁZEIN* , 159-176.
- Ministerio de Salud de Chile. (2009). *Guía Clínica 2009 Para el Tratamiento de Personas desde Primer Episodio de Esquizofrenia*. Chile: Sub Secretaria de Salud.
- Moya, J. (1990). Análisis formal del discurso esquizofrénico; Problemas Metodológicos. *Anuario de Psicología*, 117-144.
- Novella, E., & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clinica y Salud*, 205-219.

- Orellana, G., & Slachevsky, A. (2006). Trastornos Neurocognitivos en la Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 41-49.
- Organización Mundial de la Salud. (21 de noviembre de 2020 de 2011). *Organización Mundial de la Salud Consejo Ejecutivo*. Obtenido de World Health Organization: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf
- Pardo, L., & Lerner, B. (2001). El discurso psicótico: una visión multidisciplinaria desde la lingüística y la psiquiatría. *Signos*, 139-147.
- Parnas, J., & Handest, P. (2003). Phenomenology of Anomalous Self-Experience in Early Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 121-134.
- Pérez, A. (1976). PENSAMIENTO REVISION DE Y UN LENGUAJE PROBLEMA AUGUSTO PEREZ EN LA ESQUIZOFRENIA: COMPLEJO Y CONFUSO. *Revista de psicología*, 83-93.
- Pérez, M., García, J., & Sass, L. (2010). La Hora de la Fenomenología en la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 221-233.
- Ratana, R., Sharifzadeh, H., Krishnan, J., & Pang, S. (2019). A Comprehensive Review of Computational Methods for Automatic Prediction of Schizophrenia With Insight Into Indigenous Populations. *Frontiers in Psychiatry*, 1-15.
- Rattan, R., & Chapman, L. (1973). ASSOCIATIVE INTRUSIONS IN SCHIZOPHRENIC VERBAL BEHAVIOR. *Journal of Abnormal Psychology*, 169-173.
- Rausch, M., Prescott, T., & De Wolfe, A. (1980). Schizophrenic and Aphasic Language: Discriminable or Not? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63-70.
- Reilly, F., Harrow, M., Tucker, G., Quinlan, D., & Siegel, A. (1975). Looseness of Associations in Acute Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 240-246 .
- Restrepo, M., Mora, O., & Cortés, A. (2007). Voces del estigma Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *UNIVERSITAS MÉDICA*, 207-220.

- Rezaii, N., Walker, E., & Wolff, P. (2019). A machine learning approach to predicting psychosis using semantic density and latent content analysis. *npj Schizophrenia*, 1-12.
- Rizo, M. (2011). De personas, rituales y máscaras. Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal. *QUÓRUM ACADÉMICO* , 78-94.
- Roca, J. (1985). *Introducción a la gramática*. La Habana: Revolucionaria.
- Rojas, C., Rubio, A., San Martín, A., & Silvana, G. (2012). Análisis pragmático y sociolingüístico de los marcadores discursivos de reformulación en el habla de Santiago de Chile. *Lenguas Modernas*, 103-123.
- Ruiz, C. (2013). “Yo a mí me parece”: la gramaticalización de “yo” como marcador de discurso en el español coloquial. In *Selected Proceedings of the 6th Workshop on Spanish Sociolinguistics*, ed. Ana M. Carvalho and Sara Beaudrie Cascadilla *Proceedings Project*. www.lingref.com, document #2851, 1-10.
- Russell, B. (1905). On denoting. *Mind, New Series*, 479-493.
- Russell, B. (1911). *Los problemas de la filosofía*. España: Labor.
- Schinder, K. (1975). *Klinische Psychopatologie*. Stuttgart: La versión castellana es de A. Guerra Miralles. Madrid: Paz Montalvo.
- Salzinger, K., Portnoy, S., & Feldman, R. (1964). VERBAL BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC AND NORMAL SUBJECTS. *Salzinger, K., Portnoy, S., & Feldman, R. S. (2006). VERBAL BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC AND NORMAL SUBJECTS**. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 105(15),. [doi:10.1111/j.1749-6632.1964.tb42967.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1964.tb42967.x) , 845–860.
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta moebio*, 207-224.
- Seco, R. (1969). *Manual de gramática española (revisado y ampliado por Manuel Seco)*. La Habana: Pueblo y Educación.

- Shakow, D. (1962). A Theory of the Formal Psychological Deficit in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 1-17.
- Sharfetter, C. (1981). Ego-psychopathology: the concept and its empirical evaluation. *Psychological Medicine*, 273-280.
- Sommer, R., Dewar, R., & Osmond, H. (1960). Is There a Schizophrenic Language? *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*, 113-121.
- Stecher, A. (2012). El análisis crítico del discurso como herramienta de investigación psicosocial del mundo del trabajo. *Univeristas Psychologica*, 93-107 .
- Van Dijk, A. (1996). Análisis del discurso ideológico. *Versión*, 15-43 .
- Von Damarus, E. (1944). The specific laws of logic schizophrenia. En S. (. Kasanin, *Language and thought in schizophrenia*. Berkely: University of California Press.
- Wittgenstein, L. (1953). *Investigaciones Filosóficas*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Wittgenstein, L. (1976). *Los cuadernos azul y marrón* . Oxford: Tecnos.
- Wittgenstein, L. (2010). *Tractatus lógico-philosophicus*. Madrid: Alianza.
- Zizek, S. (1994). *Ideología, un mapa de la cuestión*. . Argentina: : Fondo de Cultura Económica Argentina, S. A. .

Apéndice A

Las abreviaturas de cada una de las categorías que se presentan en el presente apéndice y en el B son las siguientes:

1. NS: Narración sin ruptura del “yo”.
2. TS: Todo significa.
3. IC: Imagen corporal.
4. D: Desorden de pensamientos.
5. AV: Alucinación visual.
6. AA: Alucinación auditiva.
7. MP: Mundo posible
8. FL: Fenómeno lingüístico.
9. DA: Daño auto infligido.
10. AE: Auto estigma.
11. P: Subjetivación persona.
12. I: Subjetivación institucional.
13. Tot I: Total individual.
14. Tot G: Total general

Participaciones de Ruptura del "yo" en EPE														
Pac	NS	T S	VS	IC	D	AV	AA	MP	FL	DA	AE	P	I	Tot I
1	31	9	7	7	0	9	8	6	1	0	3	5	7	93
2	59	0	14	11	1	1	22	12	0	0	0	0	1	121
3	35	9	6	0	6	0	0	6	0	0	0	1	0	63
4	21	0	0	2	1	0	10	5	1	0	0	0	2	42
5	15	0	4	0	0	0	13	1	0	0	0	0	2	35
6	37	0	0	0	0	1	7	6	0	0	1	3	2	57
7	27	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	2	34
8	33	0	2	4	4	0	0	13	0	0	2	0	4	62
9	84	0	0	48	1	0	0	0	0	0	3	2	4	142
10	93	0	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	107
11	5	0	0	0	1	0	11	0	1	0	0	0	0	18
12	35	0	1	20	0	0	21	22	2	0	0	0	0	101
13	26	0	0	1	0	0	18	7	0	0	0	0	2	54

14	21	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	1	29
15	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	5	0	10
16	14	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	2	21
17	50	0	0	0	0	0	12	0	0	5	1	1	1	70
18	52	2	4	0	0	16	12	9	0	8	5	4	6	118
19	30	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	40
20	7	3	2	0	0	0	6	4	0	0	1	0	1	24
21	29	0	4	1	4	0	0	0	1	0	0	0	0	39
22	16	0	0	1	1	0	0	1	7	0	1	0	0	27
23	13	2	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0	3	24
24	14	12	2	5	15	0	0	1	0	2	10	3	0	64
25	20	1	2	1	2	0	0	0	0	0	1	4	2	33
26	73	0	0	5	4	0	4	0	0	0	0	1	3	90
27	36	0	0	6	5	0	1	0	0	1	1	7	0	57
28	13	0	1	4	4	0	1	0	0	1	1	1	0	26
29	9	0	2	9	2	0	0	2	0	0	1	3	1	29
30	31	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	3	40
31	51	0	18	0	9	0	7	6	0	11	7	3	7	119
32	7	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
33	26	0	0	22	0	0	2	0	0	0	0	0	0	50
Tot G	1015	39	78	158	87	27	157	102	13	28	43	48	57	1852

Fuente: elaboración propia.

En el Apéndice A se exponen la cantidad de participaciones por categoría de ruptura del “yo” que utilizó cada paciente. Por ejemplo, el paciente 1 utilizó un total de 93 participaciones; el 2, 121; el 3, 63 y así sucesivamente para obtener un total de 1852 participaciones analizadas. Aquí cabe recordar que las participaciones estaban conformadas por una o más oraciones. Así, el paciente 1 tuvo 31 participaciones de Narraciones sin Ruptura del “yo” (NS); el 2, 59; el 3, 35 y así hasta obtener un total de 1015 participaciones NS. Total, que si se suma a los totales de las demás categorías también suma 1852. La misma lógica se sigue en la Tabla 24 que corresponde a los pacientes crónicos en donde se analizaron un total de 1921 participaciones.

Apéndice B

Ruptura del "yo" en ECR														
Pac	NS	TS	VS	IC	D	AV	AA	MP	FL	DA	AE	P	I	Tot I.
1	46	0	6	0	1	1	0	10	1	0	0	4	4	73
2	23	1	0	0	0	0	0	7	2	0	1	0	1	35
3	19	2	2	3	0	10	17	6	4	0	1	3	0	67
4	29	4	5	0	2	3	0	6	0	0	0	0	2	51
5	47	0	3	1	1	0	6	27	0	0	0	2	6	93
6	87	0	0	1	0	0	2	3	0	13	0	0	0	106
7	49	0	0	31	1	0	0	2	0	9	5	1	3	101
8	36	0	0	35	4	0	0	0	0	11	5	0	3	94
9	42	1	0	0	0	0	0	14	6	1	0	0	0	64
10	47	0	0	2	0	5	3	4	0	0	0	1	4	66
11	57	0	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	69
12	9	0	4	0	4	4	0	9	0	0	1	0	0	31
13	14	0	1	0	0	0	0	32	10	0	0	0	0	57
14	46	6	0	0	0	2	0	33	0	0	0	0	0	87
15	35	3	2	0	1	1	4	24	0	2	0	3	1	76
16	4	0	1	2	0	0	6	22	1	0	0	2	1	39
17	5	0	0	0	0	0	0	2	12	0	0	0	2	21
18	20	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	1	1	32
19	47	0	6	0	1	0	1	21	0	0	0	1	0	77
20	26	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	27
21	29	0	6	1	0	2	1	22	0	0	0	1	0	62
22	12	0	3	3	0	0	0	13	1	0	0	1	0	33
23	16	0	0	0	1	0	0	18	13	1	0	0	0	49
24	51	0	0	2	13	0	2	2	0	5	8	0	4	87
25	3	0	1	0	1	0	5	0	0	0	0	0	0	10
26	14	0	1	2	0	0	1	10	9	1	2	0	1	41
27	20	0	0	3	1	0	6	1	0	0	0	0	3	34
28	55	0	1	1	2	0	7	3	9	0	0	1	2	81
29	31	0	1	2	3	0	10	0	1	0	0	0	0	48
30	25	0	1	4	0	6	11	0	0	0	0	0	2	49
31	6	0	2	1	3	0	13	2	0	0	0	0	7	34
32	4	0	1	2	0	0	8	7	0	0	0	0	2	24
33	41	2	6	8	1	1	0	6	0	0	0	0	5	70
34	11	0	7	0	6	0	0	2	1	0	1	3	2	33
Tot G.	1006	19	71	105	46	35	103	319	70	43	24	24	56	1921

Apéndice C

Marcación del "yo" en pacientes de primer episodio																			
Pac	Yo tácito	Yo explícito	N. Tácito	Explicito	Marcado	"Objeto"	"Sujeto"	Agente	Instrumental	Paciente	Pasado	Presente	Futuro	condicional	indicativo	subjuntivo	Contable	Tot I	
1	261	194	22	4	9	167	297	112	231	121	244	211	2	7	454	10	26	490	
2	287	127	7	4	10	195	221	104	142	170	195	204	8	9	412	4	19	435	
3	154	102	0	0	5	47	207	26	136	92	105	149	0	0	254	0	7	261	
4	71	11	0	0	4	18	68	10	43	33	28	58	0	0	86	0	0	86	
5	63	7	1	0	0	22	49	9	43	19	20	50	1	0	70	1	0	71	
6	82	29	0	0	2	43	64	11	37	59	79	27	1	0	105	2	6	113	
7	42	7	0	0	0	6	42	3	20	25	17	31	0	0	48	0	1	49	
8	135	33	1	0	0	62	104	26	74	66	81	79	3	3	164	2	3	169	
9	239	34	1	0	3	103	171	46	118	110	108	165	0	1	271	3	3	277	
10	243	14	4	0	2	86	163	45	101	103	101	148	0	0	249	0	14	263	
11	33	1	0	0	0	3	30	3	24	6	25	8	0	0	33	0	1	34	
12	160	30	2	1	1	43	140	19	107	57	79	102	1	1	182	1	11	194	
13	72	13	0	0	7	14	75	8	44	37	32	57	0	0	88	1	3	92	
14	57	6	0	0	0	18	43	9	24	28	18	43	0	0	60	1	2	63	
15	33	13	0	0	0	9	35	4	32	8	8	36	0	0	44	0	2	46	
16	38	1	2	0	0	10	26	8	20	8	12	22	1	1	36	0	5	41	
17	85	14	0	0	1	30	57	21	33	33	46	40	0	1	87	0	13	100	
18	196	29	0	0	1	97	126	42	99	82	129	91	3	0	222	1	3	226	
19	94	8	1	0	0	33	66	20	45	34	28	71	0	0	98	1	4	103	
20	36	17	0	0	0	19	33	9	23	20	43	9	0	0	52	0	1	53	
21	95	9	0	0	0	16	82	9	46	43	11	86	0	1	97	1	6	104	
22	122	92	1	2	1	61	135	41	91	64	79	115	2	0	196	0	22	218	
23	46	0	0	0	0	19	24	5	4	34	4	37	1	1	42	1	3	46	
24	187	18	0	0	1	44	146	28	120	42	48	138	2	2	186	4	16	206	
25	57	22	4	0	0	33	43	26	35	15	15	57	3	1	76	0	7	83	
26	101	6	1	0	0	31	67	21	38	39	28	67	0	3	98	0	10	108	
27	72	0	0	0	0	13	57	3	35	32	12	57	0	1	70	0	2	72	
28	45	2	0	0	0	11	36	9	23	15	23	24	0	0	47	0	0	47	
29	62	4	0	0	0	17	43	5	26	29	17	43	0	0	59	1	6	66	
30	101	8	6	0	1	73	43	39	28	49	34	78	2	2	115	1	0	116	
31	266	82	6	1	5	135	191	80	143	103	172	149	3	2	324	2	34	360	
32	8	4	1	0	1	5	9	2	9	3	5	9	0	0	14	0	0	14	
33	61	18	0	0	1	18	56	11	21	42	27	47	0	0	74	0	6	80	
Tot G	3604	955	60	12	55	1501	2949	814	2015	1621	1873	2508	33	36	4413	37	236	4686	

Apéndice D

Marcación del "yo" en pacientes crónicos																			
Pac	Yo tácito	explícito	N. Tácito	Explícito	Marcado	"Objeto"	"Sujeto"	Agente	erimenta	Paciente	Pasado	Presente	Futuro	ondición	ndicativo	ubjuntiv	Contable	Tot I.	
1	161	63	4	0	2	110	82	46	52	94	131	54	5	2	189	3	38	230	
2	48	16	1	0	2	28	32	16	23	21	25	32	3	0	60	0	7	67	
3	137	68	0	0	3	48	127	33	105	37	79	94	0	2	171	4	33	208	
4	78	42	40	0	2	89	67	81	52	23	85	67	1	3	154	2	6	162	
5	327	119	5	3	8	201	231	122	188	122	255	172	1	4	431	1	30	462	
6	194	48	3	0	12	160	84	105	65	74	147	86	7	4	239	5	13	257	
7	214	74	7	0	6	150	139	78	115	96	99	171	12	7	283	6	12	301	
8	231	72	2	0	4	110	186	69	135	92	78	216	1	1	288	8	13	309	
9	66	9	0	0	1	28	44	19	37	16	34	37	0	1	72	0	4	76	
10	104	20	1	0	4	65	63	50	48	30	87	38	2	1	128	0	1	129	
11	157	33	2	0	4	120	72	93	59	40	76	111	2	3	188	4	4	196	
12	97	16	1	0	0	28	84	17	67	28	25	84	1	2	111	1	2	114	
13	127	22	0	0	3	39	110	9	105	35	56	86	7	0	148	1	3	152	
14	189	59	3	0	9	136	109	98	101	46	214	30	1	0	244	1	15	260	
15	164	89	15	0	6	158	101	100	91	68	119	136	2	2	259	0	15	274	
16	75	25	28	0	1	28	97	22	89	14	33	75	16	1	125	0	4	129	
17	62	30	12	2	3	30	72	21	70	11	28	68	6	0	101	1	7	109	
18	38	20	6	0	2	31	28	20	25	14	29	28	2	0	59	0	7	66	
19	159	41	3	0	5	60	137	35	108	54	92	92	8	5	190	7	11	208	
20	25	5	0	0	0	19	11	11	7	12	10	15	1	4	29	1	0	30	
21	61	27	4	0	0	30	56	18	44	24	32	53	0	1	86	0	6	92	
22	84	60	0	1	7	98	45	58	32	53	71	71	1	0	143	0	9	152	
23	108	41	6	1	0	75	70	49	61	35	44	84	16	1	142	3	11	156	
24	172	39	2	0	4	77	129	47	99	60	147	59	0	0	204	2	11	217	
25	19	3	0	0	0	13	8	10	8	3	8	12	0	1	21	0	1	22	
26	58	7	0	0	5	34	29	10	25	28	22	39	2	0	63	0	7	70	
27	89	30	5	0	4	62	54	33	43	40	33	77	6	0	115	1	12	128	
28	130	46	0	0	5	78	87	46	55	64	53	110	2	0	165	0	16	181	
29	70	3	2	0	1	26	49	20	23	32	6	69	0	0	74	1	1	76	
30	46	12	0	0	1	23	36	9	30	20	9	49	1	0	58	1	0	59	
31	69	18	0	0	1	31	55	19	47	20	13	73	0	0	83	3	2	88	
32	38	14	0	0	0	21	31	17	26	9	6	44	2	0	52	0	0	52	
33	85	47	0	0	2	48	82	35	47	48	40	82	2	6	130	0	4	134	
34	65	5	0	0	0	14	54	10	34	24	13	55	0	0	66	2	2	70	
Tot G	3747	1223	152	7	107	2268	2661	1426	2116	1387	2199	2569	110	51	4871	58	307	5236	

Apéndice E

Marcación del "yo" en grupo control																			
Pac	Yo tácito	explícito	N. Tácito	Explícito	Marcado	"Objeto"	"Sujeto"	Agente	erimenta	Paciente	Pasado	Presente	Futuro	ondición	ndicativo	ubjuntiv	Contable	Tot I.	
1	148	34	42	4	6	148	83	97	61	73	94	131	2	4	230	1	3	234	
2	161	34	15	3	6	126	88	79	48	87	73	129	6	6	209	5	5	219	
3	130	52	36	5	2	133	80	83	36	94	70	137	2	4	212	1	12	225	
4	132	70	31	6	0	170	57	110	45	72	103	109	1	14	224	3	12	239	
5	129	15	2	0	0	62	79	41	51	49	32	102	0	7	139	2	5	146	
6	249	38	0	0	0	232	50	132	38	112	147	129	0	6	282	0	5	287	
7	125	55	9	0	2	95	81	70	66	40	74	89	0	13	175	1	15	191	
8	162	64	29	3	3	180	76	115	54	87	136	108	2	10	252	4	5	261	
9	152	50	39	15	1	142	101	106	73	64	77	152	1	13	235	8	14	257	
10	111	38	13	0	0	83	79	49	64	49	43	103	2	14	161	1	0	162	
11	156	64	21	2	2	118	118	64	96	76	100	126	0	10	233	3	9	245	
12	102	19	13	1	0	48	84	32	59	41	32	99	0	1	130	2	3	135	
13	241	86	79	10	2	276	132	166	61	181	225	167	0	16	407	1	10	418	
14	91	41	15	3	4	99	39	53	31	54	66	61	1	10	135	3	16	154	
15	150	63	10	1	6	161	50	101	36	74	140	68	2	1	210	1	19	230	
16	109	26	3	1	2	77	61	50	55	33	63	61	4	10	135	3	3	141	
17	139	60	10	0	3	146	56	87	41	74	84	115	0	3	200	2	10	212	
Tot G	2487	809	367	54	39	2296	1314	1435	915	1260	1559	1886	23	142	3569	41	146	3756	

Apéndice F: Pruebas ANOVA y Tukey

Frecuencia de uso del pronombre												
EPE	ECR	CON										
0.86	0.28	0.28										
0.76	0.08	0.26										
0.46	0.25	0.27										
0.15	0.20	0.28										
0.12	0.56	0.17										
0.20	0.31	0.34										
0.09	0.36	0.23										
0.30	0.37	0.31										
0.49	0.09	0.30										
0.46	0.16	0.19										
0.06	0.24	0.29										
0.34	0.14	0.16										
0.16	0.18	0.50										
0.11	0.31	0.18										
0.08	0.33	0.27										
0.07	0.16	0.17										
0.18	0.13	0.25										
0.40	0.08											
0.18	0.25											
0.09	0.04											
0.18	0.11											
0.38	0.18											
0.08	0.19											
0.36	0.26											
0.15	0.03											
0.19	0.08											
0.13	0.15											
0.08	0.22											
0.12	0.09											
0.20	0.07											
0.63	0.11											
0.02	0.06											
0.14	0.16											
	0.08											

ANOVA: Single Factor									
DESCRIPTION					Alpha 0.05				
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper	
EPE	33	8.22	0.25	0.04296185	1.37477907	0.0268331	0.19579018	0.3025691	
ECR	34	6.34	0.19	0.01343556	0.44337334	0.02643555	0.13373168	0.2389286	
CON	17	4.46	0.26	0.00665306	0.1064489	0.03738552	0.18778147	0.33655238	
ANOVA									
Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq	
Between Groups	0.09346183	2	0.04673091	1.96674709	0.14653593	0.04631264	0.26312002	0.02249989	
Within Groups	1.92460131	81	0.02376051						
Total	2.01806314	83	0.02431401						
TUKEY HSD/KRAMER									
					alpha 0.05				
group	mean	n	ss	df	q-crit				
EPE	0.25	33	1.37477907						
ECR	0.19	34	0.44337334						
CON	0.26	17	0.1064489						
		84	1.92460131	81	3.37622222				
Q TEST									
group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
EPE	ECR	0.06284949	0.02663507	2.35965187	-0.02707642	0.15277541	0.22352546	0.08992592	0.407731
EPE	CON	0.01298729	0.03253992	0.39911865	-0.09687471	0.12284928	0.95706801	0.10986199	0.084254
ECR	CON	0.07583678	0.03237681	2.34231796	-0.03347452	0.18514809	0.22836615	0.1093113	0.491985

yo tácito	yo tácito	yo tácito										
PEE	CRE	ControlesH										
53.27	70.00	63.25										
65.98	71.64	73.52										
59.00	65.87	57.78										
82.56	48.15	55.23										
88.73	70.78	88.36										
72.57	75.49	86.76										
85.71	71.10	65.45										
79.88	74.76	62.07										
86.28	86.84	59.14										
92.40	80.62	68.52										
97.06	80.10	63.67										
82.47	85.09	75.56										
78.26	83.55	57.66										
90.48	72.69	59.09										
71.74	59.85	65.22										
92.68	58.14	77.30										
85.00	56.88	65.57										
86.73	57.58											
91.26	76.44											
67.92	83.33											
91.35	66.30											
55.96	55.26											
100.00	69.23											
90.78	79.26											
68.67	86.36											
93.52	82.86											
100.00	69.53											
95.74	71.82											
93.94	92.11											
87.07	77.97											
73.89	78.41											
57.14	73.08											
76.25	63.43											
	92.86											

ANOVA: Single Factor									
DESCRIPTION					Alpha 0.05				
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper	
PEE	33	2694.29	81.65	175.259057	5608.28983	2.03233577	77.6015826	85.689004	
CRE	34	2487.38	73.16	117.297699	3870.82406	2.00222543	69.1744563	77.1420574	
ControlesH	17	1144.13	67.30	97.5884423	1561.41508	2.83157436	61.6676907	72.9355803	
ANOVA									
Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq	
Between Groups	2572.18166	2	1286.09083	9.4355404	0.00020717	0.18895441	0.61772926	0.16725389	
Within Groups	11040.529	81	136.302827						
Total	13612.7106	83	164.008562						
TUKEY HSD/KRAMER									
					alpha 0.05				
group	mean	n	ss	df	q-crit				
PEE	81.65	33	5608.28983						
CRE	73.16	34	3870.82406						
ControlesH	67.30	17	1561.41508						
		84	11040.529	81	3.37622222				
Q TEST									
group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	8.48703639	2.01733678	4.20704985	1.67605913	15.2980137	0.0106722	6.81097726	0.726948
PEE	ControlesH	14.3436578	2.46456913	5.81994539	6.02272468	22.6645908	0.00027018	8.32093308	1.228591
CRE	ControlesH	5.85662136	2.45221533	2.38829817	-2.42260251	14.1358452	0.21568173	8.27922388	0.501643

Yoexplicito	Yoexplicito	Yoexplicito																									
PEE	CRE	ControlesH	ANOVA: Single Factor																								
39.59	27.39	14.53	DESCRIPTION																								
29.20	23.88	15.53	Alpha 0.05																								
39.08	32.69	23.11	Group Count Sum Mean Variance SS Std Err Lower Upper																								
12.79	25.93	29.29	PEE	33	529.74	16.05	141.538034	4529.2171	1.64591895	12.7779113	19.3276361																
9.86	25.76	10.27	CRE	34	743.11	21.86	63.8227136	2106.14955	1.62153361	18.6297039	25.0823904																
25.66	18.68	13.24	ControlesH	17	363.73	21.40	37.8701131	605.92181	2.29319483	16.8328575	25.9583343																
14.29	24.58	28.80	ANOVA																								
19.53	23.30	24.52	Sources SS df MS F P value Eta-sq RMSSE Omega Sq																								
12.27	11.84	19.46	Between Groups	641.945318	2	320.972659	3.5903535	0.03206368	0.08143172	0.34117376	0.05809224																
5.32	15.50	23.46	Within Groups	7241.28846	81	89.3986229																					
2.94	16.84	26.12	Total	7883.23378	83	94.9787202																					
15.46	14.04	14.07	TUKEY HSD/KRAMER alpha 0.05																								
14.13	14.47	20.57	group mean n ss df q-crit																								
9.52	22.69	26.62	PEE	16.05	33	4529.2171																					
28.26	32.48	27.39	CRE	21.86	34	2106.14955																					
2.44	19.38	18.44	ControlesH	21.40	17	605.92181																					
14.00	27.52	28.30																									
12.83	30.30																										
7.77	19.71																										
32.08	16.67																										
8.65	29.35																										
42.20	39.47																										
0.00	26.28																										
8.74	17.97																										
26.51	13.64																										
5.56	10.00																										
0.00	23.44																										
4.26	25.41																										
6.06	3.95																										
6.90	20.34																										
22.78	20.45																										
28.57	26.92																										
22.50	35.07																										
	7.14																										
			Q TEST																								
			group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d															
			PEE	CRE	5.80327345	1.63377178	3.55207106	0.28729687	11.31925	0.03689805	5.51597658	0.6133773															
			PEE	ControlesH	5.3428222	1.9959699	2.67680499	-1.39601574	12.0816601	0.14730454	6.73883794	0.565074															
			CRE	ControlesH	0.46045124	1.98596498	0.23185265	-6.24460785	7.16551034	0.98529425	6.70505909	0.048699															

Marcado	Marcado	Marcado																									
PEE	CRE	ControlesH	ANOVA: Single Factor																								
1.84	0.87	2.56	DESCRIPTION																								
2.30	2.99	2.74	Alpha 0.05																								
1.92	1.44	0.89	Group Count Sum Mean Variance SS Std Err Lower Upper																								
4.65	1.23	0.00	PEE	33	35.47	1.07	3.61795082	115.774426	0.28337791	0.51102933	1.63869565																
0.00	1.73	0.00	CRE	34	64.38	1.89	2.49310836	82.2725757	0.27917949	1.33813003	2.44908926																
1.77	4.67	0.00	ControlesH	17	18.11	1.07	1.03768941	16.6030305	0.39481942	0.27989178	1.85102539																
0.00	1.99	1.05	ANOVA																								
0.00	1.29	1.15	Sources SS df MS F P value Eta-sq RMSSE Omega Sq																								
1.08	1.32	0.39	Between Groups	13.6737023	2	6.83685114	2.57994343	0.08199472	0.05988734	0.29206156	0.03625391																
0.76	3.10	0.00	Within Groups	214.650032	81	2.6500004																					
0.00	2.04	0.82	Total	228.323735	83	2.75088837																					
0.52	0.00	0.00	TUKEY HSD/KRAMER alpha 0.05																								
7.61	1.97	0.48	group mean n ss df q-crit																								
0.00	3.46	2.60	PEE	1.07	33	115.774426																					
0.00	2.19	2.61	CRE	1.89	34	82.2725757																					
0.00	0.78	1.42	ControlesH	1.07	17	16.6030305																					
1.00	2.75	1.42																									
0.44	3.03																										
0.00	2.40																										
0.00	0.00																										
0.00	0.00																										
0.46	4.61																										
0.00	0.00																										
0.49	1.84																										
0.00	0.00																										
0.00	7.14																										
0.00	3.13																										
0.00	2.76																										
0.00	1.32																										
0.86	1.69																										
1.39	1.14																										
7.14	0.00																										
1.25	1.49																										
	0.00																										
			Q TEST																								
			group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d															
			PEE	CRE	0.81874716	0.28128654	2.91072288	-0.1309387	1.76843301	0.10513464	0.94968585	0.502952															
			PEE	ControlesH	0.0094039	0.3436462	0.02736506	-1.15082203	1.16962983	0.99979359	1.16022593	0.005777															
			CRE	ControlesH	0.82815106	0.34192365	2.42203503	-0.32625917	1.98256128	0.2066928	1.15441023	0.508729															

Yo'Sujeto'	Yo'Sujeto'	Yo'Sujeto'
PEE	CRE	ControlesH
60.61	35.65	35.47
50.80	47.76	40.18
79.31	61.06	35.56
79.07	41.36	23.85
69.01	50.00	54.11
56.64	32.68	17.42
85.71	46.18	42.41
61.54	60.19	29.12
61.73	57.89	39.30
61.98	48.84	48.77
88.24	36.73	48.16
72.16	73.68	62.22
81.52	72.37	31.58
68.25	41.92	25.32
76.09	36.86	21.74
63.41	75.19	43.26
57.00	66.06	26.42
55.75	42.42	
64.08	65.87	
62.26	36.67	
78.85	60.87	
61.93	29.61	
52.17	44.87	
70.87	59.45	
51.81	36.36	
62.04	41.43	
79.17	42.19	
76.60	48.07	
65.15	64.47	
37.07	61.02	
53.06	62.50	
64.29	59.62	
70.00	61.19	
	77.14	

ANOVA: Single Factor									
DESCRIPTION									
Alpha 0.05									
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper	
PEE	33	2178.17	66.01	130.051616	4161.65172	2.16681093	61.6939215	70.3164696	
CRE	34	1778.18	52.30	181.21235	5980.00755	2.13470826	48.0519774	56.5467771	
ControlesH	17	624.89	36.76	150.516364	2408.26182	3.01893337	30.7513163	42.7647771	
ANOVA									
Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq	
Between Groups	9883.93017	2	4941.96509	31.8965489	6.0723E-11	0.44058107	1.17560237	0.42384104	
Within Groups	12549.9211	81	154.937297						
Total	22433.8513	83	270.287365						
TUKEY HSD/KRAMER									
alpha 0.05									
group	mean	n	ss	df	q-crit				
PEE	66.01	33	4161.65172						
CRE	52.30	34	5980.00755						
ControlesH	36.76	17	2408.26182						
		84	12549.9211	81	3.37622222				
Q TEST									
group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	13.7058183	2.15081949	6.37237034	6.44417377	20.9674629	6.4864E-05	7.26164456	1.101101
PEE	ControlesH	29.2471489	2.62764422	11.1305589	20.3756381	38.1186597	4.0389E-11	8.87151081	2.349663
CRE	ControlesH	15.5413305	2.61447299	5.94434542	6.71428873	24.3683723	0.00019722	8.8270418	1.248562

Yo'Objeto'	Yo'Objeto'	Yo'Objeto'
PEE	CRE	ControlesH
34.08	47.83	63.25
44.83	41.79	57.53
18.01	23.08	59.11
20.93	54.94	71.13
30.99	43.51	42.47
38.05	62.26	80.84
12.24	49.83	49.74
36.69	35.60	68.97
37.18	36.84	55.25
32.70	50.39	51.23
8.82	61.22	48.16
22.16	24.56	35.56
15.22	25.66	66.03
28.57	52.31	64.29
19.57	57.66	70.00
24.39	21.71	54.61
30.00	27.52	68.87
42.92	46.97	
32.04	28.85	
35.85	63.33	
15.38	32.61	
27.98	64.47	
41.30	48.08	
21.36	35.48	
39.76	59.09	
28.70	48.57	
18.06	48.44	
23.40	43.09	
25.76	34.21	
62.93	38.98	
37.50	35.23	
35.71	40.38	
22.50	35.82	
	20.00	

ANOVA: Single Factor									
DESCRIPTION									
Alpha 0.05									
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper	
PEE	33	965.60	29.26	123.628466	3956.11092	2.07768868	25.1265797	33.3944772	
CRE	34	1440.31	42.36	164.381344	5424.58436	2.0469064	38.2894889	46.4348922	
ControlesH	17	1007.03	59.24	134.880316	2158.08506	2.8947628	53.4772264	64.9965663	
ANOVA									
Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq	
Between Groups	10253.4397	2	5126.71983	35.9885789	6.5504E-12	0.47050918	1.25908566	0.45446454	
Within Groups	11538.7803	81	142.454078						
Total	21792.22	83	262.556867						
TUKEY HSD/KRAMER									
alpha 0.05									
group	mean	n	ss	df	q-crit				
PEE	29.26	33	3956.11092						
CRE	42.36	34	5424.58436						
ControlesH	59.24	17	2158.08506						
		84	11538.7803	81	3.37622222				
Q TEST									
group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	13.1016621	2.06235497	6.35276771	6.13869339	20.0646308	6.8318E-05	6.96296869	1.097713
PEE	ControlesH	29.9763679	2.51956761	11.8974255	21.4697477	38.4829881	3.3387E-12	8.50662016	2.511548
CRE	ControlesH	16.8747058	2.50693812	6.73120157	8.41072563	25.338686	2.4727E-05	8.4639802	1.413835

Agente	Agente	Agente
PEE	CRE	ControlesH
22.86	20.00	41.45
23.91	23.88	36.07
9.96	15.87	36.89
11.63	50.00	46.03
12.68	26.41	28.08
9.73	40.86	45.99
6.12	25.91	36.65
15.38	22.33	44.06
16.61	25.00	41.25
17.11	38.76	30.25
8.82	47.45	26.12
9.79	14.91	23.70
8.70	5.92	39.71
14.29	37.69	34.42
8.70	36.50	43.91
19.51	17.05	35.46
21.00	19.27	41.04
18.58	30.30	
19.42	16.83	
16.98	36.67	
8.65	19.57	
18.81	38.16	
10.87	31.41	
13.59	21.66	
31.33	45.45	
19.44	14.29	
4.17	25.78	
19.15	25.41	
7.58	26.32	
33.62	15.25	
22.22	21.59	
14.29	32.69	
13.75	26.12	
	14.29	

ANOVA: Single Factor									
DESCRIPTION									
Alpha 0.05									
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper	
PEE	33	509.24	15.43	46.2328752	1479.45201	1.49502205	12.4569245	18.4061744	
CRE	34	909.59	26.75	113.43704	3743.4223	1.47287235	23.8220003	29.6831083	
ControlesH	17	631.08	37.12	46.9702349	751.523759	2.08295606	32.9781745	41.2670329	
ANOVA									
Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq	
Between Groups	5594.16366	2	2797.08183	37.9224193	2.3829E-12	0.48356605	1.26323797	0.46783182	
Within Groups	5974.39807	81	73.7580008						
Total	11568.5617	83	139.380262						
TUKEY HSD/KRAMER									
alpha 0.05									
group	mean	n	ss	df	q-crit				
PEE	15.43	33	1479.45201						
CRE	26.75	34	3743.4223						
ControlesH	37.12	17	751.523759						
		84	5974.39807	81	3.37622222				
Q TEST									
group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	11.3210049	1.48398853	7.62876845	6.31072982	16.3312799	1.9826E-06	5.01027504	1.318197
PEE	ControlesH	21.6910542	1.81298054	11.9643062	15.570029	27.8120794	2.6734E-12	6.12102518	2.525667
CRE	ControlesH	10.3700494	1.80389286	5.74870581	4.2797062	16.4603925	0.00032297	6.09034316	1.20747

Experimentador	Experimentador	Experimentador
PEE	CRE	ControlesH
47.14	22.61	26.07
32.64	34.33	21.92
52.11	50.48	16.00
50.00	32.10	18.83
60.56	40.69	34.93
32.74	25.29	13.24
40.82	38.21	34.55
43.79	43.69	20.69
42.60	48.68	28.40
38.40	37.21	39.51
70.59	30.10	39.18
55.15	58.77	43.70
47.83	69.08	14.59
38.10	38.85	20.13
69.57	33.21	15.65
48.78	68.99	39.01
33.00	64.22	19.34
43.81	37.88	
43.69	51.92	
43.40	23.33	
44.23	47.83	
41.74	21.05	
8.70	39.10	
58.25	45.62	
42.17	36.36	
35.19	35.71	
48.61	33.59	
48.94	30.39	
39.39	30.26	
24.14	50.85	
39.72	53.41	
64.29	50.00	
26.25	35.07	
	48.57	

ANOVA: Single Factor									
DESCRIPTION									
Alpha 0.05									
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper	
PEE	33	1456.32	44.13	159.539948	5105.27833	2.11325994	39.9261806	48.3356294	
CRE	34	1407.48	41.40	156.367399	5160.12416	2.08195066	37.2539191	45.5387766	
ControlesH	17	445.75	26.22	104.491349	1671.86158	2.94432286	20.3623958	32.0789536	
ANOVA									
Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq	
Between Groups	3826.90044	2	1913.45022	12.9836675	1.2852E-05	0.24275948	0.79478111	0.22198691	
Within Groups	11937.2641	81	147.373631						
Total	15764.1645	83	189.929693						
TUKEY HSD/KRAMER									
alpha 0.05									
group	mean	n	ss	df	q-crit				
PEE	44.13	33	5105.27833						
CRE	41.40	34	5160.12416						
ControlesH	26.22	17	1671.86158						
		84	11937.2641	81	3.37622222				
Q TEST									
group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	2.73455707	2.09766372	1.30362033	-4.34762178	9.81673593	0.62816689	7.08217886	0.225256
PEE	ControlesH	17.9102303	2.56270411	6.98880149	9.25797172	26.5624888	1.2171E-05	8.65225856	1.475337
CRE	ControlesH	15.1756732	2.54985839	5.9515749	6.56678464	23.7845618	0.00019362	8.60888857	1.250081

Pasado	Pasado	Pasado
49.80	56.96	40.17
44.83	37.31	33.33
40.23	37.98	31.11
32.56	52.47	43.10
28.17	55.19	21.92
69.91	57.20	51.22
34.69	32.89	38.74
47.93	25.24	52.11
38.99	44.74	29.96
38.40	67.44	26.54
73.53	38.78	40.82
40.72	21.93	23.70
34.78	36.84	53.83
28.57	82.31	42.86
17.39	43.43	60.87
29.27	25.58	44.68
46.00	25.69	39.62
57.08	43.94	
27.18	44.23	
81.13	33.33	
10.58	34.78	
36.24	46.71	
8.70	28.21	
23.30	67.74	
18.07	36.36	
25.93	31.43	
16.67	25.78	
48.94	29.28	
25.76	7.89	
29.31	15.25	
47.78	14.77	
35.71	11.54	
33.75	29.85	
	18.57	

ANOVA: Single Factor								
DESCRIPTION		Alpha	0.05					
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper
PEE	33	1221.89	37.03	280.684857	8981.91543	2.75760293	31.540239	42.5137687
CRE	34	1261.66	37.11	285.065452	9407.15991	2.7167473	31.7022136	42.5131635
ControlesH	17	674.58	39.68	121.088513	1937.41621	3.84206088	32.0367956	47.3257875

ANOVA								
Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq
Between Groups	92.7146345	2	46.3573172	0.18473147	0.83167674	0.00454056	0.09530206	-0.0197954
Within Groups	20326.4915	81	250.94434					
Total	20419.2062	83	246.014532					

TUKEY HSD/KRAMER					
		alpha	0.05		
group	mean	n	ss	df	q-crit
PEE	37.03	33	8981.91543		
CRE	37.11	34	9407.15991		
ControlesH	39.68	17	1937.41621		
		84	20326.4915	81	3.37622222

Q TEST									
group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	0.08068469	2.73725134	0.02947654	-9.16088412	9.3222535	0.99976051	9.24156881	0.005093
PEE	ControlesH	2.65428765	3.34408476	0.79372619	-8.63608562	13.9446609	0.84098566	11.2903733	0.167556
CRE	ControlesH	2.57360295	3.32732322	0.7734757	-8.66017661	13.8073825	0.84833484	11.2337796	0.162462

Futuro	Futuro	Futuro
0.41	2.17	0.85
1.84	4.48	2.74
0.00	0.00	0.89
0.00	0.62	0.42
1.41	0.22	0.00
0.88	2.72	0.00
0.00	3.99	0.00
1.78	0.32	0.77
0.00	0.00	0.39
0.00	1.55	1.23
0.00	1.02	0.00
0.52	0.88	0.00
0.00	4.61	0.00
0.00	0.38	0.65
0.00	0.73	0.87
2.44	12.40	2.84
0.00	5.50	0.00
1.33	3.03	
0.00	3.85	
0.00	3.33	
0.00	0.00	
0.92	0.66	
2.17	10.26	
0.97	0.00	
3.61	0.00	
0.00	2.86	
0.00	4.69	
0.00	1.10	
0.00	0.00	
1.72	1.69	
0.83	0.00	
0.00	3.85	
0.00	1.49	
	0.00	

ANOVA: Single Factor								
DESCRIPTION		Alpha	0.05					
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper
PEE	33	20.83	0.63	0.86045428	27.534537	0.34070324	-0.0466239	1.30916128
CRE	34	78.40	2.31	8.18284268	270.033809	0.33565551	1.6380958	2.97379415
ControlesH	17	11.65	0.69	0.79437618	12.7100189	0.47468857	-0.2593356	1.6296271

ANOVA								
Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq
Between Groups	55.5562301	2	27.778115	7.25164103	0.00126737	0.15186161	0.4862597	0.12956328
Within Groups	310.278364	81	3.83059709					
Total	365.834595	83	4.40764572					

TUKEY HSD/KRAMER					
		alpha	0.05		
group	mean	n	ss	df	q-crit
PEE	0.63	33	27.534537		
CRE	2.31	34	270.033809		
ControlesH	0.69	17	12.7100189		
		84	310.278364	81	3.37622222

Q TEST									
group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	1.67467627	0.33818879	4.9518976	0.53287575	2.81647679	0.00215976	1.14180052	0.855653
PEE	ControlesH	0.05387704	0.41316337	0.1304013	-1.34105431	1.44880839	0.99532379	1.39493135	0.027528
CRE	ControlesH	1.62079924	0.41109236	3.94266443	0.23286007	3.00873841	0.01795805	1.38793917	0.828125

Condicional	Condicional	Condicional
PEE	CRE	ControlesH
1.43	0.87	1.71
2.07	0.00	2.74
0.00	0.96	1.78
0.00	1.85	5.86
0.00	0.87	4.79
0.00	1.56	2.09
0.00	2.33	6.81
1.78	0.32	3.83
0.36	1.32	5.06
0.00	0.78	8.64
0.00	1.53	4.08
0.52	1.75	0.74
0.00	0.00	3.83
0.00	0.00	6.49
0.00	0.73	0.43
2.44	0.78	7.09
1.00	0.00	1.42
0.00	0.00	
0.00	2.40	
0.00	13.33	
0.96	1.09	
0.00	0.00	
2.17	0.64	
0.97	0.00	
1.20	4.55	
2.78	0.00	
1.39	0.00	
0.00	0.00	
0.00	0.00	
1.72	0.00	
0.56	0.00	
0.00	0.00	
0.00	4.48	
0.00	0.00	

ANOVA: Single Factor

DESCRIPTION		Alpha 0.05							
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper	
PEE	33	21.35	0.65	0.74941333	23.9812264	0.34394773	-0.037509	1.33118715	
CRE	34	42.12	1.24	5.95006434	196.352123	0.33885193	0.56472369	1.91314179	
ControlesH	17	67.39	3.96	5.99266656	95.882665	0.47920899	3.01084836	4.91779952	

ANOVA

Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq
Between Groups	129.295117	2	64.6475584	16.5597313	9.3449E-07	0.29021748	0.89550793	0.27032321
Within Groups	316.216015	81	3.90390142					
Total	445.511131	83	5.36760399					

TUKEY HSD/KRAMER

group		mean	n	ss	df	q-crit
PEE		0.65	33	23.9812264		
CRE		1.24	34	196.352123		
ControlesH		3.96	17	95.882665		

Q TEST

group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	0.59209368	0.34140934	1.73426329	-0.56058011	1.74476748	0.44122867	1.1526738	0.299668
PEE	ControlesH	3.31748489	0.41709789	7.9537321	1.90926972	4.72570006	7.6877E-07	1.40821517	1.679034
CRE	ControlesH	2.72539121	0.41500716	6.56709438	1.3242348	4.12654761	3.8567E-05	1.4011564	1.379366

Indicativo	Indicativo	Indicativo
PEE	CRE	ControlesH
92.65	82.17	98.29
94.71	89.55	95.43
97.32	82.21	94.22
100.00	95.06	93.72
98.59	93.29	95.21
92.92	93.00	98.26
97.96	94.02	91.62
97.04	93.20	96.55
97.83	94.74	91.44
94.68	99.22	99.38
97.06	95.92	95.10
93.81	97.37	96.30
95.65	97.37	97.37
95.24	93.85	87.66
95.65	94.53	91.30
87.80	96.90	95.74
87.00	92.66	94.34
98.23	89.39	
95.15	91.35	
98.11	96.67	
93.27	93.48	
89.91	94.08	
91.30	91.03	
90.29	94.01	
91.57	95.45	
90.74	90.00	
97.22	89.84	
100.00	91.16	
89.39	97.37	
99.14	98.31	
90.00	94.32	
100.00	100.00	
92.50	97.01	
	94.29	

ANOVA: Single Factor

DESCRIPTION		Alpha 0.05							
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper	
PEE	33	3122.75	94.63	13.7997221	441.591106	0.6447032	93.3460508	95.9115651	
CRE	34	3182.81	93.61	15.8962736	524.577029	0.63515152	92.3482298	94.8757344	
ControlesH	17	1611.95	94.82	9.05271983	144.843517	0.89823989	93.0332957	96.6077269	

ANOVA

Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq
Between Groups	24.1057777	2	12.0528889	0.87873426	0.41922943	0.02123637	0.17537722	-0.0028956
Within Groups	1111.01165	81	13.7161932					
Total	1135.11743	83	13.6761136					

TUKEY HSD/KRAMER

group		mean	n	ss	df	q-crit
PEE		94.63	33	441.591106		
CRE		93.61	34	524.577029		
ControlesH		94.82	17	144.843517		

Q TEST

group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	1.01682581	0.63994518	1.58892643	-1.14377133	3.17742295	0.50245696	2.16059714	0.274555
PEE	ControlesH	0.19170335	0.78181747	0.24520218	-2.44788617	2.83129287	0.98356691	2.63958952	0.051762
CRE	ControlesH	1.20852917	0.77789856	1.55358195	-1.41782925	3.83488758	0.51773837	2.62635841	0.326317

Subjuntivo	Subjuntivo	Subjuntivo
PEE	CRE	ControlesH
2.04	1.30	0.43
0.92	0.00	2.28
0.00	1.92	0.44
0.00	1.23	1.26
1.41	0.22	1.37
1.77	1.95	0.00
0.00	1.99	0.52
1.18	2.59	1.53
1.08	0.00	3.11
0.00	0.00	0.62
0.00	2.04	1.22
0.52	0.88	1.48
1.09	0.66	0.24
1.59	0.38	1.95
0.00	0.00	0.43
0.00	0.00	2.13
0.00	0.92	0.94
0.44	0.00	
0.97	3.37	
0.00	3.33	
0.96	0.00	
0.00	0.00	
2.17	1.92	
1.94	0.92	
0.00	0.00	
0.00	0.00	
0.00	0.78	
0.00	0.00	
1.52	1.32	
0.86	1.69	
0.56	3.41	
0.00	0.00	
0.00	0.00	
2.86		

ANOVA: Single Factor									
DESCRIPTION									
Alpha 0.05									
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper	
PEE	33	21.02	0.64	0.53708871	17.1868386	0.16291776	0.31276088	0.96107136	
CRE	34	35.69	1.05	1.28235052	42.3175672	0.16050403	0.73023301	1.36893836	
ControlesH	17	19.97	1.17	0.71518037	11.4428859	0.22698698	0.72279893	1.62606469	
ANOVA									
Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq	
Between Groups	4.31151429	2	2.15575715	2.46121205	0.09169152	0.05728917	0.30057787	0.03362106	
Within Groups	70.9472917	81	0.87589249						
Total	75.258806	83	0.9067326						
TUKEY HSD/KRAMER									
alpha 0.05									
group	mean	n	ss	df	q-crit				
PEE	0.64	33	17.1868386						
CRE	1.05	34	42.3175672						
ControlesH	1.17	17	11.4428859						
		84	70.9472917	81	3.37622222				
Q TEST									
group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	0.41266957	0.1617154	2.55182604	-0.13331756	0.95865669	0.17459205	0.54598712	0.440938
PEE	ControlesH	0.53751569	0.1975668	2.72067816	-0.12951375	1.20454512	0.13853684	0.66702943	0.574336
CRE	ControlesH	0.12484612	0.19657649	0.63510202	-0.53883978	0.78853203	0.89494771	0.66368591	0.133398

N. Tácito	N. Tácito	N. Tácito
PEE	CRE	ControlesH
4.49	1.74	17.95
1.61	1.49	6.85
0.00	0.00	16.00
0.00	24.69	12.97
1.41	1.08	1.37
0.00	1.17	0.00
0.00	2.33	4.71
0.59	0.65	11.11
0.36	0.00	15.18
1.52	0.78	8.02
0.00	1.02	8.57
1.03	0.88	9.63
0.00	0.00	18.90
0.00	1.15	9.74
0.00	5.47	4.35
4.88	21.71	2.13
0.00	11.01	4.72
0.00	9.09	
0.97	1.44	
0.00	0.00	
0.00	4.35	
0.46	0.00	
0.00	3.85	
0.00	0.92	
4.82	0.00	
0.93	0.00	
0.00	3.91	
0.00	0.00	
0.00	2.63	
5.17	0.00	
1.67	0.00	
7.14	0.00	
0.00	0.00	
0.00	0.00	

ANOVA: Single Factor									
DESCRIPTION									
Alpha 0.05									
Group	Count	Sum	Mean	Variance	SS	Std Err	Lower	Upper	
PEE	33	37.05	1.12	3.64316618	116.581318	0.80732174	-0.4836871	2.72894697	
CRE	34	101.35	2.98	32.9900645	1088.67213	0.79536076	1.39829926	4.56333612	
ControlesH	17	152.19	8.95	33.5577179	536.923486	1.12480998	6.71461952	11.1906576	
ANOVA									
Sources	SS	df	MS	F	P value	Eta-sq	RMSSE	Omega Sq	
Between Groups	700.970092	2	350.485046	16.295296	1.1279E-06	0.28691277	0.88214643	0.26695553	
Within Groups	1742.17693	81	21.5083572						
Total	2443.14702	83	29.4355063						
TUKEY HSD/KRAMER									
alpha 0.05									
group	mean	n	ss	df	q-crit				
PEE	1.12	33	116.581318						
CRE	2.98	34	1088.67213						
ControlesH	8.95	17	536.923486						
		84	1742.17693	81	3.37622222				
Q TEST									
group 1	group 2	mean	std err	q-stat	lower	upper	p-value	mean-crit	Cohen d
PEE	CRE	1.85818775	0.80136357	2.31878242	-0.84739374	4.56376924	0.23505282	2.70558149	0.400669
PEE	ControlesH	7.8300086	0.97902142	7.9977909	4.52461473	11.1354025	6.7528E-07	3.30539387	1.688335
CRE	ControlesH	5.97182085	0.97411401	6.13051528	2.68299547	9.26064623	0.00012225	3.28882538	1.287666

