

Sobre el déficit pragmático en la utilización de pares adyacentes, por pacientes esquizofrénicos crónicos, y de primer brote

On pragmatic deficits in the use of adjacent pairs by chronic schizophrenic patients, and first outbreak

Eduardo Durán L.¹ y Alicia Figueroa B.²

This study aims to demonstrate through a qualitative assessment of the linguistic problems in the primary communication of schizophrenic subjects. We refer to the pragmatic deficit presenting his speech. The methodology of the study consists of 40 speech samples of subjects diagnosed with schizophrenia according to DSM-IV and ICD-10, which were obtained from clinical interviews with informed consent in the health network in Santiago, Chile. Of these samples, 12 patients are first outbreak and 28 to chronic whose ages vary between 17 and 50 years. The results point to verify the existence of a further deterioration of the pragmatic functions in chronic patients than in patients with first episode. These deficiencies are clearly visible in the use of communicative strategies such as pairs adjacent initials, which only meet the communicative purpose in the first turns of speech. Based on the behavior and cognitive pragmalingüístico subjects intend releasing results that point to search for evidence of an early diagnosis, the chronic course of schizophrenia gives less chance of recovery and integration of patients. The results point to verify the existence of a further deterioration of the pragmatic functions in chronic patients than in patients with first episode. These deficiencies are clearly visible in the use of communicative strategies such as pairs adjacent initials, which only meet the communicative purpose in the first turns of speech. These segments are almost always start with some strategies. Based on the behavior and cognitive pragmalingüístico subjects intend releasing results that point to search for evidence of an early diagnosis, the chronic course of schizophrenia gives less chance of recovery and integration of patients.

Key words: Pragmatic deficit, schizophrenia, speech, communicative strategies, pairs adjacent. *Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (4): 259-270*

Recibido: 20/08/2009

Aceptado: 10/12/2009

¹ Médico psiquiatra, Académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

² Doctora en Lingüística Universidad de Valladolid.

Introducción

Este trabajo se propone evidenciar uno de los problemas primarios en la comunicación de sujetos esquizofrénicos. Nos referimos al déficit pragmático que presenta su discurso. Muchos autores señalan que con frecuencia los estudios de lenguaje y la esquizofrenia se han centrado casi únicamente en los aspectos morfosintácticos del habla. También se tiende a pensar que el hallazgo de patologías lingüísticas es lo que debe relevarse como factor preponderante. Estas son razones por las que, en la actualidad se hace necesaria una perspectiva que incluya el contexto comunicativo de las intervenciones discursivas de los pacientes, ya que solo así puede analizarse debidamente el desempeño lingüístico de los sujetos.

En efecto, esta es la dimensión que aborda la pragmática del discurso. Como sabemos, **la pragmática es la disciplina que estudia el lenguaje en situación**. Junto al plano semántico, es de los componentes centrales del habla. Si uno de ellos presenta un déficit, se verá comprometida la eficacia discursiva del hablante.

Para la psiquiatría el lenguaje es un elemento cardinal como herramienta diagnóstica, el contacto entre el médico y el paciente proporciona información de gran trascendencia acerca del sujeto y su padecimiento, suministra significativos hallazgos acerca de la evolución de su cuadro patológico, dando la posibilidad de otorgar un rápido tratamiento terapéutico y farmacológico.

Una de las dimensiones discursivas en la observación del déficit pragmático esquizofrénico, es la falta de eficiencia comunicativa de los pacientes, sumado al progresivo deterioro de la unidad interna de las actividades de la neurocognición y de la vida afectiva, configurando los mayores problemas que genera este padecimiento en sus diversas etapas.

Dado que la organización del discurso oral no es lineal, sino que por el contrario, se trata de una estructuración jerárquica, que posee múltiples estructuras subyacentes e interdependientes y se presenta en niveles de coherencia cada vez

más complejos conforme se intercambia información, cabe suponer que en el manejo de la lengua, más eficaz o con menor competencia, revelará inconfundiblemente el déficit pragmalingüístico presente en el discurso oral de sujetos esquizofrénicos.

Es importante recordar que en la situación oral de enunciación se da una participación simultánea de los interlocutores, quienes además de compartir un tiempo y un espacio, inician una activación de referentes, de negociación y construcción del significado que se da en tiempo real. A este proceso contribuyen las características psicosociales que poseen los hablantes, tales como la jerarquía, el estatus, los roles, o la imagen social.

En el presente estudio abordaremos desde un análisis pragmático los pares adyacentes que se producen en las estrategias de inicio y cierre de una conversación, además de aquellos que se generan al responder preguntas en el marco de la entrevista clínica.

Sacks, Shegloff y Jefferson en 1974, señalan que **los pares adyacentes consisten en una estructura formada por dos turnos conversacionales consecutivos**, se caracterizan por que la presencia del primer turno conversacional motiva la aparición del segundo turno, por ejemplo frente a un saludo: [*hola, ¿Qué tal?*], se anticipa una segunda parte como [*bien, ¿y tú?*]. En síntesis, constituyen pares mínimos de interacción comunicativa.

Diversos autores como Van Dijk, Calsamiglia y Tusón, entre otros, proponen una tipología de pares adyacentes en función del acto de habla que se lleva a cabo con ellos. Pares adyacentes típicos pueden ser representados por los ejemplos siguientes:

- saludo-saludo: A: [*Buenos días*] B: [*Buenos*].
- pregunta-respuesta: A: [*¿tienes hambre?*]; B: [*sí, mucha*].
- ofrecimiento-aceptación/rechazo: A: [*¿quieres una pizza?*]; B: [*Sí, me encantan*].
- agradecimiento-minimización: A: [*Gracias por acompañarme*]; B: [*No fue nada, descuida*].
- cumplido-aceptación/rechazo: A: [*¡Qué bien te quedó el corte de pelo!*]; B: [*Pero a mí no me gustó nada*] (Tusón1997: 58-59).

Por otra parte, también señalan que ocasionalmente algunos pares adyacentes se insertan en otros, lo que obliga de cierta forma a relativizar el concepto de adyacencia, que en este caso se daría semánticamente y no en forma lineal, este es el ejemplo que ella presenta:

A: [*¿Vamos?*].

B: [*¿Ya es la hora?*].

A: [*casi*].

B: [*sí, vamos*].

En este ejemplo puede apreciarse que en vez de una respuesta de aceptación/rechazo, se inserta otra pregunta, sin embargo, ello no afecta la interacción entre los interlocutores A y B. Con esto podemos comprender que las estructuras de interacción se organizan en un nivel superior en lo semántico. En el caso de la narración de historias, el interlocutor deberá proveer de algunas pistas de orientación introductoria al receptor, ya que los cambios de tema de forma brusca y sin justificación afectan la imagen social de quien pasa por alto estos requisitos comunicativos, impidiéndole a su interlocutor negociar el significado.

Como **acto ilocutivo***, el turno de habla permite anticipar el segundo par comunicativo, por ejemplo, pregunta = respuesta; petición = aceptación o rechazo; etc. Sin embargo, como vimos en el ejemplo propuesto por Tusón, los pares adyacentes pueden componer más de un acto de habla.

En el desarrollo de una conversación de cualquier índole entran en juego algunos elementos universales, los que sumados, presuponen un conocimiento compartido entre los hablantes, quienes con frecuencia comparten rasgos socioculturales similares, por tanto, la mayor parte de las veces logran comunicarse con fluidez. Como señala Tusón (1997: 60), toda interacción comunicativa posee la siguiente estructura:

1. Bloque inicial o apertura.
2. Bloque central o cuerpo de la interacción.
3. Bloque final o cierre.

La interacción es la unidad mayor y queda delimitada por los rituales de apertura y cierre, en los que se insertan los pares adyacentes.

La correcta discriminación de lo adecuado en determinados contextos de habla, se basa exclusivamente en nuestro proceso vivencial de aculturación. Las facultades lingüísticas-comunicativas no son otra cosa que el resultado de la interacción entre factores biológicos y culturales, cuya estrecha relación nos otorga una imagen social que vamos construyendo en nuestro interactuar con otros. Geertz, (1973) señala que: “El sistema nervioso de la especie humana no solo le capacita para adquirir cultura sino que exige su adquisición para poder funcionar” (Geertz, 1973: 679).

A través de la comunicación establecemos relaciones con los demás y las mantenemos. Por tanto, los hablantes que se ven afectados por alguna patología en la que no pueden negociar el significado o adecuarse apropiadamente a los contextos comunicativos ven deteriorada e incluso ausente esta imagen social.

Las características comunicativas que hemos descrito con anterioridad comportan formas específicas de interacción entre los hablantes. En el caso de sujetos con esquizofrenia nos encontramos en presencia del incumplimiento, distorsión o ausencia de estas formas de interacción específica. Las causas de esta subversión de las estructuras discursivas obedecen a diversas causas. Autores como Ruiz-Vargas (1993) señalan que la escasa fluencia del lenguaje está relacionada con síntomas del síndrome negativo, especialmente con la falta de espontaneidad y con la relación deficiente con el interlocutor.

*Austin (1982). Dimensiones del acto de habla: locutiva (la actividad de decir algo, plano fónico); ilocutiva (la actividad que realizamos al decir algo, esto es, prometer, pedir, ordenar, etc); perlocutiva (las consecuencias que se alcanzan por haber dicho algo, en el interlocutor).

Método

La metodología del estudio comprende 40 muestras de habla de sujetos diagnosticados de esquizofrenia, según criterios del DSM-IV y CIE-10, las que fueron obtenidas de entrevistas clínicas con consentimiento informado en la red de salud de Santiago de Chile. De dichas muestras, 12 corresponden a pacientes de primer brote y 28 a crónicos, cuyas edades varían entre los 17 y 50 años. Los sujetos seleccionados representan un amplio espectro de estadios de la enfermedad y síndromes, por lo tanto, son considerados representativos de la patología. Cabe destacar que en este estudio se pretende comparar las estrategias comunicativas de pacientes de primer brote versus pacientes crónicos en la misma situación comunicativa.

A continuación señalamos los criterios de inclusión y exclusión del corpus:

Criterios de inclusión:

1. Diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM-IV y CIE-10.
2. Edad comprendida entre 17 y 50 años.
3. Asistencia regular a controles psiquiátricos, terapias y tratamiento farmacológico.
4. Haber aceptado libremente la participación en la entrevista, con consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Enfermedades mentales concomitantes.
2. Abuso de sustancias tóxicas.
3. No haber firmado el consentimiento informado para la entrevista (Tablas 1 y 2).

Hemos tomado en cuenta los pares adyacentes que corresponden a elocuciones sucesivas tales como:

- Estrategias del inicio de la interacción: saludo, invitación a tomar asiento, preguntas sobre datos personales.
- Estrategias de cierre: agradecimiento por la entrevista, despedida

Resultados

El análisis del corpus comprendió la totalidad de los turnos de habla de los sujetos entrevistados. Fueron contabilizadas todas las intervenciones realizadas por los pacientes y se aislaron de las correspondientes a los psiquiatras que realizaron las entrevistas. Dado que, en promedio, una entrevista clínica supera los 30 minutos, obtuvimos similares cantidades de intervenciones discursivas entre las entrevistas registradas, aproximadamente 35 horas de video grabación y grabación digital transcritas con exactitud.

En nuestro análisis pudimos comprobar la existencia de un mayor deterioro de las funciones pragmáticas en los pacientes crónicos que en los pacientes de primer brote. Estas deficiencias son claramente apreciables en la utilización de los pares adyacentes que únicamente cumplen el propósito comunicativo en los primeros turnos de habla. Estos segmentos casi siempre corresponden a algunas estrategias de inicio. Presentamos los siguientes ejemplos (Tablas 3 y 4).

En el caso de los pacientes de primer brote, nos parece que tanto el macroprocesamiento de la información, que incluye el conocimiento del

Tabla 1. Resumen de pacientes Primer Brote, sexo, promedio de edad

Grupo 1: Primer brote 12 pacientes		
Sexo	Cantidad de pacientes	Promedio edades
M	9	21,3 a
F	3	22,3 a

Tabla 2. Resumen de pacientes Crónicos, sexo, promedio de edad

Grupo 2: Crónicos 28 pacientes		
Sexo	Cantidad de pacientes	Promedio edades
M	19	37,6 a
F	9	42,5 a

mundo, como el microprocesamiento, que contiene el conocimiento lingüístico del individuo, aún se mantienen vinculados, correspondiéndose.

Sin embargo, el discurso se encuentra empobrecido, carente de recursos estilísticos, sin espontaneidad, propendiendo a la utilización de estructuras sintácticas en extremo escuetas. Las oraciones son simples, desprovistas de elementos que podrían enriquecer sus expresiones acercándolas a una situación comunicativa corriente.

En el caso de los pacientes crónicos, la situación se complejiza, puesto que la mayor parte de las intervenciones comunicativas es muy difícil descubrir la vinculación que mantienen con los referentes que utilizan. Estos pacientes se comunican con fluidez solo en tareas verbales muy simples que no requieren un esfuerzo atencional ex-

cesivo, como responder a un saludo, decir el nombre, edad, etc. Sin embargo, apenas se les pide algún tipo de tarea que requiera recursos de mayor complejidad, como explicar o iniciar una narración contextualizándola, se presentan problemas tanto en la estructura sintáctica como semántica del discurso. En consecuencia, podemos inferir que su capacidad atencional es muy breve y se limita probablemente a segmentos informativos específicos, siendo una de las evidencias del deterioro pragmático. Claramente a mayor demanda atencional, menor desempeño pragmático.

Como es de suponer, la primera parte de la interacción entre médico y paciente está dominada por actos de habla directivos, por parte del psiquiatra; casi no existe negociación del significado por parte de los sujetos entrevistados, quie-

Tabla 3. Ejemplos del discurso de pacientes crónicos

Pacientes Esquizofrénicos Crónicos	
Ejemplo paciente nº 1	Observaciones
1. E: Buenos días ¹ 1. S: Buenos días	Los pares adyacentes del inicio de la conversación del sujeto nº1, corresponden a lo que podríamos llamar una convención contextualizadora, es decir, se inicia la entrevista con un saludo que es respondido por el paciente sin mayores inconvenientes, debido a que se trata de una estructura ritual de la conversación. Sin embargo, una vez que se le solicita entregue mayor información, las expectativas informativas de parte del oyente, no son satisfechas por el hablante. En este caso el sujeto logra desempeñarse bien sólo en los dos primeros turnos de habla, tras lo cual inicia una narración desprovista de contexto, sin ninguna introducción que anticipe los cambios de temas y referentes para quien lo entrevista. Pese a ello el psiquiatra realiza esfuerzos para mantener la atención del paciente, dirigiendo su atención a estos referentes que no quedan claros, como vemos entre el tercer y cuarto turno de habla.
2. E: soy el doctor X, ¿cómo se llama usted? 2. S: S. A. A. L.	
3. E: cuéntenos, ¿por qué está aquí? 3. S: bueno, yo estoy aquí por unos problemas digamos, eh...eh...estoy enfermo ahora...esto caducó, mis viejos se fueron de la casa, mi papá se fue de la casa, yo me fui a otra pieza, con la rubia, estaba entre la rubia y la morena, y resulta que perdí a la rubia, poh' ¿cachai?, y ahí sentí pena, mucha pena.	
4. E: a ver, ¿tuvo un problema con...?, ¿la eligió...?, ¿Cómo pareja...? 4. S: claro, a mi primera mujer, la rubia, la engañé, la engañé con la morena, con la madre de mi hija.	
5. E. ¿la engañó con la madre de su hija? 5. S: claro,	
6. E: ¿no es su actual pareja? 6. S: no es mi actual pareja.	
7. E: cuéntenos, cómo fue eso. 7. S: bueno, engañé a la rubia, se llama Mabel, rubia se llama...	
8. E: ya, la niña rubia se va a llamar Mabel. 8. S: claro, yo la engañé a ella con mi mujer, con la mamá de mi hija.	
9. E: ya	

¹E: entrevistador; S: sujeto.

Tabla 3. Ejemplo del discurso de pacientes crónicos (continuación)

Pacientes Esquizofrénicos Crónicos	
Ejemplo paciente n° 2	Observaciones
<p>1. S: ¡hola doctor!, ¿cómo le va? buscando un diario vivir, mejor, en el hospital. Bien, Bien, bien bien ¿ah?, ¿cierto?, sí, bueno yo me llamo X, espero que nos llevemos bien hoy día para que tengamos un día feliz...eh...yo quiero decirles mi...parte de mi vida es que puedo darme cuenta de toda la realidad concreta que nos hace mejores cuando nace un hijo de una pareja innato, conciencia, innato, o sea conciencia y lo otro, género humano de la parte congenia, con... genia, con... génito ¿cierto?, viene más allá de innato, congénito eh... viene del verbo mental como proceso, la verdad. Va por hecho, lo congénito somos capaces de discernir el bien del mal para después tener conciencia de saber una... una esencia del bien lo para manejar el comportarse con influencias definitivas del mundo, lograr como somos capaces de que uno y los demás y tener para sí un don vivo y capaz de creer en el amor y más sobre todas las cosas el perdón, la amistad, ¿ya? Me quedó completa la introducción, me costó un poquito, pero tenía que hablar así, inint². lograr un punto de vista, hay palabras que son nemotécnicos y en computación son comandos, ¿puede ser o no?, ¿sí?, entonces yo inint. bueno en el próximo vamos a esperar mucho, inint. para mi es un lugarcillo no más un con capacidad al momento, así son las cosas que hablo yo, entonces mira: errar tiene la a ¿cierto?, errar tiene la a, error la o ¿sí?, ya ahí entonces, el proceso de sinapsis las neuronas cómo piensan y como van dando ajuste a los procesos mentales, como procede el cerebro, como a través fun fun... a través de un funcionamiento entre nosotros interactivos, ya, entonces... también está la parte, esto yo lo inventé, pero 'ta bien, está bien, accesar información, es accesar información al revés, claro, es al revés, accesar información y 'tar porque uno actúa inint. después viene el poder lógico de tu lado (ríe compulsivamente...) ¿'ta bien o no?, ¿usted lo vio?</p> <p>1. E: don X, buenos días...</p> <p>1. S: ¿ah?, ¿qué pasó?</p> <p>2. E: soy el doctor X</p> <p>2. S: Ah, un gusto haberlo visto, (lo saluda de mano), con mayor caballerosidad...</p>	<p>Después del inicio no motivado de esta intervención del paciente n° 2, el psiquiatra intenta reformular el inicio de la conversación, como puede apreciarse en el turno 1 del Entrevistador. En este ejemplo se encuentran presentes diversas transgresiones a las máximas de Grice³. En primer lugar no existe una intención de colaborar restringiéndose el principio de cooperación apenas se ha iniciado la intervención. Por otra parte, también es posible apreciar que el sujeto entrevistado asume como una responsabilidad comunicativa, la elaboración de una: Introducción, como él la llama. De aquí se desprende que existe una conciencia de las necesidades comunicativas del interlocutor, sin embargo, esta necesidad no puede ser satisfecha por el sujeto entrevistado, quien divaga por una serie de temas superpuestos y en ocasiones introducidos por asociación consonántica.</p>

¹Inint: ininteligible por que el sujeto entrevistado habla entre dientes. ²Máximas de Grice: en opinión de este autor, las intervenciones de los hablantes están regidas por el llamado, Principio de cooperación, que consiste en que la contribución de los hablantes implicados en una situación comunicativa debe ser la requerida para llegar a la finalidad comunicativa esperada. Pueden resumirse como sigue:

1. De cantidad: Haz que tu contribución sea tan **informativa** como sea necesario.
2. De cualidad: Haz que tu contribución sea **verdadera**.
3. De relevancia: Sé **pertinente**, no digas algo que no viene al caso.
4. De manera: Sé **claro**, evita la ambigüedad, sé breve, sé ordenado.

nes más bien inician sus intervenciones respondiendo a las preguntas. Al comprender esta situación, los entrevistadores recurren a menudo a fórmulas corteses al inicio de la entrevista, a fin de generar confianza en el paciente para que se

desenvuelva de forma natural, por ejemplo: destacando la importancia que reviste la conversación para ellos como profesionales de la salud, la confidencialidad de la información, el interés que tienen en su caso, etc.

Tabla 3. Ejemplo del discurso de pacientes crónicos (continuación)

Pacientes Esquizofrénicos Crónicos		
Ejemplo paciente n° 3		Observaciones
97. E: <i>Dejó la clozapina ¿y que pasó ahí?</i>		(El ejemplo extractado de esta entrevista está tomado a partir del turno de habla n° 97, casi finalizando la entrevista)
97. S: <i>Sufrió mucho pensando cosas, la pasé muy mal, pero aún así el tío X me contó varias cosas de mi familia, de mi padre, de... cosas que pasaron en mi vida también la vida de mi mamá, yo digo mi abuelo X y mi abuela X son muy... cínicos, son muy cínicos fueron muy cínicos mis familiares.</i>		
98. E: <i>¿Cómo estaba el sueño cuando dejaste de tomar las tabletas clozapina?</i>		En el segmento escogido puede observarse una serie de preguntas que contienen algunos pares adyacentes. Como es el caso de los turnos 98 y 99. Podemos apreciar que el paciente consigue responder a las expectativas de información que le solicita el entrevistador. No obstante toda vez que se le pide entregar mayor cantidad de información, como en la narración de una experiencia vivida luego de abandonar el tratamiento, su relato se disgrega, como podemos ver en los turnos 100 al 104, segmentos en los que el paciente pretende explicar su condición de salud actual.
98. S: <i>Mal, mal muy mal.</i>		
99. E: <i>¿Dormía?</i>		
99. S: <i>No, no dormía porque sentí los primeros síntomas de la sensación esta de meterme en la mente de las personas y yo dije no...</i>		
100. E: <i>¿Y ahí pasó lo del budismo?</i>		
100. S: <i>Claro dije, dije: ya con esta me, con esta me, me las mandé, ya estoy encalillao' tengo que seguir adelante hasta el fin no más, no puedo volver atrás es imposible inint y ahí digo no más si estoy súper bien.</i>		
101. E: <i>O sea se siente bien ahora.</i>		
101. S: <i>Si me siento bien.</i>		
102. E: <i>¿Estás sano o estás enfermo?</i>		
102. S: <i>Yo digo que una o dos, estoy sano porque sé como funciona el mundo, pero estoy enfermo porque por... por por estar enfermo.</i>		
103. E: <i>¿Pero tú encuentras alguna razón en ti como para que estés enfermo?</i>		
103. S: <i>Yo digo, no sé, quizás me haría falta una... una compañera, una pareja.</i>		
104. E: <i>Pero esto por ejemplo que puedas conectarte con la gente de la tele ¿para ti esto es estar sano o estar enfermo?</i>		
104. S: <i>No, es bueno, es darme cuenta que es bueno, es productivo porque eh... todo lo que pasa en el mundo, las cosas las noticias y yo me siento bien y yo digo: "seré un cabro chico me lo paso moviéndome y jugando todavía", pero tengo esa posibilidad.</i>		
105. E: <i>Entiendo... Bueno X, queremos darte las gracias por tu gentileza de haber conversado con nosotros.</i>		
105. S: <i>Muchas gracias a ustedes... ¿Terminó?</i> E: <i>Si terminó, muchas gracias.</i>		

Es por todos sabido, que en una circunstancia comunicativa correspondiente a una entrevista clínica, predomina una estructura de pregunta-respuesta. Cabe entonces la reflexión de proveerles a los sujetos otro contexto comunicativo, que

permita evitar por su naturalidad esta clase de inconvenientes.

En la actuación lingüística de un esquizofrénico, el diseño semántico y pragmático del discurso se ve afectado en casi todos sus planos. A

Tabla 4. Ejemplos de discurso de pacientes primer brote

Pacientes con Primer brote Esquizofrénico	
Ejemplo paciente n° 1	Observaciones
<p>1. S: Buenas tardes</p> <p>1. E: Tome asiento... ¿Cuál es su nombre?</p> <p>2. S: XX</p> <p>2. E: Soy el doctor X, acá somos todos médicos, psiquiatras y psicólogos, estamos para conversar con usted un poco.</p> <p>3. S: Ok.</p> <p>3. E: Cuénteme, ¿ X. (menciona el nombre del paciente) me dijo?</p> <p>4. S: X.</p> <p>4. E: ¿Cuénteme don X. cuánto tiempo que está acá?</p> <p>5. S: Bueno llegué anoche.</p> <p>5. E: ¿Anoche?</p> <p>6. S: Anoche claro, anoche, en la tarde más o menos, o sea perdón en la tarde de ayer.</p>	<p>En el caso de este paciente, nos damos cuenta que la participación en la entrevista mantiene la estructura semántico-discursiva, bastante conservada. Podemos apreciar la correlación entre los pares adyacentes que se presentan en este segmento. El sujeto es capaz de mantener en equilibrio las máximas de Grice. Asimismo, este sujeto es capaz de negociar los referentes en los que se apoya, es capaz de corregirse, rectificando información que a él le parece imprecisa, pero que no resulta significativa en términos comunicativos.</p>
Ejemplo paciente n° 2	Observaciones
<p>106. E: ¿Se recuerda usted que fue lo que motivó ese conflicto que tuvo con sus padres?</p> <p>106. S: Eh... si... bueno... yo ese día me sentía un poco afligido, me sentía un poco como le dijera, quería botar toda mi energía, quería liberarme, quería estar libre y como uno de repente se equivoca de repente, se desquita con los seres queridos, me entiende, pero no fue de que yo les tuviera mala, les tuviera, les deseara el mal, no por el contrario yo a mi familia les deseo el bien, les deseo que sean prósperos siempre, aparte que yo no soy un criminal, yo no he cometido violación, homicidio, secuestro o algo por el estilo, tráfico o algo por el estilo, me entiende, yo soy una persona que... que soy limpia en ese sentido, o sea yo estoy acá por algo patológico más bien dicho, no por algo judicial, me entiende.</p> <p>107. E: ¿Y antes en algún otro momento había sentido o le había pasado esto de que se sentía así de distinto y que tuviera problemas con su familia también por eso?</p> <p>107. S: Eh... no, no, no, no, si no, no tengo mayores problemas con mi familia, siempre nosotros nos llevamos bien, siempre hemos estado en comunión, siempre hemos sido juntos, siempre bien, bien, bien fuertes porque, yo lo hablaba como que la familia somos un pequeño cartoncito, me entiende, un cartoncito que si se junta va a prender una llama y esa llama se mantiene siempre, se mantiene fuerte, me entiende, esa llamita es la que está aún con vida, me entiende, la que aún no se apaga, me entiende, la que aún permanece.</p>	<p>En referencia a la utilización de los pares adyacentes, este sujeto presenta un mejor desempeño en el manejo de estas estructuras. En consecuencia, el discurso a nivel macro estructural se encuentra conservado aún. En lo que toca a nuestro trabajo, las estrategias de inicio y cierre pueden no sólo ser identificadas sino que incluso son bien comprendidas por los interlocutores, asimismo las respuestas a preguntas directas. Sin embargo, es posible observar en elaboración de las explicaciones una ausencia en la utilización de marcadores del discurso que estructuran la información. No se reformula la información, no se entregan datos relevantes, y el segmento permanece sin añadir información o introducir las causas o las consecuencias de la situación que relata. En síntesis, está desprovisto de los procedimientos básicos que hacen posible pasar de un concepto oscuro y complejo a un objeto explicado.</p>

fin de sistematizar nuestro análisis, utilizamos como punto de referencia el protocolo de Prutting y Kichnner, dicho instrumento, sin ser considerado un test, orienta la observación de diferentes dominios pragmáticos del discurso de los sujetos estudiados.

Como sabemos, los test utilizan una estructura de entrevista y desarrollo de funciones comunicativas específicas que a menudo condicionan las emisiones del sujeto, en consecuencia, se obtienen intervenciones que presentan actos de habla de orientación reactiva.

Esta es la razón por la que fue de interés para la descripción de las conductas discursivas de los sujetos en términos de uso apropiado versus inapropiado, considerando que las entrevistas clínicas con frecuencia abordan los mismos temas, y contienen preguntas acerca de los datos personales, edad, nombre, tiempo de hospitalización, noción o conciencia de enfermedad, fecha, estudios, situa-

ción económica, estado civil, hijos, de los pacientes entrevistados. La mayor parte de estas preguntas refieren acciones discursivas de carácter directivo. En el corpus analizado para este estudio pudimos apreciar que la gran mayoría de los pacientes consiguen responder a las preguntas iniciales que son catalogadas como pares adyacentes. Por el hecho de tratarse de actos de habla directivos y por ser una estructura de pregunta y respuesta, nos parece que la mayor parte de los pacientes se encuentran orientados al menos al inicio de la entrevista. Por lo tanto pensamos que en un futuro trabajo la observación del discurso de los pacientes debería realizarse a partir del protocolo de Prutting y no solo como un referente de los dominios discursivos a tener en cuenta.

A continuación, presentamos dos tablas comparativas del comportamiento pragmático-lingüístico de ambos grupos de pacientes (Tablas 4 y 5).

Tabla 5. Pares adyacentes en pacientes crónicos

Categoría pragmática	Uso apropiado	Uso inapropiado
Estrategias de inicio:		
Saludos	✓	✓
Invitación a tomar asiento	✓	
Petición de información personal (nombre, edad, ocupación)		✓
Petición de información de salud		✓
Estrategias de cierre		
Agradecimientos	✓	
Despedida		✓

Tabla 6. Pares adyacentes en pacientes de primer brote

Categoría pragmática	Uso apropiado	Uso inapropiado
Estrategias de inicio:		
Saludos	✓	
Invitación a tomar asiento	✓	
Petición de información personal (nombre, edad, ocupación)	✓	
Petición de información de salud		✓
Estrategias de cierre		
Agradecimientos	✓	
Despedida	✓	

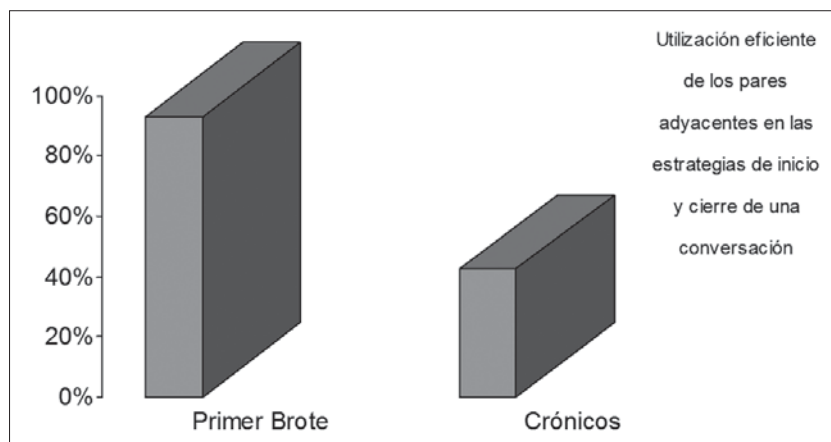


Figura 1. Comparación de la utilización eficiente de los pares adyacentes en las estrategias de inicio y cierre de una conversación, entre sujetos esquizofrénicos crónicos y de primer brote.

Como puede apreciarse en las tablas de criterios anteriores, el interlocutor de un sujeto esquizofrénico, debe realizar un gran esfuerzo por reconstruir el significado de las intervenciones que éste produce. De una manera u otra, en esta situación comunicativa es el receptor el que orienta al hablante en la selección de los referentes, a fin de obtener información significativa.

En el siguiente gráfico se ilustra la competencia comunicativa de los pacientes de primer brote versus crónicos. Como fueron contabilizados los turnos de habla de los entrevistados, fue posible cuantificar los resultados en una estadística (Figura 1).

Conclusiones

Es posible resumir nuestros hallazgos como sigue:

1. En los pacientes esquizofrénicos se produce un déficit de la competencia pragmática del lenguaje, posiblemente debida al déficit en el procesamiento controlado de la información.
2. Los esquizofrénicos crónicos y de primer brote pueden utilizar pares adyacentes de forma adecuada, pero no logran comunicarse de un modo efectivo debido a que no tienen en cuenta a sus interlocutores y las necesidades informativas de éstos.

3. Los esquizofrénicos de primer brote tienen un mejor desempeño comunicativo que los sujetos esquizofrénicos crónicos, no obstante, su discurso se encuentra empobrecido, carente de recursos estilísticos, sin espontaneidad, propendiendo a la utilización de estructuras sintácticas en extremo escuetas.
4. La utilización adecuada de los pares adyacentes en las secuencias de inicio, tanto en sujetos esquizofrénicos crónicos y de primer brote, se debe a que son fórmulas o estrategias comunicativas recurrentes en la conversación y que tienen un carácter ritual. Además de esto, los pares adyacentes son estructuras simples desde el punto de vista gramatical.
5. Se cree que los esquizofrénicos crónicos presentan mayores problemas pragmáticos en aquellas tareas comunicativas que revisten mayor atención. La utilización de estructuras gramaticales de mayor complejidad impide que ellos centren su atención en las necesidades informativas del interlocutor, y no consideren el contexto.
6. La actuación del paciente esquizofrénico crónico o de primer brote, se vuelve ineficaz, cuando el número de elementos verbales aumenta.

Para finalizar, nos gustaría señalar la enorme importancia del diagnóstico precoz en la esquizofrenia. El diagnóstico, en nuestro medio, se reali-

za cuando el paciente es evaluado por primera vez por el psiquiatra. Debido a que el tiempo transcurrido desde del inicio de la enfermedad hasta las primeras pesquisas, supera los 18 meses, nos parece urgente disminuirlo. Pensamos que el diagnóstico temprano es también sinónimo de

un tratamiento temprano para evitar el progresivo deterioro de la unidad interna del individuo, evitando así algunos de los problemas cotidianos que los esquizofrénicos crónicos tienen al ser incapaces de expresar sus sentimientos, intereses y deseos a sus interlocutores.

Resumen

El presente estudio tiene por objetivo evidenciar por medio de la evaluación lingüística cualitativa uno de los problemas primarios en la comunicación de sujetos esquizofrénicos. Nos referimos al déficit pragmático que presenta su discurso. La metodología del estudio comprende 40 muestras de habla de sujetos diagnosticados de esquizofrenia, según criterios del DSM-IV y CIE-10, las que fueron obtenidas de entrevistas clínicas con consentimiento informado en la red de salud de Santiago de Chile. De dichas muestras, 12 corresponden a pacientes con un primer brote y 28 pacientes a enfermos crónicos, cuyas edades varían entre los 17 y 50 años. Los resultados apuntan a la comprobación de la existencia de un mayor deterioro de las funciones pragmáticas en los pacientes crónicos que en los pacientes de primer brote. Estas deficiencias son claramente apreciables en la utilización de estrategias comunicativas tales como los pares adyacentes iniciales, que únicamente cumplen el propósito comunicativo en los primeros turnos de habla. Basados en el comportamiento pragmatolingüístico y cognitivo de los sujetos pretendemos relevar resultados que apunten a la búsqueda de evidencias para un diagnóstico precoz, ya que el curso crónico de la esquizofrenia arroja menos posibilidades de recuperación e integración de los pacientes.

Palabras clave: Déficit pragmático, esquizofrenia, discurso, estrategias comunicativas, pares adyacentes.

Referencias

1. Andreasen N. Thought, language and communication disorders: I. Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability. *Archives of general Psychiatry* 1979; 36: 1315-21.
2. _____. Thought, language and communication disorders: II. Diagnostic significance. *Archives of general Psychiatry* 1979; 36: 1325-30.
3. _____, Grove W M. a. Evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatrie et Psychobiologie* 1986; 1: 108-21.
4. Austin J. Cómo hacer cosas con palabras. Paidós. Barcelona. 1982.
5. Barrera A, Mc Kenna P, Berríos G. Formal thought disorder in schizophrenia: an executive or a semantic deficit? *Psychological Medicine*, in press. 2004.
6. Belinchón M. Aspectos cognitivos en la esquizofrenia. Trotta. Madrid. 2003.
7. Berríos G. Delirio. Madrid. Trotta. 1996.
8. Brain R, *et al.* Lenguaje y psiquiatría. Fundamentos. Madrid. 1982.
9. Calsamiglia H, Tusón A. Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso. Barcelona: Ariel. 1999.
10. Chaika E. A linguist looks at 'schizophrenic' language. *Brain and Language* 1974; 1: 257-76.
11. Durán E, Figueroa A. Análisis del nivel pragma-

- lingüístico del discurso de un sujeto esquizofrénico. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2009; Año 5, v. 5, n° 2: 204-11.
12. Escandell Vidal V. *Introducción a la Pragmática*. Barcelona. Ariel. 1996.
 13. Fuentes C. *Lingüística pragmática y Análisis del discurso*. Arco Libros. Madrid. 2000.
 14. Kerns J, Berenbaum H. *Journal of Abnormal Psychology*. *Diario de Psicología anormal* 2002; 111 (2): 211-24.
 15. López García A, Paniagua B, Gallardo B. *Conocimiento y lenguaje*. Universitat de València. Barcelona. 2005.
 16. Mc Kenna P, Oh T. *Schizophrenic speech*. Cambridge University Press. United Kingdom. 2005.
 17. Piro S. *El lenguaje esquizofrénico*. Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
 18. Prutting C, Kirchner D. A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1987; 52: 105-19.
 19. RAE. *Esbozo de una nueva gramática de la lengua española*. Espasa. Madrid. 2004.
 20. Roa A. *Problemas psicológicos y clínicos de enfermedades mentales*. Ediciones de la Universidad Católica de Chile. Santiago. 1973.
 21. _____. *Formas del pensar psiquiátrico*. Editorial Universitaria. Santiago. 1971.
 22. Rochester S, Martin J. *Crazy talk: A study of the discourse of schizophrenic speakers*. Plenum. New York. 1979.
 23. Sapir E. *El Lenguaje*. Fondo de Cultura Económica. México. 1992.
 24. Saussure F. *Curso de lingüística general*. Losada. Buenos Aires. 1968.
 25. Saviile-Troike M. *Etnografía de la comunicación*. Prometeo. Buenos Aires. 2006.
 26. Tusón A. *Análisis de la conversación*. Ariel. Barcelona. 1997.

Correspondencia:
Alicia Figueroa B.
E-mail: alfigeba@gmail.com