



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FONOAUDIOLÓGÍA**

**“DISCURSO DESCRIPTIVO EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA EN ESTADIOS AGUDO Y CRÓNICO”**

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología y al Título de
Fonoaudiólogo

Autores:

Valeska Durán Figueroa

Begoña Olave Peral

Camila Rivera Iunnissi

Profesor Guía:

Dr. Claudio Stuardo Escobar

Profesores Colaboradores:

Flga Begoña Góngora Costa

Flgo. Rodrigo Trujillo Manríquez

Valparaíso, Diciembre 2010

DEDICATORIAS

Mis agradecimientos y respeto a todos los acompañantes de esta hermosa travesía. A mis maestros por la entrega de sabiduría y disciplina. A mis padres, familiares, amigos y novio por enseñarme la perseverancia, la valentía y el amor incondicional. A mis compañeras de tesis por el logro obtenido ante este desafío propuesto. A Dios, mi guía supremo, y mis ancestros por proteger mis pasos terrenales. Desde hoy escriben junto a mí el comienzo de esta nueva historia...

Vale

Nunca pensé que este año sería tan difícil, pero sin duda nada de esto hubiese sido posible sin ustedes, por lo que este pequeño logro también les pertenece. A mi mamá y hermana, ya que por ellas lo tengo todo y son ellas las responsables de la persona en que hoy me he transformado. A mis tíos, abuela y mapris por el apoyo y confianza incondicional, a mis compañeras de tesis por enseñarme a tener paciencia y contenerme en los malos momentos. A mi novio por recordarme cada día que la vida es maravillosa...

Con mucho cariño para todos ustedes

Bego

Hoy finaliza una etapa importante en mi vida, llena de experiencias, obstáculos y aprendizajes que marcarán mi camino desde hoy en adelante. Quiero agradecer a todas aquellas personas que me acompañaron y llenaron de amor este proceso. A mis padres, por su esfuerzo, comprensión y dedicación. A mis hermanos por regalarme y llenarme de amor. A mis tíos, abuelos, profe Lirayen y amigas, por su apoyo incondicional. A mis compañeras de tesis por su tolerancia y paciencia. A mi novio Martín por su preocupación, amistad y amor...

con mucho cariño...

Mima

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros agradecimientos a todas aquellas personas que contribuyeron para la realización de nuestra investigación, debido a que sin ellas no hubiese sido posible cumplir con cada una de nuestras metas y objetivos. Al Profesor Guía de Tesis Médico Psiquiatra Claudio Stuardo Escobar por demostrarnos y enseñarnos que la Esquizofrenia no es una patología sino una forma de vida. A la Fonoaudióloga Begoña Góngora Costa por su apoyo incondicional, su interés por las ciencias y la entrega de su sabiduría. Al Fonoaudiólogo Rodrigo Trujillo Manríquez por guiarnos y adentrarnos en la labor terapéutica del fonoaudiólogo en área de Salud Mental. Al equipo de apoyo metodológico de la Carrera de Fonoaudiología Universidad de Valparaíso y a la Profesora Rosamary Ríos Orrego por la orientación otorgada durante el desarrollo de este estudio. A la Profesora Eva Sotelo Trujillo y al Ingeniero Forestal Luis Correa Jiménez por su disposición y dedicación al corregir cada palabra redactada en esta tesis. A los especialistas en Lingüística Juan Martínez Hincapié y Alicia Figueroa Barra por ayudarnos a comprender en todas sus formas esta disciplina. Al Terapeuta Ocupacional Patricio Sepúlveda Céspedes por su colaboración.

Debemos mencionar también al Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, especialmente a las Doctoras Dagmar Holmgren Grynzstejn y Verónica Bravo Stockel por su hospitalidad y colaboración. Finalmente deseamos entregarle nuestro cariño y agradecimientos a quienes hicieron posible la realización de éste estudio, a todas aquellas personas que padecen Esquizofrenia pertenecientes al Hospital Nuestra Señora del Carmen de San Juan de Dios, al Centro Diurno de Quillota y al Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval, por su participación y confianza entregada. Muchas gracias a todos.

La Esquizofrenia no es sólo una enfermedad; es un modelo de vida, una vida constantemente interrumpida por síntomas. Debo tratar con un mundo totalmente delusorio en el que yo soy Dios- el Creador y el Sacrificado- y los árboles tienen un poder mágico, mientras un gran muro y un domo de vidrio me separan del resto de la humanidad. En fechas más recientes, he pasado por varios atroces de interferencia mental y sentimientos de que no existo, de experimentar mi cuerpo como una máquina que no puedo ver y sentir, pero que no percibo como existente en el mundo. La parte más atemorizante para mí es la rapidez con que puedo ser proyectada por la fuerza a otro “estado” en el que todas mis percepciones están alteradas, y el mundo se convierte en un sitio extraño. A veces hay confusión acerca de qué es la verdadera realidad, si el mundo objetivo o el mundo psicótico (Anónimo, 1986, C3).

INDICE

1. Resumen	8
2. Introducción	10
3. Marco Teórico.....	12
3.1 Esquizofrenia	12
3.1.1 Etiopatogenia	13
3.1.2 Epidemiología.....	15
3.1.3 Cuadro clínico.....	16
3.1.4 Subtipos	17
3.1.5 Pronóstico y Estigma Social	18
3.1.6 Tratamiento.....	19
3.2 Discurso y Esquizofrenia.....	20
3.2.1 Alteraciones Lingüístico-Comunicativas en la Esquizofrenia.....	21
3.2.2 Investigaciones de Coherencia en el Discurso	26
3.2.3 Definición y Características del Discurso	28
3.2.4 Coherencia Discursiva.....	29
3.2.5 Coherencia Global	30
3.2.6 Coherencia Local.....	32
4. Material y Método	34
4.1 Diseño y Tipo de Estudio	34
4.2 Planteamiento del Problema	35
4.3 Objetivos.....	36
4.3.1 Objetivo General.....	36
4.3.2 Objetivos Específicos	36
4.4 Universo y Muestra	37
4.4.1 Criterios de Inclusión.....	38
4.4.2 Criterios de Exclusión	38
4.5 Materiales	39
4.6 Instrumentos de Recolección de Información	39
4.6.1 Anamnesis	39
4.6.2 Examen Mínimo del Estado Mental	39
4.7 Instrumentos de Medición de Variables	40
4.8 Fases de la Investigación	40
4.9 Criterios de Aplicación.....	43
4.10 Método de Análisis.....	43
4.10.1 Análisis de Coherencia Local según RST	44
4.10.2 Análisis de Coherencia Global según McKenzie y Van Dijk	46

5. Resultados.....	48
5.1 Presentación de Gráficos de Coherencia Local	48
5.2 Presentación de Gráficos de Coherencia Global	49
6. Discusión y Conclusión.....	56
6.1 Discusión	56
6.2 Conclusiones.....	60
6.3 Comentarios finales	61
7. Referencias Bibliográficas	66
8. Anexos.....	72

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Sub Tipos de Esquizofrenia.....	17
Tabla N° 2 Las treinta relaciones de coherencia.....	33
Tabla N° 3 Las relaciones de frecuencia más significativas para análisis de RST	45
Tabla N° 4 Tópicos presentes en lámina N° 1 del Test de Boston.....	46

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Número de núcleos y satélites en sujetos agudos y crónicos	48
Gráfico N° 2 Tipos de relaciones más utilizadas, según RST	49
Gráfico N° 3 Título en sujetos con Esquizofrenia aguda.....	50
Gráfico N° 4 Título en sujetos con Esquizofrenia	50
Gráfico N° 5 Tópico 1 en sujetos agudos	51
Gráfico N° 6 Tópico 1 en sujetos crónicos	51
Gráfico N° 7 Tópico 2 en sujetos agudos	51
Gráfico N° 8 Tópico 2 en sujetos crónicos	51
Gráfico N° 9 Tópico 3 en sujetos agudos	52
Gráfico N° 10 Tópico 3 en sujetos crónicos	52
Gráfico N° 11 Tópico 4 en Sujetos agudos.....	52
Gráfico N° 12 Tópico 4 en sujetos crónicos	52
Gráfico N° 13 Tópico 5 en sujetos agudos	53
Gráfico N° 14 Tópico 5 en sujetos crónicos	53
Gráfico N° 15 Tópico 6 en sujetos agudos	53
Gráfico N° 16 Tópico 6 en sujetos crónicos	53
Gráfico N° 17 Tópico 7 en sujetos agudos	54
Gráfico N° 18 Tópico 7 en sujetos crónicos	54
Gráfico N° 19 Progresión Temática en sujetos agudos y crónicos	52

1. RESUMEN

Diversas han sido las investigaciones en donde se ha estudiado y analizado el comportamiento lingüístico de las personas que padecen Esquizofrenia, desde el paradigma referencial, en donde se analiza y miden los conectores presentes en el discurso. En este estudio se busca analizar el discurso de las personas con Esquizofrenia utilizando otra modalidad de análisis centrada en la coherencia global y coherencia local. La presente investigación tuvo como objetivo caracterizar la coherencia global mediante la progresión temática, y la coherencia local según la Teoría de la Estructura Retórica en el discurso descriptivo, de 15 pacientes con Esquizofrenia en estadios agudo y crónico de la enfermedad, que se controlaron durante los meses de Agosto y Septiembre de 2010, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Región de Valparaíso, Chile. Para este fin se utilizó la Lámina N° 1 del Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia y Trastornos Asociados. Los datos recopilados indicaron que se logró establecer de manera objetiva que las fallas de coherencia detectadas subjetivamente por el oyente se presentan tanto a nivel de coherencia local como global, originando un discurso incoherente, en donde la principal falencia es la ausencia de un tema principal a seguir o coherencia global. Los resultados obtenidos en el estudio permitieron completar satisfactoriamente el principal objetivo planteado; *describir un perfil lingüístico-discursivo en el discurso descriptivo para los estadios agudo y crónico de la Esquizofrenia*. Sin embargo, dadas las características del tamaño de la muestra considerada en el presente estudio, no es posible extrapolar los resultados a la población chilena que padece esta patología.

Palabras clave: *Esquizofrenia, Discurso, Coherencia, Coherencia Global, Coherencia Local.*

ABSTRACT

Various researches have been made where the linguistic behavior of people with schizophrenia was studied and analyzed, from the paradigm of reference, which analyzes and measures the connectors of the speech. In this study we are looking forward to analyze the speech of people with schizophrenia using another modality of analysis focused on the global coherence and local coherence. The present research aimed to characterize the global coherence through the theme progression and the local coherence, according to the Rhetorical Structure Theory, in the descriptive speech, in 15 patients with schizophrenia in acute and chronic stages of the disease that were controlled during the months of August and September of 2010 in the Psychiatric Service of the Naval Hospital of Admiral Nef, Viña del Mar, fifth region, Chile. For this purpose the *The Boston Diagnostic Aphasia Examination* was used. The data collected indicated that it was possible to establish objectively that coherence failures detected subjectively by the listener are both of local and global consistency, resulting in an incoherent speech, where the main shortcoming is the absence of a main theme to follow or global coherence. The results obtained in the study allowed complete satisfactorily the main objective raised; *describe a linguistic-discursive speech profile within the descriptive speech for the acute and chronic stages of Schizophrenia*. However, given the characteristics of amount of sample to consider in the present study, it is not possible to spread the results to the Chilean population that suffers from this pathology.

Key Words: *Schizophrenia, Speech, Coherence, Global Coherence, Local Coherence*

2. INTRODUCCIÓN

La Esquizofrenia se entiende como un trastorno mental heterogéneo, que provoca principalmente una desorganización formal del pensamiento y alteraciones cognitivas, especialmente de las funciones ejecutivas, memoria y lenguaje. Estas afecciones generan, en quien las padece, dificultades para relacionarse socialmente y afrontar las situaciones de la vida diaria, así como un enlentecimiento en el procesamiento de la información y fallas en la comunicación. La prevalencia de esta patología en Chile corresponde al 0.9 % de la población Chilena (Stuardo, 2007). Sin embargo, el impacto en la calidad de vida de las personas es incalculable.

Desde que se postuló el concepto de esta enfermedad, todas las investigaciones se han centrado en la distorsión del pensamiento y no en las particularidades del discurso verbal, siendo este último uno de los aspectos más alterados y perceptibles. De esta manera, el discurso se define como el medio principal mediante el cual se adquiere información, se comprenden y se transmiten los conocimientos (León, 2003). El discurso en sujetos con Esquizofrenia refleja las afecciones cognitivas, siendo las fallas de coherencia su principal síntoma. Su exploración en la Esquizofrenia, desde un análisis discursivo, permitirá caracterizar estas falencias y determinar cómo intervenir eficazmente en el tratamiento de los esquizofrénicos entregando herramientas que le permitan potenciar su discurso y mejorar las relaciones interpersonales.

La coherencia corresponde a un mecanismo que asegura la vinculación de proposiciones adecuadamente (Belinchón, 1988). Para este estudio se consideró dos aspectos en los cuales un discurso puede ser coherente: el enfoque centrado en el contenido o coherencia global (Van Dijk 1978), y el enfoque centrado en las relaciones entre proposiciones o coherencia local (Mann & Thompson, 1988). La interrogante de la investigación surge debido a que es fundamental determinar el tipo de coherencia que se encuentra alterada en personas que padecen Esquizofrenia, ya que se conoce que poseen un discurso catalogado como bizarro y poco coherente, con fallas micro y macroestructurales,

falta de comprensibilidad del habla y descarrilamiento de las ideas que componen un discurso (Belinchón, 1988).

De lo expuesto anteriormente, la presente investigación tiene como objetivo general caracterizar la coherencia global mediante la progresión temática, y la coherencia local según la Teoría de la Estructura Retórica en el discurso descriptivo, en pacientes con Esquizofrenia en estadios agudo y crónico de la enfermedad. El nivel de coherencia global y local se evaluará a través de las relaciones existentes entre las proposiciones, el título, los tópicos centrales y la progresión temática del discurso elicitado por los sujetos (McKenzie, 2007; Mann & Thompson, 1988). Esto se logrará mediante el análisis del discurso descriptivo de los pacientes, obtenido a través de la descripción de la *Lámina N° 1 del Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia y Trastornos Asociados*. De esta forma se analizará la coherencia global y local de cada uno de los pacientes evaluados, determinando el tipo de discurso descriptivo que tiene ambos estadios de la patología. La evaluación se realizará a pacientes chilenos diagnosticados con Esquizofrenia y que se controlaron durante los meses de Agosto y Septiembre de 2010, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Región de Valparaíso, Chile.

En el presente seminario de tesis, se expondrá inicialmente el Marco Teórico, en donde se presentarán los sustentos teóricos de este estudio, mencionando las principales características de la Esquizofrenia, las alteraciones Lingüístico-Comunicativas en personas esquizofrénicas y los Componentes del Discurso. En segundo lugar, se presentarán los procedimientos realizados y las herramientas utilizadas para lograr los objetivos propuestos y los criterios de selección de la muestra. De esta forma, se explicarán el método de análisis que se utilizó para la información recolectada. En tercer lugar, se darán a conocer los resultados obtenidos para luego realizar la discusión, contraponiendo esta información con la contenida en la revisión bibliográfica. Finalmente, se realizarán los comentarios que concluyen esta investigación.

3. MARCO TEORICO

En este capítulo se presentarán las bases teóricas sobre las cuales se sustenta la presente investigación. En primer lugar se expondrán las generalidades de la Esquizofrenia, como las principales definiciones, etiopatogenia, epidemiología, cuadro clínico, subtipos, pronóstico, estigma social, y los principales tratamientos.

En segundo lugar, para establecer la relación entre Esquizofrenia y Discurso, se abordarán las principales alteraciones lingüístico-comunicativas que afectan el lenguaje esquizofrénico. Finalmente se expondrán las definiciones de discurso y coherencia, así como sus componentes más relevantes.

3.1 Esquizofrenia

El psiquiatra alemán E. Kraepelin (1896) fue el primero en organizar a un conjunto de personas que padecían un tipo trastorno psiquiátrico. Este trastorno lo denominó Demencia Precoz y se caracterizaba por ser un proceso patológico que ocurría en el contexto de una relativa normalidad premorbida, con un deterioro cognitivo y social que sólo se desarrollaba con posterioridad a los primeros episodios psicóticos (Lozano & Acosta, 2009). Posteriormente, E. Bleuler (1911) consideró inadecuado el término de “Demencia” para el tipo de trastorno manifestado por los pacientes y propuso el de “Esquizofrenia”.

La palabra Esquizofrenia deriva del griego: *schizein* (escindir o dividir) y *phren* (mente) es decir, mente dividida (Huneus, 2005). Este concepto desde su introducción en 1908, quedó redefinido como grupo de psicosis cuyo curso puede ser crónico o

intermitente, deteniéndose o retrocediendo en cualquier etapa. Además, Bleuler describió los síntomas fundamentales, llamados posteriormente “las cuatro ases”: autismo, ambivalencia, asociaciones alteradas y afecto aplanado (en Valdivieso, 2005).

La definición de esta enfermedad ha sido modificada a lo largo del tiempo según diversos criterios, utilizándose en la actualidad los establecidos por la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos DSM, en su cuarta versión. El DSM IV-TR (2002:334) la define como “una alteración o trastorno mental psicótico, que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos)”.

3.1.1 Etiopatogenia

Diversas han sido las investigaciones destinadas a describir y entender el origen de la Esquizofrenia. Para este fin, se han postulado múltiples teorías etiopatogénicas, las cuales a lo largo del tiempo han ampliado las variables y los procesos patológicos involucrados. Sin embargo, a pesar de la variedad de éstas, actualmente se estima que no existe un origen específico único, sino un conjunto de causas que se interrelacionan.

Existen estudios (Rebraca, 2007; Nevid, 1994) que apuntan a un origen de la Esquizofrenia del tipo genético, y de acuerdo a un patrón familiar. Mientras la Teoría Biologista, de predisposición genética, propone el factor "herencia", los estudios en genética epidemiológica han analizado la existencia de un genotipo, que junto al factor ambiental afectan al funcionamiento de regiones del cerebro en etapas tempranas de la vida del individuo. Por su parte, en los estudios de genética molecular, se han observado regiones cromosómicas, que parecieran llevar información genética relacionada con la

Esquizofrenia. Se infiere de estos estudios que “en las poblaciones podría existir suficiente información dispersa en los cromosomas responsables que originan una diversidad de genotipos que predispongan al desarrollo de la patología...muchas de éstas se producen durante la meiosis celular” (Silva & col., 2006: 40-41).

La Teoría del Neurodesarrollo, centrada en el curso de la enfermedad, es aquella que explica la forma en que influyen los factores externos en momentos claves de la organización histológica y estructural del Sistema Nervioso Central. Estos factores son agentes patógenos tempranos, que se presentan durante el desarrollo embrionario, dañando, en primer término, la migración neuronal programada, y en segundo momento, alterando la correcta expresión genética de diferentes productos neuronales. Esta afección en la migración neuronal programada impactaría directamente al circuito neuronal, que se completa en la adolescencia, en el período de “poda sináptica”.

Los avances en la tecnología de neuroimagen han demostrado una afección cerebral en individuos con Esquizofrenia. A través de las técnicas de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón (SPECT), los científicos han visualizado alteraciones tanto en las tasas metabólicas, como en el flujo sanguíneo de áreas Prefrontales, Límbicas y Lóbulo Temporal Medial (Silva, 2006). La corriente de hipótesis presentada anteriormente se complementa con los estudios en Neurociencia, donde se observó la acción inadecuada de neurotransmisores, tales como la dopamina, la serotonina y el glutamato, provocarían anomalías a nivel cerebral, impactando en el desarrollo del sistema nervioso central.

Finalmente, una perspectiva más integradora es la Hipótesis de Vulnerabilidad-Estrés, propuesta por Zubin y Spring en 1977 y adaptado por Mirsley Duncan en 1986 (en Huneus, 2005; Vázquez, López & Florit, 1996a). Según esta perspectiva sólo ciertos individuos son vulnerables o están predispuestos a la aparición de la Esquizofrenia (por

causa genética), pero los diversos factores ambientales estresantes influyen en la activación de esta predisposición, favoreciendo así la aparición del trastorno (Nevid, 1994; Vázquez, López & Florit, 1996a). El modelo considera un umbral de vulnerabilidad específico para cada individuo, que puede o no conducir a un episodio psicótico (Huneus, 2005), dependiendo de las variables moderadoras (tales como las redes sociales de apoyo).

A diferencia de las otras teorías planteadas, la de Vulnerabilidad-Estrés conjuga dos factores para el desarrollo del cuadro esquizofrénico; la vulnerabilidad interna y los “estresantes” externos. Además, este enfoque considera a la Esquizofrenia como una condición “episódica” de personas “sanas”, las cuales son vulnerables en ciertos momentos específicos de su vida por determinados factores estresantes (Huneus, 2005). Gracias a estos dos aspectos, se reafirman las ideas de prevención de estos episodios, y los planteamientos terapéuticos psicosociales integrales, tanto en tratamientos de primeros episodios de Esquizofrenia como en la rehabilitación y habilitación de individuos que presentan larga data de la enfermedad.

3.1.2 Epidemiología

La Esquizofrenia se manifiesta a nivel mundial en el 1% de los habitantes, causando impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen. Esta enfermedad tiene una prevalencia de aproximadamente 0,9% en población mayor de 15 años (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres, 2002). La incidencia en Chile se calcula con los valores señalados en estudios internacionales, estimándose anualmente en 12 los nuevos casos por cada cien mil habitantes (Ministerio de Salud, 2005). Cabe destacar, que esta patología se presenta mayormente en la adolescencia, en el 75% de los casos entre los 15 y 35 años, manifestándose en forma más tardía en las mujeres, aunque con mejor pronóstico. En Chile, la Esquizofrenia ocupa el cuarto lugar en relación a los trastornos de salud mental y es la décimo cuarta razón por la cual se pierden años de vida saludables (Stuardo, 2007).

3.1.3 Cuadro Clínico

La Esquizofrenia es una condición crónica que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma (Organización Mundial de la Salud, 1992). Junto a este compromiso cognitivo, existe un déficit en cognición social, el cual afecta su funcionamiento psicosocial y conductual, aislándolo de sus redes sociales y comunitarias (Ruiz, García & Fuentes, 2006).

Los pacientes con Esquizofrenia suelen presentar una combinación de signos y síntomas en el transcurso de la enfermedad. Comúnmente, los síntomas comienzan a presentarse en la adolescencia o en la adultez temprana. Con frecuencia, las personas que padecen esta enfermedad se han desempeñado en un grado elevado antes del inicio de la sintomatología, y una vez que ésta avanza, el nivel de desempeño esperado nunca se alcanza. Los síntomas clínicos se clasifican principalmente en dos grupos: positivos y negativos (Ballard, Kennedy & O'Brien 2001).

Dentro de los síntomas positivos, se pueden encontrar el pensamiento y conductas desorganizadas, catatonia, alucinaciones, ideas delirantes y alteraciones del lenguaje, como fallas en los niveles semánticos, pragmáticos y discursivos. Los síntomas negativos forman parte de las causas de discapacidad existente. De ellos, los que predominan son el aplanamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia y problemas de atención (O'Brien, Kennedy & Ballard, 2001).

De la gama heterogenia de sintomatología presente en personas con Esquizofrenia, las relacionadas con el trastorno formal de pensamiento corresponden al desorden nuclear, transversal a todos los sujetos (Belinchón, 1988a). A esto se suman déficit en áreas de cognición social, tales como procesamiento emocional, teoría de la mente, percepción

social, conocimiento social y estilo atribucional, las que en su conjunto repercuten en el elemento socializador humano por excelencia, el lenguaje (Ruiz, García & Fuentes, 2006). De esta manera, las alteraciones lingüísticas son el epifenómeno más claro, siendo una herramienta diagnóstica e investigativa importante a la hora de definir la patología y su nivel de discapacidad (Belinchón, 1988; Durán & Figueroa, 2009; Vázquez, López & Florit, 1996a)

3.1.4 Subtipos

En la actualidad, diversas son las taxonomías que investigadores e instituciones han descrito para la Esquizofrenia. La presente investigación, se basará en la clasificación de los síntomas de la Esquizofrenia de Timothy Crow, quien en 1985 estableció dos cuadros diferentes en el curso de la enfermedad: Esquizofrenia tipo I y Esquizofrenia tipo II, las que se explican a continuación.

<i>Esquizofrenia Tipo I:</i>	<i>Esquizofrenia Tipo II</i>
<p>Es de carácter agudo, con síntomas positivos predominantes (como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento sin evidenciar trastorno intelectual), actividad premórbida relevante, comienzo agudo, TAC cerebral normal, respuesta terapéutica satisfactoria (a los convencionales y a los atípicos) y pronóstico a largo plazo más favorable. La alteración neuroquímica sería una hiperactividad dopaminérgica DA2.</p>	<p>Corresponde a un carácter crónico, con síntomas negativos preponderantes (como aplanamiento afectivo, pobreza del discurso, abulia, amimia, en ocasiones trastorno intelectual), actividad premórbida escasa, comienzo insidioso, TAC anormal, mayor resistencia a la medicación (algo mejor a los atípicos) y pronóstico a largo plazo reservado, a menudo con deterioro conductual considerable. La alteración neuroquímica estaría dada por una disregulación DA2 – 5 HT2.</p>

Tabla 1: Subtipos de Esquizofrenia según T. Crow (1985; en Ballard, Kennedy & O'Brien, 2001).

3.1.5 Pronóstico y Estigma Social

En relación al pronóstico de esta enfermedad, Valdivieso (2005) sostiene que, la Esquizofrenia es una patología crónicamente invalidante, en donde solo el 10% de los pacientes tienen un pronóstico favorable. Silva (2006) plantea que la principal barrera para comenzar o continuar con los tratamientos son el miedo a las reacciones adversas de los medicamentos y la falta de apoyo social, generada por el desconocimiento y el estigma social.

Las redes sociales generan reacciones estigmatizantes contra aquellos que se alejan de lo “normativo” y que no se integran en el esquema de relaciones sociales imperante, siendo el lenguaje el principal vehículo socializador, por lo cual una alteración del lenguaje conlleva a relaciones sociales alteradas. Es por esto que etiquetar al individuo que presenta Esquizofrenia significa enfrentar a la persona con el “criterio social” presente en su entorno. Al tratarse de un trastorno desconocido con manifestaciones de “conductas desviadas” socialmente, se tiende a no comprenderla, a no incorporarla en esquemas sociales, discriminando a quienes la presentan (Silva, 2006).

Tal como afirma Silva (2006), al ser la estigmatización un proceso social, cumple un rol negativo en el pronóstico de la persona con Esquizofrenia, agravando la discapacidad, causando una intervención retrasada y sufrimiento innecesario. Ante tal escenario, se requiere romper con este círculo vicioso de discriminación y aislamiento. Para esto, la disminución de la estigmatización requiere del equipo interdisciplinario que trabaja con este trastorno, el cual debe contextualizarlo a la cultura en donde se ha de realizar. Además, Huneus (2005) propone como estrategia de prevención la educación de la ciudadanía.

3.1.6 Tratamiento

Dado el impacto que presenta la Esquizofrenia, tanto para la vida del individuo que lo padece como para el entorno familiar y social, y por la diversidad de sintomatología, se requiere un abordaje integral que contemple estos factores. Es por esto, que el abordaje terapéutico se realiza de forma conjunta en base a tres aspectos: farmacológico, psicoterapéutico y psicosocial (Stuardo, 2007). El fin último de la triada de intervención es lograr un abordaje multidisciplinario y multifactorial, favoreciendo las capacidades remanentes, disminuyendo al máximo los factores agravantes y desarrollando factores protectores tanto biológicos como psicosociales (Stuardo, 2007; Shepherd, 1996).

En la actualidad existen entidades específicas encargadas de brindar la diversidad de tratamientos requeridos por cada paciente. Junto con los hospitales psiquiátricos tradicionales, existen otros organismos que se ocupan de estas funciones. Cada una de estas instituciones trabaja con un equipo multidisciplinario de manera integral, buscando no solo comprender y atender los síntomas del trastorno, sino también su rehabilitación y reintegración social, el desarrollo de habilidades y la satisfacción de necesidades personales y familiares, de cada individuo.

En la actualidad, y desde una mirada biopsicosocial, la triada de intervención se hace indispensable para lograr una integración ocupacional y social. Tal como precisa el MINSAL (2005) antes de ejecutar una intervención psicosocial, se debe evaluar el nivel de discapacidad específico para cada individuo, en distintas áreas de funcionamiento: cuidado personal, ocupacional, familiar y social (según Eje II de Versión Multiaxial de CIE 10 para adultos y Eje VI para Adolescentes). Además, se recomienda pesquisar todos aquellos elementos que intervienen y afectan en estas áreas, tales como actividades de la vida diaria, uso del tiempo libre, capacidad de resolución de problemas, comunicación, entre otros. Es esta última una de las actividades que generan mayor impacto social y donde se reflejan los

síntomas característicos (trastornos cognitivos, desorganización del pensamiento), por lo que no basta con su utilización como medio de exploración de dicho síntomas, sino que merece una exploración específica del desempeño lingüístico-discursivo.

3.2 Discurso y Esquizofrenia

Los seres humanos poseen una capacidad innata para comunicarse, procesar e interpretar la información que el medio le entrega. Para una efectiva comunicación con el entorno es necesaria la interacción de múltiples procesos cognitivos, tales como pensamiento, atención, memoria, funciones ejecutivas y lenguaje, entre otros. Es este último un prototipo de actividad intelectual compleja que refleja la arquitectura de la cognición (Vigostsky, 1995 cit. en Anjarí, Bascuñan, Briceño, García & Stuardo, 2006) y permite realizar representaciones simbólicas y transferencia de conocimientos, sentimientos e ideas, concretizadas través del discurso.

Para que el lenguaje se exprese verbalmente, debe comenzar desde un sistema de pensamiento indemne, de tal manera que la información que se desea transmitir sea procesada como mensaje representacional. Esta representación abstracta activará su representación lingüística, iniciando su análisis en el sistema de procesamiento lingüístico (Benedet, 2002). De lo anterior se concluye que cualquier alteración o mal funcionamiento en el pensamiento alterará la producción lingüística del sujeto, tal como ocurre con las personas que presentan Esquizofrenia. De esta forma, si existe una alteración cognitiva habrá una afección lingüístico-discursiva subyacente, manifestada en el discurso del sujeto (Belinchón, 1988a; Belinchón, Rivière & Igoa, 1998; Vázquez, López & Florit, 1996a).

3.2.1 Alteraciones Lingüístico-Comunicativas en la Esquizofrenia

Se han desarrollado diversos estudios sobre las alteraciones lingüístico-comunicativas en sujetos esquizofrénicos, los cuales concluyen su presencia a partir de los trastornos cognitivos no lingüísticos presentes en la enfermedad (Kuperberg & Cols., 2003). Estos trastornos impactarían en los componentes centrales del lenguaje, estableciéndose una identificación clínica entre la alteración del lenguaje, los déficits cognitivos y el desorden formal del pensamiento (Belinchón & Cols., 1998). La posible causa se debe a que las áreas cerebrales donde existe mayor porcentaje de disfuncionalidad (corteza prefrontal y frontal) participan en la información simbólica y el desempeño de la memoria funcional. Dichas habilidades son esenciales para la producción y comprensión del lenguaje (Belinchón, Riviére & Igoa, 1998).

Rochester y Martin (1979), Schwartz (1982), Belinchón (1986, 1987, 1988^a, 1991^a) y Chaika (1990) manifestaron que las alteraciones lingüísticas en la Esquizofrenia se caracterizan por una afección que compromete e interfiere en el correcto funcionamiento de los procesos responsables de la organización de los mensajes (cit. en Belinchón & Cols. 1998). Además, se destaca el carácter cíclico e intermitente de esta alteración (cit. en Anjarí & Cols., 2006). A causa de lo mencionado anteriormente, la afección en el lenguaje se considera como una alteración severa que afecta a diversos niveles, sobre todo en procesos ligados a la conceptualización e interpretación de la información recepcionada, dando como resultado un discurso psicótico (Belinchón & Cols. 1998).

Marini *et al.*, en el año 2008, realizaron un estudio de los principales déficit lingüístico en personas con Esquizofrenia. Tal como precisan, el análisis del lenguaje se realiza en sus componentes fonológico, léxico, semántico, morfosintáctico, pragmático y discursivo. Estos componentes se pueden agrupar en habilidades microlingüísticas (responsables de las funciones dentro de los enunciados, tales como la organización de

patrones fonológicos y gramaticales dentro de cadenas morfológicas y palabras, y el contexto sintáctico de cada palabra para generar una frase ordenada) y habilidades macrolingüísticas (responsables de las funciones entre los enunciados, a través de procesos semántico-pragmáticos y discursivos).

Al analizar los componentes microlingüísticos en la Esquizofrenia, las dimensiones fonética-fonológicas y léxicas, son las que se ven en menor medida afectadas. En el plano fonológico no se observan alteraciones; no obstante existe la posibilidad de presentar imprecisiones articulatorias e incluso una disartria, a causa de efectos colaterales de fármacos coayudantes (Covington et al., 2005; Monchablon, 2001). En el área léxica, las personas con Esquizofrenia presentan fallas en la realización de operaciones de codificación/decodificación lingüística de los mensajes, sobre todo en la selección o interpretación del léxico o en el análisis y organización de los marcos sintácticos de la oración (Chapman, 1960 cit. en Belinchón & Cols., 1998).

En la dimensión morfosintáctica se han observado diversos resultados. Por un lado, una reducción en la longitud y complejidad sintáctica (Kircher, Tomasina, Brammer & McGuire, 2005), errores sintácticos gramaticales con presencia de agramatismos y la afección en la organización de la estructura profunda de la oración, mayor en sujetos crónicos que en agudos, lo que deriva en un desorden de palabras (Belinchón & Cols., 1998; Anjarí & Cols., 2006). Además poseen una menor emisión de frases bien formadas, un nivel más alto de carencias en la fluencia (palabras repetidas y falsos comienzos) y la existencia de glosomanía (Rodríguez-Ferrera, McKenna, 1996). Por otro lado, en pruebas estandarizadas o en tareas de construcción de oraciones individuales, a partir de palabras sueltas, tendrían buena ejecución (Belinchón & Cols., 1998). Esta contradicción en los resultados ha generado que diversos autores interpreten la no existencia de un déficit en competencia o procesamiento gramatical, sino que ésta es más bien un reflejo o proyección en alteraciones semánticas y discursivas.

En relación a las habilidades macrolingüísticas, estas son las más afectadas en el lenguaje esquizofrénico. En la semántica se distinguen las dificultades organizativas de las proposiciones en estructuras de mayor complejidad y los problemas de acceso y utilización de conocimientos semánticos con eficacia, como el almacén de memoria semántica desorganizado, problemas de acceso y recuperación de la memoria semántica, y resultados bajos en tareas de fluidez semántica, denominación, categorización y recuerdo (Kuperberg & Caplan, 2003; Covington et al., 2005). Además, se considera que las alteraciones en el aspecto semántico, al igual que el aspecto pragmático, del lenguaje son prevalentes por sobre los otros fenómenos lingüísticos que presenta esta enfermedad.

Junto con lo anterior, McKenna & Oh (2005) refieren que las personas con Esquizofrenia tienden a presentar dificultades de evocación de conceptos en un mayor tiempo y magnitud, debido a que las asociaciones se debilitan, provocando la inclusión de tópicos irrelevantes ante la conversación espontánea. Esta disociación semántica generada puede variar de grado: a mayor laxitud de los nexos semánticos lingüísticos, tanto más extensa será la trama de referencias (Figueroa, 2001).

En la dimensión pragmática se evidencia una inadecuada relación entre el lenguaje y el contexto, lo que produce un lenguaje difícil de seguir e interpretar por parte de los interlocutores. Esta dificultad se produce debido a que no se respetan los turnos del habla y transgreden todas las máximas conversacionales definidas de Grice (Belinchón & Cols., 1998; Covington et al., 2005; Anjarí & Cols., 2006). Figueroa y Durán (2009) postulan que los pacientes esquizofrénicos presentan un déficit de la competencia pragmática del lenguaje, posiblemente debido a la alteración en el procesamiento controlado de la información, en donde los sujetos agudos tienen un mejor desempeño comunicativo que los sujetos crónicos, a pesar de que en ambos casos el discurso se encuentra empobrecido.

En la dimensión discursiva en sujetos con Esquizofrenia, el nivel de alteración variará, dependiendo del episodio psicótico o etapa de compensación en la que se encuentren (American Psychiatric Association, 2002). Generalmente, su desempeño discursivo es poco comprensible, con un lenguaje ambiguo, generalizado y con uso de palabras en forma inadecuada. Es importante considerar que las personas que padecen Esquizofrenia se comportan apáticas, presentando reducida gestualidad corporal y facial, perdiendo en ocasiones el interés en su aspecto físico. Además, pueden presentar mutismo, catatonia o responder escasamente a los estímulos del ambiente (Martínez, 2003).

Belinchón & Cols. (1998) consideran que el elemento clínicamente más característico en el discurso de personas con Esquizofrenia es su organización. De esta manera, se evidencia un discurso bizarro, carente de lógica, y con fallas en la coherencia, y propensión al descarrilamiento de ideas, la tangencialidad, la incorporación de información irrelevante y la pobreza temática. Así mismo, en tareas de restricciones temporales y lógicas, presentan problemas en respetar el orden cronológico de los eventos y en la elaboración de discurso bien formados macroestructuralmente (Belinchón, 1988a; 1988b).

Gottschalk *et al.* (1958,1961, 1975) y Laffal (1961) observaron en el discurso que las producciones esquizofrénicas tendían a utilizar menos nombres y a omitir preposiciones (cit. en Belinchón, 1988a). Además utilizaban con mayor frecuencia pronombres personales, lo que generaba un habla telegráfica. Así mismo, la producción verbal de los sujetos con Esquizofrenia está controlada funcionalmente por los estímulos inmediatos a causa de un déficit atencional (Belinchón, 1988a; 1988b).

Hoffman *et al.* en 1986 (cit. en Belinchón, 1988a) investigaron la coherencia discursiva de personas con Esquizofrenia, observando la carencia total de estructura discursiva y deficiencias para planificar un discurso, lo que se tradujo en un discurso incoherente. Además, Rochester (1988) identificó dos variables que explicarían este

fenómeno: fallas en los vínculos de cohesión textual y de estrategias de indicación referencial.

En tareas que implican descripciones, el discurso esquizofrénico transgrede con frecuencia las reglas que corresponde a la coherencia de tipo global, presentan menos vínculos de cohesión de proposiciones y referencias anafóricas ambiguas. Además, se observa una incompetencia sintáctica con mantención de las capacidades para comprender y utilizar eficazmente las reglas fonológicas y léxicas, ante la estructuración de oraciones. Este hecho dificulta considerablemente la interpretación de la información para el oyente (Belinchón & Cols., 1998).

En síntesis, las principales hipótesis sostienen el posible hallazgo de un leve deterioro en las capacidades microlingüísticas, en comparación al desempeño macrolingüísticos, severamente afectado (en Marini *et al.*, 2008). En este último, “las personas con Esquizofrenia pueden sufrir una alteración en los componentes centrales de la producción verbal” (Belinchón, 1988b:185), en aspectos semánticos y pragmáticos del discurso, los que afectarían la conceptualización e interpretación de los mensajes, pero no las competencias gramaticales propiamente tal. Así, el desempeño lingüístico se caracteriza por presentar alteraciones en los distintos niveles de organización de los mensajes, lo que no se explicarían por una falla en la forma o procesamiento gramatical, sino más bien por alteraciones globales en la organización del discurso (Chaika, 1982, 1990, cit. en Belinchón & Cols. 1998).

Cabe destacar que estas alteraciones discursivas globales se verán afectadas en función a la complejidad de las demandas del procesamiento. Es por esto, que el discurso de personas con Esquizofrenia, se percibirá por el oyente como desorganizado y bizarro, en la medida en que las demandas comunicativas sean mayores. Los componentes centrales de

esta desorganización se explican por fallas en la coherencia (Belinchón, 1988a), siendo esta, el nicho central de la presente investigación.

3.2.2 Investigaciones de Coherencia en el Discurso

El aumento de interés por analizar el discurso y la identificación de los procesos específicos alterados en pacientes con Esquizofrenia han generado líneas investigativas multidisciplinaria y multiparadigmáticas. La tendencia actual de estas investigaciones se centra en identificar los síntomas lingüísticos en función de sus componentes.

Con el avance en términos teóricos de la Lingüística y la Psicología del Lenguaje, las investigaciones se redireccionaron a la exploración de elementos característicos del discurso y texto. De estos, destacan los conceptos de texto: cohesión y coherencia, el concepto de macroestructura y superestructura del discurso y las nociones intuitivas de tópico o tema como elementos más destacables de un discurso. Así, el discurso incoherente o desorganizado que manifestaban los pacientes con Esquizofrenia se estructuró bajo una fundamentación teórica más objetiva y precisa (Belinchón, 1988a). Esto ha permitido diferenciarlo de otros tipos de lenguaje, tanto en personas sin patologías psiquiátricas como en psicóticos no esquizofrénicos (Belinchón, 1988a).

En Chile, esta nueva tendencia de analizar el lenguaje y el discurso en la Esquizofrenia, se encuentra en una fase inicial. Uno de los primeros acercamientos a esta área se realizó en la tesis de pregrado “Aproximación al Discurso Esquizofrénico” (2001), por la Lingüista Alicia Figueroa B. Posteriormente, la periodista Claudia Martínez realizó la investigación de post grado “La Comunicación en Esquizofrénicos: Un Análisis de la Coherencia y Cohesión Discursiva” (2003). En el año 2009, Figueroa y Dr. Durán publicaron, en la Revista Chilena de Neuropsiquiatría, el estudio titulado “Sobre el Déficit

Pragmático en la Utilización de Pares Adyacentes, por Pacientes Esquizofrénicos Crónicos, y de Primer Brote”.

En el área de la fonoaudiología han sido escasas las ocasiones en las cuales se ha investigado el lenguaje de personas con Esquizofrenia. Tras realizar una revisión bibliográfica se encontró una tesis de pregrado “Alteraciones del lenguaje y el discurso en personas con Esquizofrenia”. Esta fue realizada en la Universidad de Valparaíso en el año 2006, por las alumnas Paula Anjarí, Claudia Bascuñan, Sandra Briceño y Paulina García con la supervisión del Dr. Claudio Stuardo.

Todas las investigaciones mencionadas anteriormente han aportado enormemente al estudio de las alteraciones cognitivas de las personas con Esquizofrenia, entregado información valiosa y objetiva acerca del desempeño lingüístico-discursivo de ellos. Aun así, sus limitaciones se presentaban en dos aspectos. Por un lado, en la mayoría de las investigaciones, sobre todo en los primeros acercamientos, se presentaba el fenómeno de explicar a través de las alteraciones cognitivas, las fallas lingüístico-discursivas encontradas. Por otro lado, aquellos estudios que se centraban en el análisis puro de las alteraciones lingüístico-discursivas, lo analizaban desde un aspecto del discurso, el referencial.

Para comprender las deficiencias discursivas de la coherencia en personas que padecen Esquizofrenia, es necesario revisar las investigaciones realizadas en esta área. Luego se precisará la definición y características del discurso, así como sus componentes, de modo de contextualizar la presente investigación

3.2.3 Definición y características de discurso

El discurso es el medio principal mediante el cual se adquiere información, se comprenden y se transmiten los conocimientos (León, 2003). Pavéz, Coloma, Maggiolo, Martínez & Romero (2002) lo consideran como una unidad semántica-pragmática constituida por una secuencia de oraciones relacionada coherentemente en torno a un tema y emitida por determinada intención comunicativa en una situación concreta. Tal como precisa Belinchón (1998), el discurso sería el objeto observable que permite dar cuenta de la realización en tiempo real de una serie coordinada de acciones lingüísticas, en un contexto comunicativo dado. De esta manera, la actividad lingüística se transforma en una actividad instrumental y de interacción social, que requiere de una integración de los procesos cognitivo y lingüístico que actúan en él (Belinchón & Cols., 1998; Marini *et al*, 2008).

Álvarez (1996) interrelaciona los conceptos de discurso y texto, concluyendo que el discurso es la emisión concreta de un texto, y por consecuencia, son elementos equivalentes. Por lo anterior, en el presente estudio, los conceptos de texto y discurso se abordarán de manera homóloga. De las definiciones de discurso presentadas, se deduce que éste es una secuencia de proposiciones. No obstante, no toda secuencia de proposiciones forma un discurso. Según diversos autores (Halliday & Hasan, 1976; Álvarez, 1996), para que un discurso sea calificado como tal, es necesario que cumpla con ciertas normas de buena formación textual, dentro de las cuales su principal característica es la coherencia.

Según el Modelo Proposicional propuesto por Kintsch y Van Dijk en 1978, las etapas que debe realizar el emisor para elaborar el texto base se concretan en tres fases (en Juncos 1998):

- Construcción de las proposiciones que se corresponden con el significado de una oración
- Elaboración de la microestructura. Según esto, las proposiciones deben conectarse con nexos pertinentes, tales como pronombres, conjunciones, etc., relacionada con el concepto de coherencia local
- Producción de la macroestructura que establece el discurso como un todo y se encuentra relacionada con el concepto de coherencia global

De esta manera, cuando un sujeto produce un fragmento discursivo, oral u escrito, construye tres tipos de representaciones: una superficial, un texto de base y el modelo de situación. La representación superficial se refiere a los aspectos lingüísticos concretamente perceptibles del discurso, como las relaciones proposicionales y coherencia local. El texto base se construye con una red interconectada de tópicos que informan el contenido del texto, constituyendo la coherencia global. El modelo de situación se corresponde con las representaciones pragmalingüísticas que realiza una persona que emite un discurso.

3.2.4 Coherencia Discursiva

La coherencia se asocia a mecanismos que aseguran la conexión conceptual y semántica (Belinchón, 1988). Para autores como Halliday y Hasan (en Belinchón, 1988) la coherencia tiene un carácter de tipo semántico vinculado estrechamente a la noción de presuposición pragmática que requiere un plano de descripción más abstracto.

Según Álvarez (1997) la coherencia se rige a través de criterios que ayudan al análisis del discurso. Según estas reglas un discurso es coherente cuando se observan los principios básicos de referencia, progresión y conexión. La progresión en un discurso bien formado se observa cuando una nueva proposición debe, de alguna manera, hablar de algo que ya se conoce (tema o tópico) e incorporar información nueva para el oyente (rema o

subtópico). Es necesario que tanto los individuos como los hechos denotados estén en conexión entre sí. Es una regla cuya aplicación es difícil de evaluar principalmente la relación no es necesariamente un fenómeno del mundo empírico, sino que debe ser evaluado con respecto al mundo de referencia y al contexto en que se emite este discurso.

Para efectos de esta investigación se analizará la coherencia global, a través del Modelo Proposicional propuesto por Kintsh y Van Dijk (1978), y las proposiciones y tópicos, según la modalidad investigativa de McKenzie (2007). Además, se explorará la coherencia local, mediante la Teoría de la Retórica Estructural postulada por Mann y Thompson (1998). Las herramientas mencionadas anteriormente serán utilizadas específicamente para la operacionalización del análisis de la coherencia, las cuales se detallarán en el capítulo de Material y Método.

3.2.5 Coherencia Global

Según Van Dijk, la coherencia global se establece cuando “los participantes desarrollan un sentido acerca del cual es el tema global de la narración, procedimiento o conversación” (en Van Dijk, 2000: 112). Al analizar la coherencia del discurso se observa que la conexión de éste no solo depende de las relaciones entre las proposiciones, sino que es necesario apelar a principios y categorías todavía más abstractas que permitan observar el discurso en su globalidad. Para esto es necesario comprender los conceptos de progresión temática y macrorreglas.

Para Van Dijk (1998), “las proposiciones se originan de un conjunto de conceptos relacionados entre sí, dando como resultado una unidad de contenido común” (cit. en Graesser, Gernsbacher & Goldman, 2003: 420). Por lo tanto, el discurso está formado por una serie de conceptos que en su conjunto forman proposiciones con jerarquía entre ellas

(Calsamiglia & Tusón, 2007). Así se establece una continuidad de las proposiciones referenciales, la cual asegura un grado de conexión en el contenido del texto. Esta se denomina progresión temática, la cual permite el desarrollo adecuado de una proposición a otra, conservando su referente temático en el discurso (Calsamiglia & Tusón, 2004).

Para la elaboración de un discurso, según la teoría de Van Dijk (1998), se requiere de una información base o tópico, a la que se le incorporan elementos nuevos (subtópicos). Una vez desarrolladas las proposiciones en relación a él o los tópicos y subtópicos, se obtiene una conclusión de la línea informativa, necesaria para que un texto se configure como tal. De esta manera se origina una red conectada de proposiciones o macroestructura, que se engloba en torno a un concepto en común al cual se le denomina tópico central.

Según Van Dijk (2000) los tópicos centrales juegan un rol fundamental en el ámbito lingüístico-discursivo. Éstos definen la unidad global del discurso y se expresan habitualmente en ciertos segmentos del discurso como los titulares, los resúmenes o las conclusiones. Por lo tanto, si existen dificultades para identificar el tópico de un discurso, el emisor y el receptor no podrán llevar a cabo el proceso de comunicación, debido a que los tópicos o sentidos globales son esenciales para el intercambio de información.

De esta forma se desprende la noción de coherencia global, que se establece en el tema del discurso. Dicha coherencia determina la relación entre las proposiciones en un nivel integral, estableciendo el tópico del discurso. Según Sanders, Spooren y Noorman (1992) un discurso es coherente si se realiza siempre una referencia al mismo tema central, es decir, la coherencia se centra en el contenido de los segmentos discursivos.

3.2.6 Coherencia Local

Según Van Dijk la coherencia local se define como la conexión que se mantiene entre las proposiciones expresadas por oraciones o secuencias de oraciones conectadas por medio de relaciones semánticas (en Rincón, 2000). Una de las formas de identificar el concepto de coherencia local es a través de la existencia de ciertas relaciones entre las proposiciones individuales que constituyen un discurso (Belinchón, 1988).

“En el micronivel, las relaciones de sentido entre las proposiciones de un discurso obedecen a un cierto número de condiciones de coherencia que pueden ser de naturaleza funcional. Es decir, una proposición puede funcionar como especificación, generalización, ilustración o contraste con respecto a una proposición previa”(Van Dijk, 2000:154).

Una de las propuestas más conocida para tratar este tipo de coherencia es la Teoría de la Estructura Retórica (RST por su sigla en inglés) propuesta por Mann y Thompson en 1988. Ellos definen coherencia como una relación en el significado de dos o más segmentos del discurso que no puede describirse de forma aislada. En esta teoría se utilizan treinta estructuras retóricas o relaciones de coherencia que establecen los tipos de conexión entre las proposiciones (Mann & Thompson, 1988; Sander *et al*, 1992).

RST es una teoría explicativa y de análisis que se basa en la estructura del discurso en donde los componentes del texto cumplen un rol central (núcleo) o agregan información secundaria (satélite). Se establecieron alrededor de treinta relaciones posibles entre las proposiciones, las cuales se especifican en la tabla 2. Los autores de esta teoría describen que existen cinco relaciones que poseen una frecuencia significativamente mayor en el habla cotidiana (circunstancia, unión, contraste, secuencia y motivación en tabla 3).

<i>Definiciones de Relaciones de Presentación</i>	<i>Definiciones de Relaciones de Contenido</i>	<i>Definiciones de Relaciones Multinucleares</i>
Antítesis	Alternativa	Contraste
Capacitación	Causa Involuntaria	Lista
Concesión	Causa Voluntaria	Reformulación
Evidencia	Circunstancia	Multinuclear
Fondo	Condición	Secuencia
Justificación	Condición Inversa	Unión
Motivación	Elaboración	
Preparación	Evaluación	
Reformulación	Interpretación	
Resumen	Método No-condicional	
	Resultado Involuntario	
	Resultado Voluntario	
	Propósito	
	Solución	

Tabla 2: Las treinta relaciones de coherencia de Mann y Thompson (1988)

La presente investigación busca explorar las principales alteraciones discursivas de las personas con Esquizofrenia, desde un enfoque de análisis discursivo diferente. Se enmarca en el nicho de estudio representativamente más alterado o el que plantea mayor ambigüedad definitoria, la coherencia. Para este fin, se evaluará el nivel de coherencia, a través de las relaciones existentes entre las proposiciones (RST), el título, los tópicos centrales y la progresión temática de dicho discurso.

4. MATERIAL Y MÉTODO

En este apartado se expondrá el procedimiento metodológico utilizado en esta investigación. En primer lugar, se presentará el diseño de estudio y el planteamiento del problema. Posteriormente se expondrán el objetivo general y los objetivos específicos, así como el universo y muestra, y los criterios de inclusión y exclusión de la misma. Finalmente se detallarán los materiales e instrumentos de recolección de información, las técnicas de medición de variables, los procedimientos de instrumentalización y de evaluación, los criterios de aplicación y los métodos de análisis

4.1 Diseño y Tipo de Estudio

La presente investigación se llevó a cabo a través de un diseño *observacional descriptivo*, debido a que se requería especificar propiedades, características y rasgos importantes, buscando la descripción de los fenómenos analizados, para luego establecer un perfil lingüístico-discursivo. Además, posee un carácter prospectivo, debido a que el diseño de la observación y evaluación de las variables se elaboró previamente al análisis (Hernández & Cols, 2003; Silva, 2007).

El tipo de investigación es cualitativo no experimental, ya que para descifrar las preguntas de la investigación, los datos se recolectaron sin utilizar medición numérica y sin la manipulación deliberada de variables, en donde sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Además, las variables se analizaron de manera cualitativa, subjetiva e interpretativa. Finalmente, esta investigación corresponde a un estudio de corte transversal, ya que los sujetos fueron evaluados en un momento específico en el tiempo (Hernández & Cols, 2003; Silva, 2007).

4.2 Planteamiento del Problema

Desde que se postuló el concepto de Esquizofrenia y sus características (Kraepelin, 1853; Bleuler, 1908), las investigaciones se han centrado en la sintomatología más evidente: la desorganización formal del pensamiento. Éstas alteraciones se interpretan a través del discurso verbal en donde se observa incoherencia, falta de comprensibilidad del habla y descarrilamiento de las ideas del discurso (Belinchón, 1988). Sin embargo, las investigaciones centradas en este “discurso alterado”, han sido un medio para identificar características cognitivas más globales, y no el fin en sí misma, de manera de lograr un análisis de sus particularidades.

En el capítulo de Marco Teórico, se destacaron aquellas investigaciones en materia de discurso de personas con Esquizofrenia. En ellas, la problemática lingüística nuclear en el discurso de los pacientes con Esquizofrenia se centró en fallas de coherencia (Rochester & Martin, 1979; Chaika y Alexander, 1986; Belinchón, 1988b; Chaika; 1990; Belinchón, Rivière & Igoa, 1998; Martínez, 2003). Estas falencias discursivas de coherencia disminuyen en el desempeño lingüístico-discursivo de las personas con Esquizofrenia, afectando en su comunicación e interacción social.

El nicho de investigación de este estudio corresponde a la coherencia, entendida como el mecanismo que asegura la vinculación de las proposiciones de manera adecuada. La coherencia corresponde a uno de los aspectos más afectados en el discurso Esquizofrénico, la cual siempre se ha analizado desde el paradigma referencial, es decir de acuerdo a una visión lingüística en donde se miden y analizan los conectores. Es por esto, que en este estudio se busca analizar el discurso descriptivo desde una visión que permita valorar la organización global de un discurso, mediante las elaboraciones de progresiones y relaciones proposicionales.

Para lograr lo mencionado anteriormente, se consideró dos aspectos en los cuales un discurso puede ser coherente: el enfoque centrado en el contenido o coherencia global, que creó y analizó Van Dijk (1978) y la metodología de McKenzie (2007), y el enfoque centrado en las relaciones entre proposiciones o coherencia local, la cual se operacionalizó mediante la Teoría de Estructura Retórica (RST) de Mann y Thompson (1988). Además cabe mencionar, que se utilizó el discurso descriptivo debido a que, este tipo de discurso requiere una menor complejidad de demandas del procesamiento, requiriendo un nivel mínimo de atención y memoria.

4.3 Objetivos de la Investigación

4.3.1 Objetivo General

Caracterizar la coherencia global mediante la progresión temática, y la coherencia local según la Teoría de la Estructura Retórica en el discurso descriptivo, de pacientes con Esquizofrenia en estadios agudo y crónico de la enfermedad.

4.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar los núcleos y los satélites que existe en cada proposición del discurso descriptivo de los pacientes con Esquizofrenia en estadio crónico
- Identificar los núcleos y los satélites que existe en cada proposición del discurso descriptivo de los pacientes con Esquizofrenia en estadio agudo
- Determinar el tipo de relación que existe entre los núcleos y los satélites que presentan los pacientes con Esquizofrenia en estadio crónico

- Determinar el tipo de relación que existe entre los núcleos y los satélites que presentan los pacientes con Esquizofrenia en estadio agudo
- Determinar la progresión temática que presentan los pacientes con Esquizofrenia en estado crónico entre un concepto y otro
- Determinar la progresión temática que presentan los pacientes con Esquizofrenia en estado agudo entre un concepto y otro
- Identificar el tema central del discurso descriptivo en pacientes con Esquizofrenia en estadio crónico
- Identificar el tema central del discurso descriptivo en pacientes con Esquizofrenia en estadio agudo
- Identificar en el discurso descriptivo la presencia de los 7 tópicos establecidos por McKenzie
- Describir el desempeño lingüístico-discursivo según coherencia local en pacientes en estadios agudo y crónico
- Describir el desempeño lingüístico-discursivo según coherencia global en pacientes en estadios agudo y crónico

4.4 Universo y Muestra

El universo de estudio estuvo compuesto por 93 sujetos diagnosticados con Esquizofrenia y tratados en el Servicio de Psiquiatría, del Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, entre los meses de Agosto y Septiembre del año 2010. Del total del universo se extrajo una muestra de 15 pacientes. La cantidad de individuos estudiados, se estableció en relación al estadio de evolución de la enfermedad (agudo y crónico), y al tiempo destinado para la aplicación de la evaluación.

De la selección de los pacientes, 3 sujetos con diagnóstico Esquizofrenia en estadio agudo y de sexo masculino, 12 sujetos con diagnóstico de Esquizofrenia en estadio crónico,

3 de sexo femenino y 9 de sexo masculino. Todos estos sujetos cumplen con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

4.4.1 Criterios de inclusión

- Personas entre 15 a 65 años con diagnóstico de Esquizofrenia
- Pacientes en fase de estabilización del trastorno
- Lengua nativa o primaria en español (Chileno) y nacionalidad Chilena.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Personas que se encuentren en períodos de crisis o desestabilización del trastorno
- Mini Mental resultado bajo 20 puntos (Quiroga, 2004)
- Pacientes con diferente tratamiento farmacológico (Goren, Tucker & Ginsberg, 1996)
- Personas sin manejo de lectoescritura (Vásquez, Florit & López, 1996b)
- Personas con alteraciones sensorial, visual y auditiva asociada, o con presencia de daño neurológico confirmado, que afecte en su desempeño lingüístico-discursivo (Lobas, Fuentes, Manes & Slachevsky; 2008)
- Personas con antecedentes de trastornos de lenguaje primario no tratados previo al primer brote
- Personas que presenten actualmente trastornos de ánimo o afectivo y/o alteraciones relacionadas con el estrés
- Personas que consuman actualmente drogas y/u otras sustancias

4.5 Materiales

- Cartas de solicitud (Anexo N° 1 y 2)
- Carta de Consentimiento informado de paciente (Anexo N° 3)
- Cámara Digital AGFA photo DC-1033m, con la cual se procedió a grabar el audio de la evaluación para su posterior descripción
- Espacio físico adecuado, por lo que las evaluaciones se realizaron en salas no ruidosas, libres de distractores, con buena iluminación y en un ambiente de comodidad para las personas evaluadas

4.6 Instrumentos de Recolección de Información

4.6.1 Anamnesis

La Anamnesis consiste en una pauta semiestructurada que se realiza en forma de entrevista. Tuvo como finalidad recolectar información del paciente relevante para el estudio. Se consideraron antecedentes personales y familiares, de la historia clínica y datos específicos del cuadro (Anexo N° 4).

4.6.2 Exámen Mínimo del Estado Mental (MMSE)

El MMSE corresponde a un *screening* o medida cuantitativa del estatus cognitivo del adulto. Fue creado por Folstein en 1975, posteriormente fue revisado y modificado en Chile por Quiroga en 2004. En el presente estudio, el MMSE se utilizó para evaluar el nivel cognitivo de los pacientes a través del tiempo. Constó de 28 preguntas, en donde se midió la orientación temporoespacial, atención, concentración, memoria de trabajo, denominación, comprensión de orden verbal compleja, lectura, escritura y función

visuoespacial. El puntaje máximo fue 30 puntos, y el mínimo para el rango normal los 20 puntos (Anexo N° 5).

4.7 Instrumentos de Medición de Variables

- Lámina 1 Test de Boston para Diagnóstico de Afasia y Trastornos Asociados: Corresponde a una imagen que está confeccionada para que el sujeto refiera siete tópicos, a saber: la mujer, la niña, el niño, niños sustrayendo galletas, agua rebalsándose, niño cayéndose y mujer distraída lavando platos. (Anexo N° 6).

4.8 Fases de la Investigación

- Primera Fase: Consistió en determinar la metodología adecuada para el posterior análisis de los datos recopilados junto al apoyo de expertos y sometiendo el protocolo creado a diversas pruebas de aplicación para comprobar efectividad. Así mismo, se preparó a las evaluadoras para conocer el tipo de pacientes y adquirir un manejo adecuado para la evaluación.
 - Elaboración de Protocolo de respuesta: para el análisis de coherencia fue necesario elaborar una hoja de respuesta, en donde se consideró cada una de las unidades que se midieron en el estudio. Esto se realizó para facilitar el análisis de las muestras, de forma que no fuera un procedimiento engorroso y que la información obtenida fuera utilizada de forma adecuada (ver “Pauta de Evaluación del Discurso Descriptivo” en anexo N° 7).

- Asesoría de expertos: procedimiento que se realizó para garantizar y supervisar el protocolo de respuesta creado para evaluar la coherencia, y la utilización de la lámina del Test de Boston. Para esto, fue necesario recurrir al apoyo de Fonoaudiólogos y Lingüistas especialistas en el tema, quienes aportaron y mejoraron ideas. Se adjuntan los currículum de los especialistas en Anexo N° 8.
- Pilotaje: Con el fin de probar la utilidad del protocolo de respuesta creado, se realizó una aplicación previa a pacientes con las mismas características que los preseleccionados para el estudio y que no pertenecían al universo anteriormente explicado. Se solicitó la colaboración de personas que padecen Esquizofrenia y que asisten a Centros en donde se realiza un programa de Salud Mental. Se le solicitó a todos los pacientes el consentimiento para participar en el estudio y para que se grabasen en audio sus respuestas. Se evaluó a 4 personas pertenecientes al Hospital Nuestra Señora del Carmen Hermanos San Juan de Dios ubicado en la ciudad de Santiago y a 10 personas pertenecientes al Centro Diurno de Quillota. En esta aplicación preliminar del protocolo sólo se realizó una conversación para conocer a los pacientes y entregarles las instrucciones, no aplicándoseles los instrumentos de Anamnesis ni el MMSE. Una vez obtenidas las muestras, el corpus fue analizado por las evaluadoras, revisando cada punto del protocolo y unificando los criterios de cada examinadora. De esta forma se decidió modificar algunos aspectos de la pauta como también la modalidad en que se presentaría la lámina al paciente, de modo de obtener un discurso más completo.
- Preparación de Evaluadoras: Con esto se logró homogeneizar la entrega de las instrucciones a los pacientes por parte las evaluadoras, utilizando las mismas palabras y modalidad de aplicación en todos los casos.

- Segunda Fase: En esta fase se obtuvieron los datos entregados por cada sujeto evaluado, a través del mismo procedimiento para todas las personas que participaron en esta investigación (descripción de lámina N° 1 del Test de Boston). Esto con el propósito de obtener sólo las respuestas establecidas para la lámina.
 - Toma de Datos: La recolección de datos, a través de la aplicación de los instrumentos respectivos, se realizó durante el Control Psiquiátrico de rutina de los pacientes seleccionados. En primer lugar, se entregó el consentimiento informado para obtener la autorización y se explicó detalladamente en qué consistía el estudio. Luego la entrevistadora aplicó la anamnesis para obtener datos relevantes de la vida del paciente, centrándose principalmente en antecedentes mórbidos de la enfermedad, aspectos sociales, emocionales y psicológicos, además de considerar el nivel educacional. Posteriormente, se le aplicó el MMSE (instrumentos del estudio).
 - Recolección de Corpus: Se realizó la grabación del audio para extraer el corpus del lenguaje. La entrevistadora se ubicó al frente del paciente, indicándole la siguiente instrucción: *“escoge una de las dos láminas presentes en la mesa y cuéntame todo lo que está pasando, para que yo adivine cuál es tu lámina”*. Luego se le solicitó al evaluado, que estableciera un título para la lámina descrita anteriormente. El corpus del discurso obtenido fue transcrito según los signos de transcripción de Antonio Briz. y Grupo Valencia para el Español Coloquial (2000), para su posterior análisis discursivo (Anexo N° 9).

4.9 Criterios de Aplicación

- Evaluadora: Se le debió instruir para que utilizara un lenguaje sencillo, con habla clara y ritmos e intensidades apropiados para entregar órdenes de tareas a realizar y así lograr un el manejo adecuado con los pacientes.
- Orden de Aplicación: Primero se realizó una conversación espontánea con el paciente, explicándole en qué consiste la tarea a realizar, y luego se le presentó la lámina N° 1 del Test de Boston para su descripción.
- Distribución de las Evaluadoras: Los procedimientos se realizaron por una sola evaluadora para no intimidar al paciente. Es importante mencionar que al momento de la aplicación, se encontraban dos evaluadoras más en la sala, apuntando el comportamiento del paciente, como características paraverbales.
- Lugar: La toma de muestras se realizó en una sala silenciosa para favorecer la grabación del audio, con adecuada iluminación y sin distractores que perjudicaran el desempeño comunicativo del paciente.
- Número de Sesiones: La grabación del audio se realizó en una sola sesión, que correspondió al control que el Psiquiatra realizaba al paciente.

4.10 Método de análisis

En la presente investigación se utilizaron diversas técnicas de análisis, dependiendo de la unidad de estudio. De esta manera se procedió a analizar la coherencia local según RST propuesta por Mann y Thompson en 1998 y la coherencia global a través de los conceptos descritos por Mckenzie en el año 2007. Luego se determinó la progresión temática de éstos, como lo establece la teoría de Van Dijk. Los resultados finales de cada aspecto del discurso se registraron en la Tabla Resumen de Resultados Coherencia Local y Global en Sujetos con Esquizofrenia (Anexo N°10).

4.10.1 Análisis de coherencia local según RST

Para el estudio de la coherencia local se realizó el análisis del discurso siguiendo los procedimientos que establece el RST. En primer lugar se identificó la cantidad de enunciados que la persona fue capaz de emitir. En segundo lugar, se clasificó cada enunciado en núcleos o satélites, según la función que desempeña dentro de una proposición. Finalmente se procedió a determinar el tipo de conexión que existe entre las proposiciones, tomando en cuenta las cinco estructuras retóricas básicas. De esta forma se estableció una tabla de frecuencia en donde se observa el tipo de conexión más utilizado en las proposiciones del discurso en los esquizofrénicos.

<i>Tipo de relación</i>	<i>Satélite (S)</i>	<i>Núcleo (N)</i>	<i>Relación entre S y N</i>
Unión	Sin requisitos	Sin requisito	Ninguna, ya que solo se observan unidos por convención
Secuencia	Un elemento	Siguiente elemento	Existe una relación de sucesión entre las situaciones presentadas en los N
Contraste	Una opción	La otra opción	No más de dos N; las situaciones en estos N (a) se entienden como la misma en muchos aspectos, (b) se entienden como diferentes en algunos aspectos, y (c) se comparan con respecto a una o más de estas diferencias
Circunstancia	Texto que expresa los hechos o ideas que tienen lugar en el marco contextual	Marco contextual, situacional o temporal	Relación única con el N y S, donde el S establece un marco para el tema central, donde el receptor debe interpretar el N
Motivación	Una acción	Información que pretende conseguir que el receptor desee llevar a cabo la acción	N es una acción en la que el receptor es el actor (incluye la aceptación de una oferta), no realizada con respecto al marco contextual de N

Tabla 3: Las relaciones de frecuencia más significativas para análisis de RST de Mann y Thompson (1988)

4.10.2 Análisis de coherencia global según McKenzie y Van Dijk

Para el análisis de la coherencia global en el discurso fue necesario establecer cuáles fueron los tópicos que la persona logró elicitar. McKenzie determinó en el año 2007, que un adulto sin patología de lenguaje o del pensamiento es capaz de identificar siete tópicos (ver tabla N° 4), al utilizar el estímulo de la lámina N° 1 del Test de Boston, también conocida como “El Robo de las Galletas”. La autora señala que una descripción completa y adecuada de la lámina, necesariamente debe comprender estos aspectos, los cuales se observan incompletos, inadecuados o inexistentes en personas con alteraciones del lenguaje.

<i>TÓPICOS</i>	<i>PRESENTE</i>		<i>INADECUADO</i>	<i>AUSENTE</i>
	<i>Completo</i>	<i>Incompleto</i>		
<i>1.- La mujer lava los platos</i>				
<i>2.-El niño está sobre la silla</i>				
<i>3.- Los niños se roban las galletas</i>				
<i>4.- La niña espera la galleta</i>				
<i>5.- La mujer no se da cuenta</i>				
<i>6.- El agua cae sobre el piso</i>				
<i>7.- El piso se está cayendo</i>				
<i>TOTAL</i>				

Tabla 4: Tópicos presentes en lámina N° 1 del Test de Boston, según McKenzie (2007)

Posterior al análisis de los tópicos o conceptos básicos registrados en el corpus del sujeto, se procedió a la realización de la gráfica de progresión temática. Así, se determinó el o los enunciados centrales (información nueva o núcleo) y los subtópicos relacionados a

estos (información adicional o satélite) encontrados en el corpus, estableciéndose la cantidad de tópicos y niveles del discurso. Una vez explorada la progresión temática, se comparó el título o frase resumen con el gráfico de la progresión temática. El título fue evaluado individualmente y clasificado en adecuado o inadecuado según los aspectos que cada persona fue capaz de emitir tras la descripción de la lámina, y de acuerdo a si el enunciado propuesto correspondía al tema central del discurso emitido por el evaluado, y si éste contenía el tema central. Finalmente se procedió con el análisis cualitativo de la coherencia global.

5. RESULTADOS

En este capítulo se presentarán los datos obtenidos mediante la evaluación de los sujetos de la muestra, a través de la descripción de la Lámina N°1 del Test de Boston. En primer lugar se expondrán gráficamente los resultados obtenidos en la medición de la coherencia local del discurso, a través del análisis de RST. En segundo lugar, se exhibirán los gráficos que ilustran los principales hallazgos de los títulos elicitados, los tópicos nombrados por los sujetos y la progresión temática, de los cuales se obtiene la medición de la coherencia global. Cabe señalar que debido al tipo de estudio realizado, los objetivos planteados y la metodología seguida, los datos obtenidos no fueron sometidos a análisis estadístico.

5.1 Presentación de Gráficos de Coherencia Local

En el Gráfico N°1 se presentan los resultados obtenidos del análisis del discurso elicitado por los sujetos, a través de RST. La gráfica muestra los promedios obtenidos por cada grupo, en la elaboración de núcleos y satélites. El grupo de sujetos con Esquizofrenia del tipo agudo elaboró un promedio de 7,6 núcleos, mientras que los sujetos con patología crónica un promedio de 7,0. Existe una considerable diferencia en la construcción de satélites, en donde el grupo agudo obtuvo un promedio de 3,3 en comparación de un promedio de 8,1 satélites elaborados por el grupo crónico.

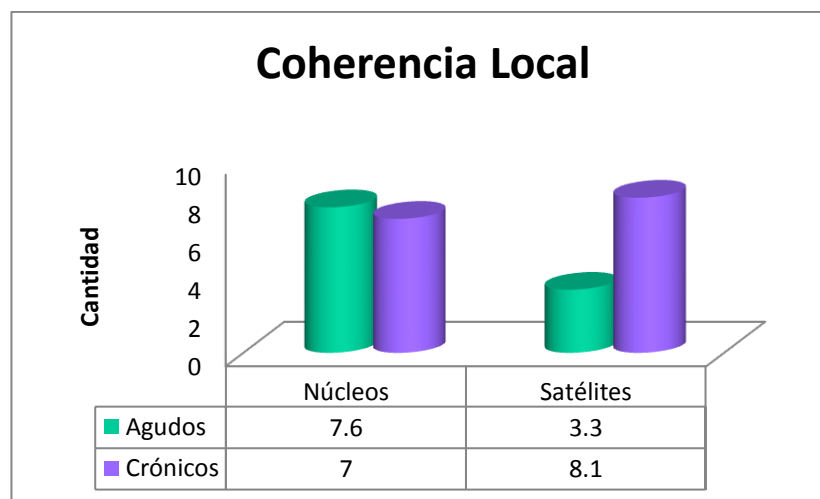


Gráfico N° 1: Número de núcleos y satélites en sujetos agudos y crónicos

Respecto a los resultados de los tipos de relaciones más utilizadas en el discurso, según RST, en el Gráfico N° 2 se destaca la mayor frecuencia del tipo unión, para ambos grupos, la cual fue utilizada por el 67% de sujetos agudos y por el 75% de los individuos crónicos. Además, el 33% de los sujetos agudos y el 8% de los sujetos crónicos utilizaron relaciones de secuencia. La relación de circunstancia fue utilizada en el 33% de los sujetos crónicos, mientras que los sujetos con Esquizofrenia en estadio agudo no utilizaron este tipo de correlación. Las relaciones de motivación y contraste, no se observaron en ninguno de los grupos.

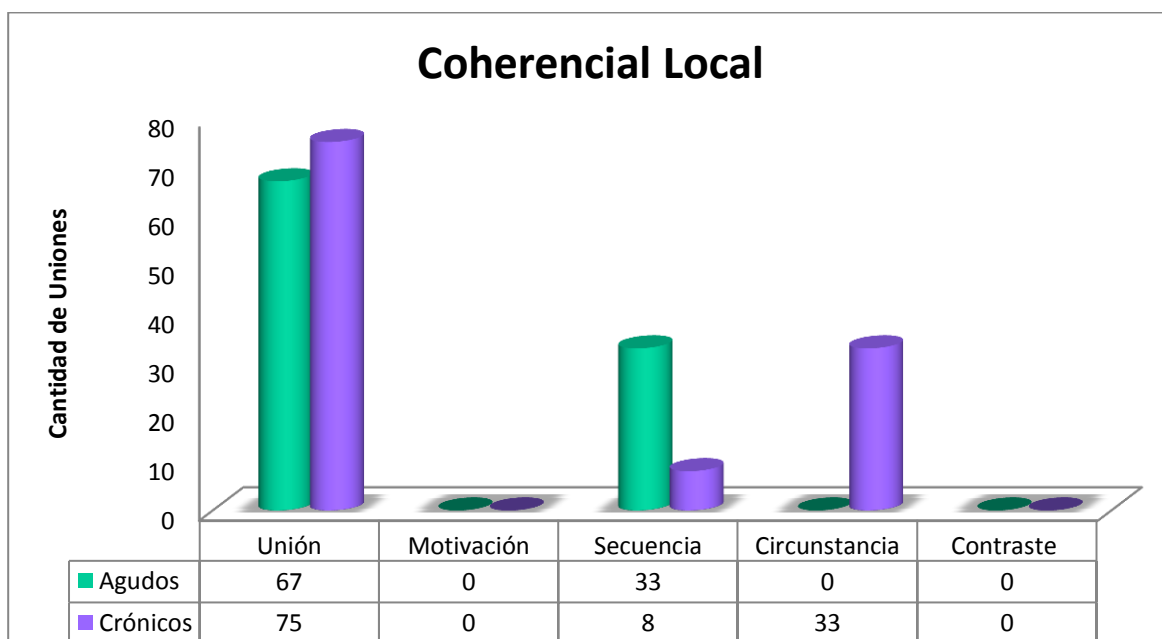


Gráfico N° 2: Tipos de relaciones más utilizadas, según RST

5.2 Presentación de Gráficos de Coherencia Global

En los gráficos N°3 y N°4 se observan los resultados de la tarea de escoger título a la lámina N°1 descrita. En el grupo de los sujetos agudos el 33% de los individuos emitió un título acorde a su discurso. En el caso de los pacientes crónicos, este porcentaje corresponde al 17%.

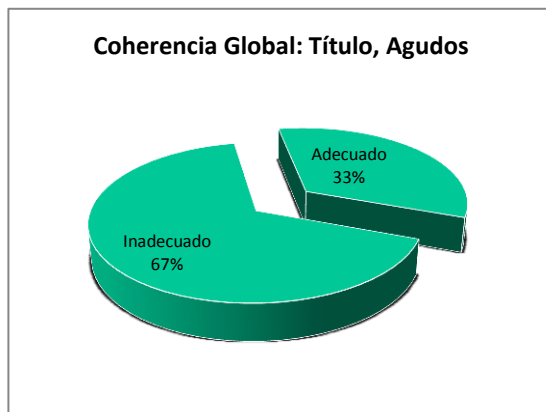


Gráfico N° 3: Título en sujetos con Esquizofrenia aguda



Gráfico N° 4: Título en sujetos con Esquizofrenia

El siguiente aspecto a analizar fue la presencia de los 7 tópicos señalados por Mckenzie (2007). Los siguientes gráficos representan la frecuencia de aparición de cada uno de éstos tópicos, en ambos grupos de la investigación.

Los gráficos N°5 y N°6 representan los resultados obtenidos tras el análisis del primer tópico “La mujer lava los platos”. El 67% de los pacientes agudos elicó el tópico completo mientras que el 33% restante lo nominó de manera incompleta (Gráfico N° 5). El 100% de los sujetos crónicos nombró el tópico de manera completa (Gráfico N° 6).

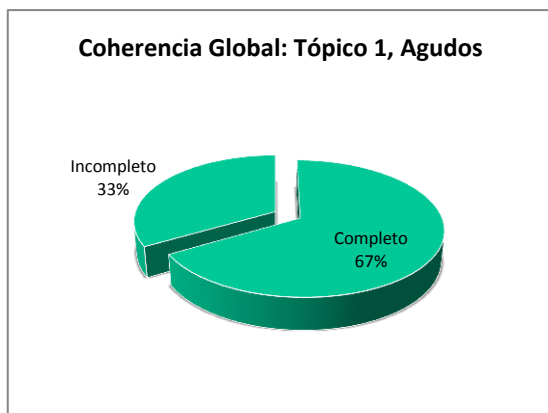


Gráfico N° 5: Tópico 1 en sujetos agudos



Gráfico N° 6: Tópico 1 en sujetos crónicos

En los Gráficos N° 7 y N° 8 se representan los resultados obtenidos en el segundo tópico “El niño está sobre la silla”. El 33% de los sujetos agudos enunció el tópico de manera completa, 33% incompleto y el 33% restante lo omitió. En los individuos con patología crónica se observó que el 75% enunció el tópico completo, el 17% de forma incompleta y el 8% inadecuada.

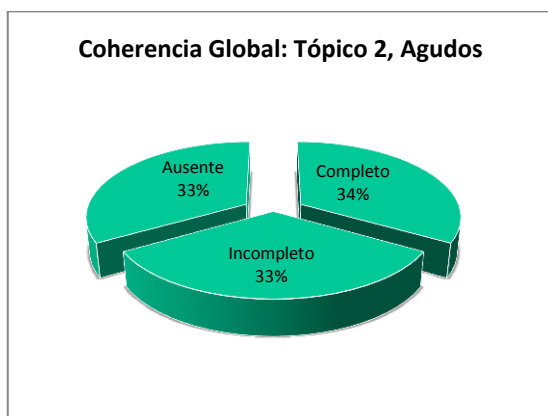


Gráfico N° 7: Tópico 2 en sujetos agudos

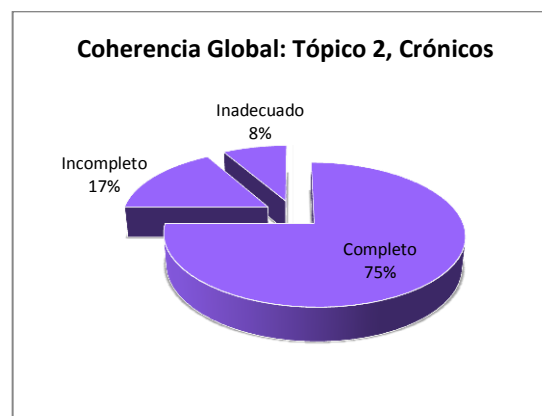


Gráfico N° 8: Tópico 2 en sujetos crónicos

Los gráficos que se muestran a continuación representan el tercer tópico “Los niños se roban las galletas”. El 33% del grupo agudo enunció el tópico de manera incompleta, mientras que el 67% de manera inadecuada (Gráfico N° 9). El 50% de los sujetos crónicos nombró el tópico de forma completa, el 17% incompleta, el 25% inadecuada y en el 8% fue ausente (Gráfico N° 10).

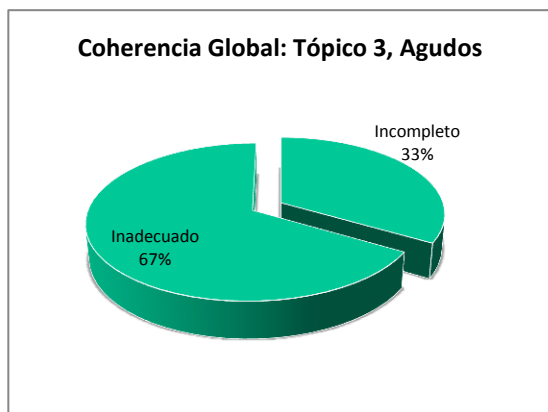


Gráfico N° 9: Tópico 3 en sujetos agudos

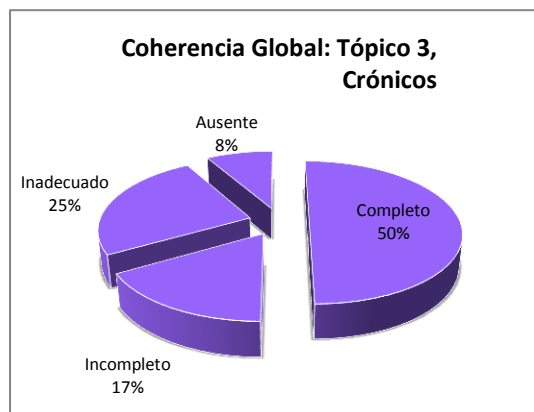


Gráfico N° 10: Tópico 3 en sujetos crónicos

El Gráfico N° 11 muestra los resultados obtenidos por los pacientes agudos en el tópico “La niña espera la galleta”. Se observa que el 67% de las personas enunció el tópico de manera completa y en el 33% de los casos, estuvo ausente. En éste mismo tópico el grupo de los sujetos crónicos, representado en el Gráfico N° 12, en donde se observa que el 33% de los sujetos lo emitió de forma completa, 26% de forma incompleta, 33% de forma inadecuada y se encuentra ausente en el 8%.

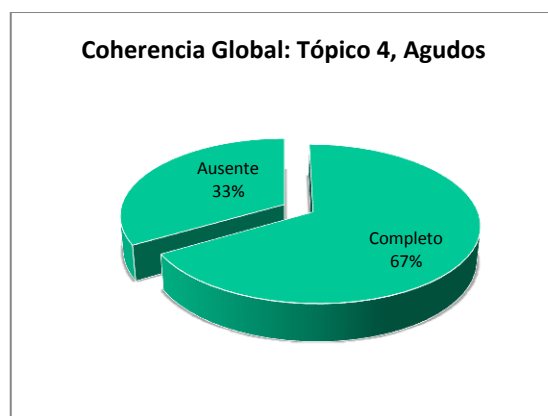


Gráfico N° 11: Tópico 4 en Sujetos agudos

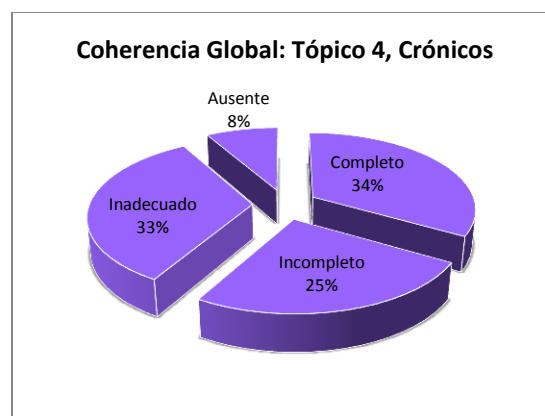


Gráfico N° 12: Tópico 4 en sujetos crónicos

En el tópicos N°5 “La mujer no se da cuenta”, el 100% de los sujetos de este estudio, omitió por completo este tópicos, ya sea en el grupo de los sujetos agudos (Gráfico N° 13) como en los crónicos (Gráfico N° 14).

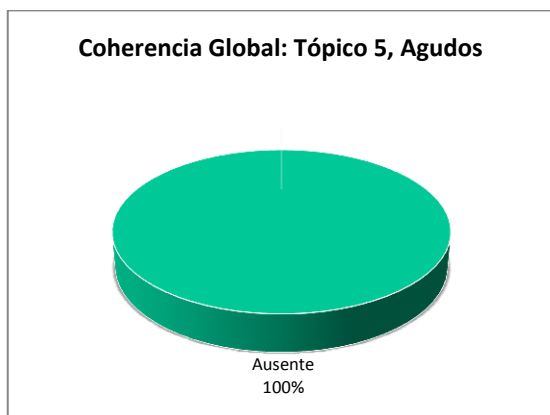


Gráfico N° 13: Tópico 5 en sujetos agudos

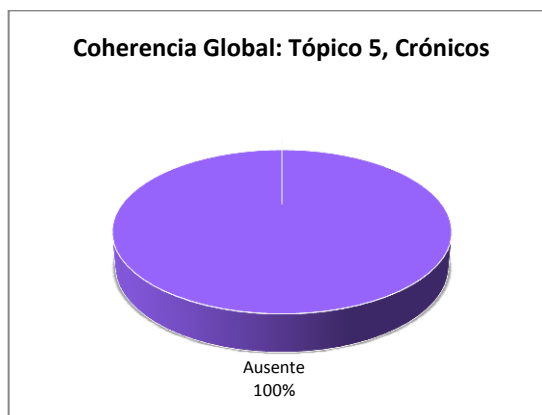


Gráfico N° 14: Tópico 5 en sujetos crónicos

El tópicos N° 6, “El agua cae sobre el piso”, 67% de los sujetos agudos pudo elicitarlo de forma completa y el 33% de forma incompleta (Gráfico N° 15). Mientras que en el grupo de los esquizofrénicos en estadio crónico el 42% de los sujetos lo nominó completo y el 58% incompleto (Gráfico N° 16).

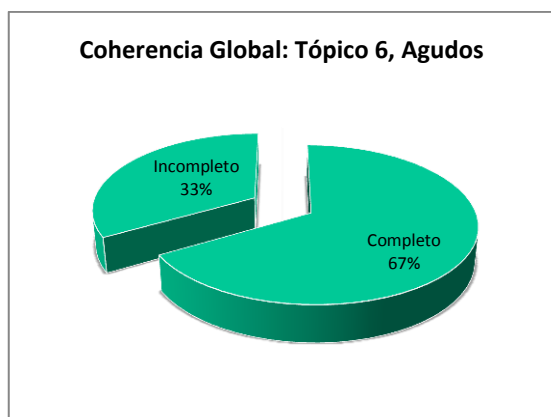


Gráfico N° 15: Tópico 6 en sujetos agudos

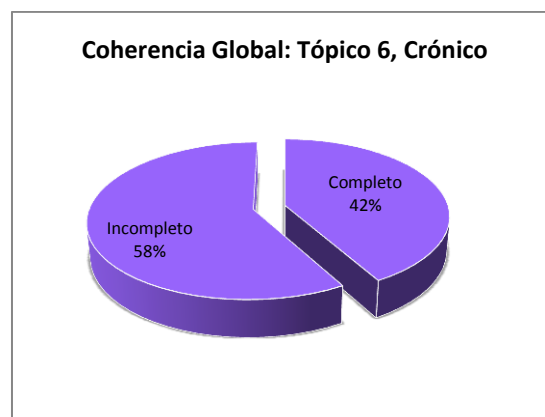


Gráfico N° 16: Tópico 6 en sujetos crónicos

El Gráfico N° 17 muestra los resultados obtenidos por los pacientes agudos en el tópico “El piso se está cayendo”. Se observa que el 67% de las personas enunció el tópico de forma completa y en el 33% estuvo incompleto. En este mismo tópico el grupo de los sujetos crónicos, representado en el Gráfico N° 18, el 42% de las personas nombró el tópico completo, el 8% incompleto y estuvo ausente en el 50% de los casos.

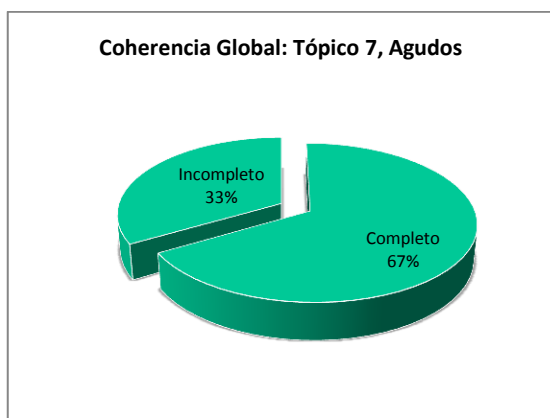


Gráfico N° 17: Tópico 7 en sujetos agudos

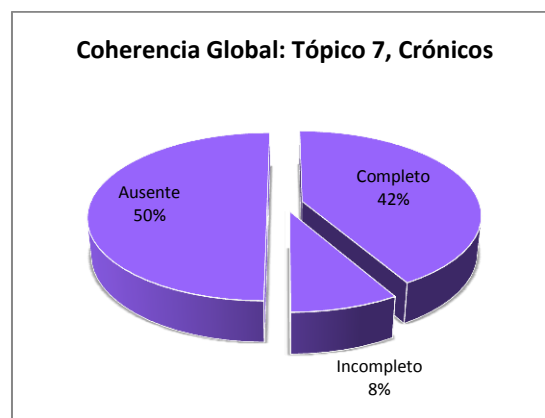


Gráfico N° 18: Tópico 7 en sujetos crónicos

Finalmente se presenta el Gráfico N° 19 en el cual se muestran los resultados obtenidos en la progresión temática. Se observa que el 100% de los sujetos de ambos grupos fue capaz de estructurar tópicos y subtópicos de manera adecuada. Sólo el 33% de los sujetos con Esquizofrenia del tipo agudo fue capaz de construir sub-subtópicos, versus el 75% de los sujetos crónicos. La mayor diferencia se encuentra en que sólo el 33% de los sujetos crónicos fue capaz de elaborar sub-sub-subtópicos, mientras que ningún sujeto agudo alcanzó este nivel de progresión temática.

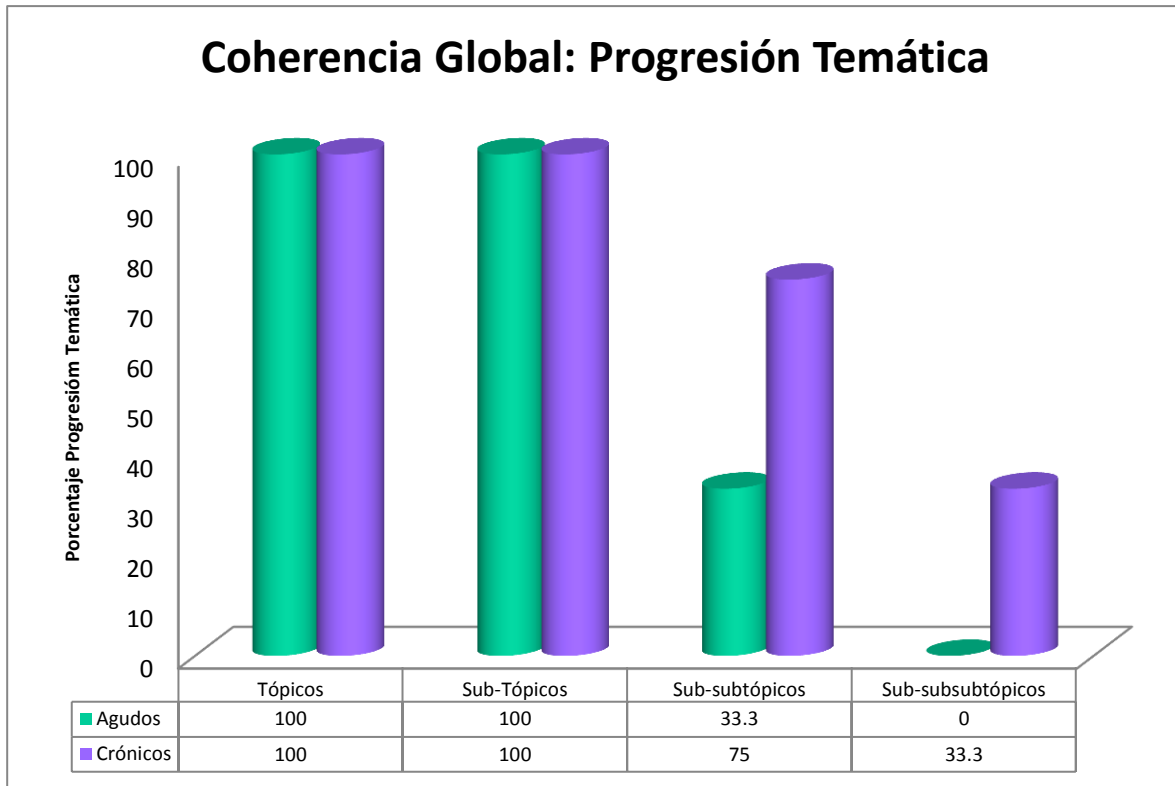


Gráfico N° 19: Progresión Temática en sujetos agudos y crónicos

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el siguiente apartado se presentará la interpretación de los datos obtenidos tras el análisis de los resultados de la investigación, estableciendo relaciones entre los datos conseguidos y lo propuesto en el marco teórico. En primer lugar, se abordará la coherencia local y global refiriéndose a los aspectos más relevantes arrojados en el estudio. En segundo lugar, se realizarán las conclusiones finales, mencionando las implicancias, los alcances y las limitaciones de esta investigación. De esta forma, se finalizará con las recomendaciones para investigaciones futuras relacionadas con el discurso en la Esquizofrenia y las proyecciones investigativas de este estudio.

6.1 Discusión

En el análisis de la coherencia local según RST, se observó que las personas con Esquizofrenia en estadio crónico, pueden elaborar enunciados con un perfil similar a las personas sin diagnóstico (Mann & Thompson, 1988), es decir, que el promedio de los núcleos es menor que el promedio de los satélites elaborados. A diferencia de los pacientes crónicos, los sujetos en estadio agudo construyen múltiples núcleos y una menor cantidad de satélites. Debido a esto, el discurso de los pacientes agudos es enumerativo con poco desarrollo de la información recepcionada. Considerando lo anterior, Rochester en 1988 expone que los hablantes esquizofrénicos fallan en la comunicación verbal, debido a que no consideran las necesidades del oyente, cometiendo errores al proporcionar los vínculos de cohesión entre las proposiciones. Esto se evidenció al analizar las proposiciones emitidas por los sujetos del estudio, en donde la ausencia de vínculos en los enunciados demuestra la falencia que manifiestan estos sujetos para realizar un discurso coherente.

Con respecto al tipo de relación proposicional utilizado, no hubo diferencias entre el estadio agudo y crónico, siendo la unión el tipo de relación más característica. De esta forma, se observaron composiciones multinucleares en donde los elementos se unen sin un orden referencial. Una posible explicación a este hecho, puede deberse al tipo de tarea escogida para esta investigación, ya que no requiere de mayor procesamiento de la información, debido a que corresponde a un lámina estática que enmarca una situación cotidiana, en donde su evocación puede llevar a una descripción perceptiva sin realizar una interpretación de los acontecimientos. Además, el corpus del lenguaje obtenido, no refleja todo el desempeño lingüístico-discursivo de los sujetos evaluados.

En lo que respecta a coherencia global, la asignación del título permite evidenciar la capacidad del sujeto para generalizar y comprender el tema central de la lámina. La mayoría de los sujetos evaluados no fue capaz de resaltar el aspecto más relevante de su discurso, señalando un título inadecuado. Este desempeño se podría relacionar directamente con la alteración de las funciones cognitivas como son las fallas en la atención y funciones ejecutivas (Rochester, 1988; Belinchón & Cols., 1998). Por otro lado Utah Frith (2004), postula que las personas que padecen Esquizofrenia presentan fallas a nivel de la coherencia central, lo que en este estudio se entiende por coherencia global, en donde se observan fallas en la integración de la diversa información que se requiere para construir un significado de nivel superior en contexto.

De los siete tópicos establecidos por McKenzie (2007) para la lámina N° 1 del Test de Boston, es necesario destacar que sólo un tópico fue elicitado de forma adecuada en los sujetos crónicos. El resto de los tópicos se presentaron de forma incompleta, ausente o inadecuada. Cabe mencionar que un hallazgo importante de esta investigación es la ausencia del tópico 5 en todos los sujetos de ambos estadios. Este hecho se puede presumir debido a que este tópico es el único que requiere la captación del mensaje ilocutivo de la situación presentada. Según James Rusell (1997), el déficit cognitivo que se produce a nivel de las funciones ejecutivas en los sujetos que padecen esta patología, produce

dificultades para comprender conceptos mentales, por lo que lograr la emisión del tópico 5 requiere un mayor procesamiento de la información. Es decir, que las personas con Esquizofrenia no logran evidenciar que en este caso que el comportamiento de la madre es inadecuado.

Por otra parte, Lozano & Acosta (2009) y Ruiz, García & Fuentes (2006) explican que las falencias encontradas con respecto a la inferencia del tópico 5, se deben a un déficit presente en la cognición social. Esta alteración implica una incapacidad para percibir, procesar y organizar la información social y emocional que se presenta en la imagen utilizada. Por lo que esta alteración se puede explicar por fallas en la Teoría de la Mente, refiriéndose principalmente a la incapacidad para realizar inferencias sobre los estados mentales de otras personas.

Los individuos de ambos estadios de la enfermedad realizaron una progresión temática de los tópicos que fueron elicitados, es decir, lograron entregar información complementaria de las proposiciones. Sin embargo, esta progresión no siempre puede ser considerada como correcta debido a que las proposiciones generadas en muchas ocasiones contienen información irrelevante y reiterativa. Chaika (en Belichón, 1987) justifica las anomalías como una falta de control sobre la selección de las unidades lingüísticas durante el proceso de la producción del discurso. Además agrega que las personas que padecen Esquizofrenia no son capaces de retornar al contexto tras la emisión de las primeras frases, en cambio, producirían palabras o frases que se asociarían a las emitidas previamente. Ante esto, la autora estipula que existe una falta de inhibición de las asociaciones, lo que determina la producción de verbalizaciones inadecuadas.

Tal como menciona Belinchón y & Cols. (1998), la presencia de información irrelevante y reiteraciones, se puede asociar a una pobreza temática y a un discurso tangencial generado por fallas a nivel de funciones ejecutivas y de atención (Orellana &

Slachevsky, 2007; Lozano & Acosta, 2007). En las falencias relacionadas con las funciones ejecutivas existe una escasa habilidad para planificar, con tendencia alta a la perseveración y déficit severo al pensamiento abstracto. Los principales déficits atencionales manifestados en esta patología se pueden asociar a procesamientos inhibitorios de estímulos lingüísticos, los que dificultan la distinción y selección de información fundamental y accesoria o irrelevante (Lozano & Acosta, 2007).

Analizando las alteraciones que existen en la coherencia global y local, se puede correlacionar los resultados obtenidos con las investigaciones realizadas por Belinchón (1987; 1988a; 1988b), Belinchon & Cols.(1998), Martínez (2003), y Rochester (1988), los cuales señalan la existencia de un discurso incoherente debido a la presencia de información irrelevante carente de lógica, asociaciones laxas entre las ideas, ideas fijas, deficiencias para la planificación del discurso, fallas en la vinculación de la cohesión y pobreza temática, dando una impresión al receptor de un mensaje desorganizado y confuso. Si bien se evidenciaron errores, tal como señala Martínez (2003), esta desorganización es menos engorrosa que lo entregado en la bibliografía, siendo una de las posibles causas el nivel cognitivo de los sujetos de la muestra y su inserción en la sociedad, lo que podría influir en su desempeño positivamente. De las características mencionadas en el marco teórico y que no se lograron evidenciar fueron el uso de palabras inadecuadas, discurso bizarro, descarrilamiento de ideas y uso de neologismos.

6.2 Conclusión

Las personas con Esquizofrenia en estadio agudo que se asisten al Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef, presentan un perfil lingüístico-discursivo caracterizado por una mayor enunciación de núcleos en contraposición de los satélites, donde el principal tipo de relación corresponde a la unión. Además en lo que respecta a la coherencia global, la mayoría no logró reconocer el tema central ni la presencia de los 7 tópicos, y si bien se logró realizar progresión temática de los tópicos nombrados, alcanzando el nivel de sub-subtópicos, ésta incluía elementos reiterativos e irrelevantes.

En cambio, el perfil lingüístico-discursivo en las personas con Esquizofrenia en estadio crónico que se atienden en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef, se caracterizó por una mayor enunciación de satélites, lo cual evidencia una mayor entrega de información adicional, donde el principal tipo de relación también corresponde al de unión. Además, en lo que respecta a la coherencia global, la mayoría no logró reconocer el tema central, y solo un tópico fue elicitado completamente por todos los sujetos. La progresión temática se logró realizar incluyendo elementos reiterativos e irrelevantes, alcanzando el nivel de sub-sub-subtópicos.

Luego de finalizar la investigación se encontraron algunos aspectos del discurso que no fueron contemplados como objetivos de este estudio, sin embargo, dada la recurrencia con la cual se presentaron es fundamental destacarlos. Al realizar el análisis del discurso se observó la presencia de circunloquios, dificultad de acceso a léxico, verborrea en algunos casos y en otros leves fallas en la fluidez verbal, falsos inicios de enunciados y escasos periodos de atención. Estas características también fueron evidenciadas por Anjarí & Cols (2006) y Durán & Figueroa (2009). Estos elementos demuestran las fallas presentes a nivel de funciones ejecutivas y de atención, que si bien no alteran la organización del discurso, entorpecen la comunicación con el interlocutor.

En síntesis, y luego de analizar los resultados obtenidos, se concluye que el objetivo general, de caracterizar la coherencia global y local en el discurso descriptivo, en personas con Esquizofrenia en estadio agudo y crónico, se cumplió. Así, se logró identificar la cantidad de núcleos y satélites existentes en cada proposición del discurso, el tipo de relación más característico en cada estadio, las fallas en la progresión temática, en la identificación del tema central y el reconocimiento de los 7 conceptos de la lámina N° 1 del Test de Boston. Con los resultados analizados, se logró establecer de manera objetiva que las fallas de coherencia detectadas subjetivamente por el oyente se presentan tanto a nivel de coherencia local como global. Estas en conjunto dan como resultado un discurso incoherente, en donde la principal falencia es la ausencia de un tema principal a seguir o coherencia global.

6.3 Comentarios Finales

Tras finalizar las principales discusiones y conclusiones del presente estudio, se exponen a continuación, las limitaciones, fortalezas y propuestas investigativas. Este análisis se realiza tanto para la exploración realizada, como para los instrumentos y metodología utilizada. De esta manera, se pretende enriquecer el proceso investigativo.

De las limitaciones del estudio y el tema seleccionado, surgió la problemática de la escasa información existente en Chile. Junto a esto, son aún más limitadas las referencias bibliográficas desde el área de fonoaudiología y el desempeño lingüístico-discursivo en la Esquizofrenia. Además, de la escasa bibliografía obtenida, un porcentaje se centraban en la suposición de fallas en coherencia por un trastorno cognitivo global, hecho que limitaba la exploración discursiva *per se*; y otro porcentaje solo exploraba un ámbito discursivo; la coherencia local, a través de análisis de nexos, o la coherencia global desde el análisis referencial.

Analizando la fortaleza de este hecho, por un lado, surgió la necesidad de explorar bibliografía extranjera en relación al tema, y por otro, recurrir a diferentes profesionales relacionados con el área de Salud Mental, lo que permitió integrar nuevos conocimientos. De este modo, la presente investigación fue pionera en el ámbito discursivo, integrando el estudio de la coherencia local, a través de RST, y coherencia global desde el análisis de progresión temática

Cabe destacar que otra de las limitaciones en relación a la investigación, fue la percepción errónea y el estigma social que aún se observa en la comunidad chilena, no solo desde la sociedad, sino también desde profesionales de la salud. La fortaleza y el desafío fue realizar un acercamiento a esta enfermedad no solo desde el lenguaje, sino también desde la persona que lo padece, entregar nuevos conocimientos a la comunidad fonoaudiológica en relación al tema, y modificar la propia percepción a través de la experiencia vivencial.

Las proyecciones del estudio se centran en la importancia de continuar con indagaciones en las alteraciones cognitivo-lingüísticas de los sujetos que presentan Esquizofrenia, donde el nicho a explorar sean las fallas discursivas. De esta manera se ampliarían las teorías de desempeño comunicativo en personas con Esquizofrenia, y se aportarían nuevos datos en relación al lenguaje. Cabe destacar, que para tal objetivo es necesario la inclusión de diversos profesionales relacionados con el área, que abran nuevos campos exploratorios y permitan la integración de conocimientos. En segundo lugar, es necesario complementar las exploraciones discursivas y cognitivas, hasta hoy en día realizadas, de manera tal de integrar las hipótesis de cada una, hacia una definición común. Así se podrán generar o perfeccionar instrumentos de medición y evaluación lingüístico-discursiva en la Esquizofrenia

Las limitaciones metodológicas centrales son las relacionadas con el escaso número de la muestra, debido a que impide generalizar las conclusiones obtenidas con la población Chilena. La fortaleza, al ser un número reducido de sujetos y que pertenecen al mismo servicio de psiquiatría, fue la posibilidad de controlar variables externas como el nivel sociocultural, similar tratamiento farmacológico y modalidades de terapia. Las proyecciones metodológicas sugeridas a la muestra, por un lado, apuntan a realizar estudios con un mayor número de muestra, de tal manera de analizar a todas las personas diagnosticadas con Esquizofrenia de la Red de Salud Mental de Chile, y establecer un perfil comunicativo general. Por otro lado, se plantea la posibilidad de objetivar el discurso incoherente, a través de instrumentos de medición, que expliquen las fallas y la posible génesis de estas, así como la exploración del discurso Esquizofrénico, con herramientas más integrales.

Para las proyecciones metodológicas en relación al tipo y diseño de investigación, se sugieren estudios de corte longitudinal que permitan detectar las diferencias cuantitativas y cualitativas del trastorno cognitivo y de las alteraciones lingüístico-discursivas, a medida que avanza la cronicidad de la enfermedad, para así comprobar un posible deterioro cognitivo. Además, se proponen investigaciones correlacionales, donde se compare el desempeño comunicativo de personas con Esquizofrenia y sujetos sin patología, o comparativas, donde se intente encontrar relación de causalidad entre los trastornos cognitivos y lingüístico-discursivos. Finalmente, un último diseño postulado es el de tipo experimental, basado en el deterioro cognitivo-comunicativo, donde se formulen programas de terapia de estimulación cognitiva y de habilidades comunicativas, desde el área fonoaudiológica, que permitan comprobar un progreso en las competencias comunicativas ante este tipo intervención.

Las limitaciones instrumentales abarcaron el tipo de instrumento, la tarea y el formato de elicitación del discurso. Por un lado, la lámina a utilizar como instrumento, al ser estática, y poseen múltiples elementos gráficos, generaba la evocación tanto de los

elementos importantes como de los irrelevantes, o la fijación de aquellos elementos icónicos que sobresalían del tamaño promedio. La fortaleza se encuentra en que al ser en una situación cotidiana, en blanco y negro y estática, no producía distracción ni requería de una extensión de tiempo prolongada para su procesamiento. Por otro lado, al ser una modalidad única de tipo visual-verbal/oral, no se logró observar el desempeño a cabalidad, y analizar diferencias en rendimiento. Además, al ser una tarea multimodal, es susceptible a depender de la selección correcta de la imagen o pregunta para evocar el resultado verbal esperado, y de que el sujeto este procesando varios elementos a la vez, disminuyendo su desempeño cognitivo general. La fortaleza se centra en el hecho de que tanto la lámina como la tarea solicitada fueron percibidas por diversos canales, en un corto lapso de tiempo. Finalmente, el formato de elicitado descriptivo si bien no exigía mayor desempeño cognitivo, si logró dar cuenta de las mínimas fallas de coherencia.

Las proyecciones instrumentales propuestas se centran en la indagación del desempeño discursivo, en diversos formatos de elicitación, tales como discurso narrativo, discurso expositivo o autobiográfico, así como una conversación espontánea. Además, se propone analizar la modalidad de la tarea, combinando multimodalidad (visual-verbal/oral) con tareas sólo verbales/orales o verbales/escritas, y con diferentes tipos de láminas u órdenes verbales, para ver las variaciones del desempeño. Como punto relevante se sugiere complementar la tarea planteada con instrumentos de recopilación de datos más generales, como el desempeño comunicativo-pragmático.

De las variables externas no contempladas en el estudio, tales como sexo, edad, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico e institucionalización versus no institucionalización, se postula considerar el impacto que generan en los resultados, ya sea a nivel lingüístico-discursivo como cognitivo. De estas, la variable que causó mayor interés, y que fue detectada en la etapa de pilotaje, guarda relación con la institucionalización versus no institucionalización de las personas con Esquizofrenia. Por lo que se propone realizar investigaciones más acabadas en base al tema.

Finalmente, desde el área de la fonoaudiología, se realizan proyecciones en relación al diseño de pautas e instrumentos de evaluación del lenguaje y el discurso, que se complementen con las evaluaciones neuropsicológicas existentes. Este hecho permitirá, por una parte, detectar y reconocer la presencia de alteraciones lingüísticas-discursivas específicas, posibilitando la creación de objetivos terapéuticos, y por otra, la inserción del profesional de la comunicación en equipos multidisciplinarios de salud mental. Se propone, además, su futura participación en programas de tratamiento integral de sujetos con Esquizofrenia, presentes en Chile, enfocada en la reducción o prevención del impacto de desórdenes cognitivo-lingüísticos, mantención de una comunicación funcional, que le permita una inclusión social efectiva, reducción del impacto social del sujeto en interacciones con su comunidad y rehabilitación en aspectos cognitivos y comunicativos, que logren un bienestar comunicativo y un abordaje psicosocial integral.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Álvarez, G. (1996). *Textos y Discursos. Introducción a la lingüística del texto*. Chile: Editorial Universidad de Concepción.
- Anjarí, P., Bascuñan, C., Briceño, S., García, P., Stuardo, C. (2006). Alteraciones del Lenguaje y el Discurso en personas con Esquizofrenia. *Tesis de Pregrado inédita*. Valparaíso; Chile: Universidad de Valparaíso, Carrera de Fonoaudiología.
- American Psychiatric Association. Lopez-Ibor, J., Valdés, M. (Eds.) (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (4° Ed.)*. Barcelona: Masson..
- Asociación Mundial de Psiquiatría (2002). *Información sobre la Esquizofrenia relevante para el desarrollo del Programa II*. [En línea]. Disponible en <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/esquizofrenia/volumen2.pdf> visitado el 02 de Marzo de 2010.
- Ballard, K., Kennedy, W. & O'Brien, P. (2001). *Enfermería Psiquiátrica*. México: McGraw Hill.
- Belinchón, M. (1987). Lenguaje. En J. Ruiz-Vargas. *Esquizofrenia: Un Enfoque Cognitivo* (pp 232-258). Madrid: Editorial Alianza Psicología.
- Belinchón, M. (1988a). *Esquizofrenia y Lenguaje: Una Aproximación Psicolingüística*. [En línea]. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=66009>, visitado el 02 de Marzo de 2010.

- Belinchón, M. (1988b). *Hacia una Caracterización Empírica del Lenguaje Esquizofrénico: Desde la Descripción Estructural de los Discursos a la Reconstrucción de los Procesos Implicados en la Producción Verbal Desviada*. [En línea]. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=66011>, visitado el 02 de Marzo de 2010.
- Belinchón, M., Rivièrè, A. & Igoa, J. (1998). *Psicología del lenguaje: investigación y teoría (4ª Ed.)*. Valladolid: Editorial Trotta.
- Benedet, M. (2002). *Neuropsicología Cognitiva: Aplicaciones clínicas y Fundamento teórico y a la investigación, Fundamentos teóricos y metodológico de la neuropsicología cognitiva*. [En línea]. Disponible en <http://imsersodiscapacidad.usal.es/idos/F8/8.1-6407/neuropsicologia.pdf>, visitado el 27 de Septiembre de 2010.
- Capponi, R. (1996). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica (4ª Ed.)*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Calsamiglia, H. & Tusón, A. (2007). *Las Cosas del Decir: Manual de Análisis del Discurso (2ª Ed.)*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Covington, M., Congzhou, H., Brown, C, Naci, L., McClain, J., Fjordbak, B., Semple, J. & Brown, J. (2005). Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. *Journal Schizophrenia Research* 77, 85-98.
- Durán, E. & Figueroa, A. (2009). Sobre el Déficit Pragmático en la Utilización de Pares Adyacentes, por Pacientes Esquizofrénicos Crónicos, y de Primer Brote. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47 (4), 259-270.
- Figueroa, A. (2001). Aproximación al Discurso Esquizofrénico. *Tesis de Pregrado inédita*. Santiago; Chile: Universidad de Chile, Departamento de Lingüística.

- Frith, U. (2004). *Autismo : hacia una explicación del enigma (2ª Ed.)*. Madrid: Alianza.
- Goren, A., Tucker, G. & Ginsberg, G (1996). Language of Dysfunction in Schizophrenia. *Revista European Journal of disorder of communication* 31(2):153-70.
- Graesser, A., Gernsbacher, M. & Goldman, S. (2003). *Handbook of discourse processes*. Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Halliday, M. & Hasan, R. (1976). *Cohesión in English*. Londres: Editorial Longman
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación (3ª Ed.)*. México: Editorial McGraw Hill.
- Huneus, T. (2005). *Esquizofrenia (2ª Ed.)*. Santiago: Mediterráneo.
- Juncos, O. (1998). *Lenguaje y Envejecimiento. Bases para la Intervención*. Barcelona: Masson
- Kircher, T., Tomasina, M., Brammer, M. & McGuire, P., (2005). Neural Correlates of Syntax Production in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 186, 209-214.
- Kuperberg, G. & Caplan, D. (2003). Language Dysfunction in Schizophrenia. En Schiffer, R.B., Rao, S.M. & Fogel BS (Eds.). *Neuropsychiatry* (pp. 444- 466). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- León, J. (2003). *Conocimiento y Discurso: claves para inferir y comprender*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lobas, E., Fuentes, P., Manes, F. & Slachevsky, A. (2008). *Tratado de Neuropsicología Clínica: Bases Conceptuales y Técnicas de Evaluación*. Buenos Aires: Editorial Librería Akadia Editoria

- Lozano L. & Acosta A. (2009). *Alteraciones cognitivas en la Esquizofrenia*. [En línea]. Disponible en http://www.umng.edu.co/www/resources/red_medvol17art11.pdf, visitado el 02 de Marzo de 2010.
- Marini, A., Spoletini, I., Rubino, I., Ciuffa, M., Bria, P., Martinotti, G., Banfi, G., Boccascino, R., Strom, P., Siracusano, A., Caltagirone, C. & Spalletta, G. (2008). The Language of Schizophrenia: An Analysis of Micro and Macrolinguistic Abilities and their Neuropsychological Correlates. *Journal Schizophrenia Research* 105, 144-155.
- Mann, W. & Thompson, S. (1988). Rethorical Structure Theory: Toward a Functional Theory of Text Organization. *Text* 3 (8), 243-281.
- Martínez, C. (2003). La Comunicación en Esquizofrénicos: Un Análisis de la Coherencia y Cohesión Discursiva. *Tesis de Postgrado Inédita*. Universidad de Concepción, Programa de Magister en Lingüística.
- McKenna, P. & Oh, T. (2005). *Schizophrenic Speech: making sense of bathroofs and ponds that fall in doorways*. London: Cambridge University Press.
- McKenzie, C., Brady, M., Norrie, J. & Poedjianto, N. (2007). Picture Description in Neurologically normal Adults: Concepts and Topic Coherence. *Revista Afasiology*, 21(3), 340-354.
- Ministerio de Salud (2005). *Guía Clínica: Primer Episodio de Esquizofrenia*. Santiago, Chile: Editorial Atenas Ltda.
- Monchablon, A. (2001). El efecto catatónico. En J. Téllez & A. López; *Aspectos Neurocognitivos de la Esquizofrenia* (pp.217-235). Bogotá: Editorial Nuevo Milenio.

- Moya, J. (1990). Análisis formal del discurso esquizofrénico: Problemas Metodológicos. *Revista Anuario de Psicología* 47, 117-144.
- Nevid, J. (1994). *Abnormal Psychology: in a changing world (2ª Ed.)*. New Jersey: Prentice Hall.
- Orellana, G. & Slachevsky, A. (2006). Trastornos Neurocognitivos en la Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología* 1 (1), 41-49.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10: Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid, España: Editorial Meditor.
- Page, J. (1982). *Manual de Psicopatología*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Pavéz, M., Coloma, C., Maggiolo, M., Martínez, L. & Romero, L. (2002). *Procedimientos para Evaluar Discurso: PREDI*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Quiroga, P. & Rohde G. (2002). *Psicogeriatría: Bases Conceptuales, Clínica y Terapéutica Integral*. Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Rebraca, L. (2007). *Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental: Conceptos Básicos (6ª Ed.)*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Rincón, C. (2000). *La Cohesión y La Coherencia*. [En línea]. Disponible en <http://docencia.udea.edu.co/comunicaciones/bajopalabra/capitulos/Unidad12CohesionyCoherencia.PDF> visitado el 20 de Julio de 2010.

- Rodríguez-Ferrera, S. & McKenna, P. (1996). Aspectos Neuropsicológicos de la Esquizofrenia. En J. Aldaz & C. Vázquez; *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación* (pp. 57-88). Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Rochester, S. (1988). *Las Alteraciones del Lenguaje en la Esquizofrenia aguda: ¿son realmente problemas del procesamiento de la información?*. [En línea]. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=66010>, visitado el 02 de Marzo de 2010.
- Ruiz, J., García, S. & Fuentes, I. (2006). La Relevancia de la Cognición Social en la Esquizofrenia. *Apuntes de psicología* 24 (1-3), 137-155.
- Rusell, J. (1997). *El autismo como Trastorno de la Función Ejecutiva*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Sanders, T., Spooren, W., Noordman, L. (1992). Toward a Taxonomy of Coherence Relations. *Revista Discourse Processes* 15, 1-35.
- Shepherd, G. (1996). Avances en la Rehabilitación Psiquiátrica. En J. Aldaz & C. Vázquez; *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación* (pp.1-22). Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Silva, H. (Ed.), Aboitiz, F., Bosman, C., Gaspar, P., Godoy-Herrera, R., Lolas F., Martínez J., Rodríguez, E. & Ojeda, C. (2006). *Esquizofrenia: Nuevas Perspectivas*. Santiago, Chile: C&C Ediciones.
- Silva, L. (2007). *Lógica de la Metodología Científica*. Facultad de Medicina: Universidad de Valparaíso.
- Stuardo, C. (2007). Esquizofrenia y Atención Primaria. Tratamiento, Rehabilitación y Manejo del Paciente con Esquizofrenia. *Revista Psiquiatría y Salud Mental*, 24 (3-4), 132-143.

- Tomás, M. (2009). Entrenamiento Cognitivo en Esquizofrenia. *Tesis Doctoral Inédita*. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología.
- Valdivieso, S (Ed) & Cols. (2005). *Fundamentos de la Psiquiatría Clínica*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Valencia, M., Murow, E., Rascón, M. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en Esquizofrenia: Terapia Psicosocial, Musicoterapia y Terapias Múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología* 38 (3), 535-549.
- Van Dijk, T. (1998). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Van Dijk, T. (2000). *El discurso como Estructura y Proceso*. Barcelona. Editorial: Gedisa.
- Vázquez, C., López, B. & Florit, A. (1996a). Procesamiento de la Información y Esquizofrenia: Hallazgos Empíricos y Bases Teóricas para la Rehabilitación. En J. Aldaz & C. Vázquez; *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación* (pp. 23-57). Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Vázquez, C., López, B. & Florit, A. (1996b). Rehabilitación Cognitiva: Principios Generales y Técnicas de Evaluación e Intervención. En J. Aldaz & C. Vázquez; *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación* (pp. 265-292). Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., Torres, S. (2002). Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECEP). *Revista Médica de Chile*, 130, 527-536.

8. ANEXOS

ANEXO N° 1: CARTAS DE SOLICITUD



FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE FONOAUDIOLOGIA

Valparaíso, Abril de 2009

Dra. Dagmar Holmgren
Jefa de Servicio de Psiquiatría
Hospital Naval Almirante Nef
Presente

Estimada Dra. Holmgren

Somos un grupo de alumnas tesis de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, que busca analizar las alteraciones del discurso narrativo, a través de la coherencia temática y la construcción conceptual, de pacientes con Esquizofrenia, en diferentes estadios de la enfermedad. Para desarrollar esta investigación necesitamos su autorización para aplicar una entrevista grabada de duración máxima de 30 minutos a los pacientes seleccionados.

En caso de aceptar esta propuesta, solicitamos comunicarse con el Doctor Claudio Stuardo, para coordinar una reunión y presentar nuestro proyecto.

Agradeciendo de antemano su comprensión y colaboración, queda a su disposición:

Valeska Durán F
Rut:16.484.168-5

Begoña Olave P.
Rut::16.558.395-7

Camila Rivera I.
Rut::16.811.911-9

Fonoaudiología
Universidad de Valparaíso

P.D: Se adjunta carta formal de petición respaldada por la institución.

ANEXO N° 2: CARTA DE SOLICITUD



FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE FONOAUDIOLOGIA

Valparaíso, Abril de 2009

Dra. Dagmar Holmgren
Jefa de Servicio de Psiquiatría
Hospital Naval Almirante Nef
Presente

Estimada Dra. Holmgren:

La presente carta tiene como objetivo solicitar a usted, la autorización, para que las estudiantes de quinto año, de la Carrera de Fonoaudiología, señoritas: Valeska Durán F., Rut:16.484.168-5, Begoña Olave P., Rut:16.558.395-7 y Camila Rivera I., Rut:16.811.911-9, quienes están desarrollando la tesis de grado titulada: " Caracterización de la coherencia global mediante la progresión temática, y la coherencia local según la teoría de la estructura retórica en el discurso descriptivo, en pacientes con Esquizofrenia en estadios agudo y crónico de la enfermedad, realicen su investigación con los pacientes que padecen Esquizofrenia pertenecientes a su servicio de salud, Hospital Naval Almirante Nef. Las alumnas tesistas, se comprometen a respetar todas las disposiciones establecidas por el Hospital, y a trabajar de manera tal de no interferir el normal desempeño de las actividades clínicas.

Agradeciéndole de antemano su comprensión y colaboración queda a su disposición:

Flgo. Patricio Valdebenito
Director de la Carrera de Fonoaudiología
Universidad de Valparaíso

Dr. Claudio Stuardo
Docente de la Carrera de Fonoaudiología
Profesor Guía de Tesis
Universidad de Valparaíso

ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE FONOAUDIOLOGIA

Respetado Señor(a):

El presente documento tiene como objetivo solicitar a usted su autorización y participación en una investigación acerca del discurso descriptivo. El procedimiento consiste en realizar una entrevista y una prueba de lenguaje, con el fin de observar su desempeño lingüístico, las cuales serán grabadas. La información obtenida en la entrevista y en la grabación será de uso **EXCLUSIVO** para la investigación, por lo que se **RESERVARÁ SU IDENTIDAD** y se otorgará **CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN A SU PRIVACIDAD**.

Además es importante mencionar que usted, puede o no firmar este consentimiento, sin que ello influya en la atención que recibe en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Naval Almirante Nef. En caso de aceptar, ud. puede abandonar su participación en este estudio por cualquier motivo, pudiendo hacerlo en la instancia que desee, sin repercutir tampoco en su atención.

Atentamente,

Dr. Claudio Stuardo Escobar
Médico Psiquiatra
Profesor Guía de Tesis
Carrera de Fonoaudiología
Universidad de Valparaíso

Nombre Paciente:
R.U.T:
Fecha:

ANEXO N° 4: ANAMNESIS

ANAMNESIS FONOAUDIOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre del Paciente: _____
- Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
- Sexo: _____
- N° de ficha: _____
- Profesión: _____
- Escolaridad: _____ Lectoescritura: _____
- Domicilio: _____
- Nacionalidad: _____
- Teléfono: _____
- Estado civil: _____
- Familiar responsable: _____
- Fecha de Evaluación: _____
- Evaluador: _____

2. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

3. DATOS RELEVANTES DE HISTORIA CLÍNICA

a) Antecedentes Familiares:

- Constitución del hogar:

- Actitud de la familia frente al problema:

b) Antecedentes Mórbidos:

Enfermedades Importantes: _____

Hospitalizaciones: Si _____ No _____

Cantidad: _____

Tiempo: _____

Uso de medicamentos anexos: _____

Presenta: Alergias _____

Epilepsia _____

Convulsiones febriles _____

Alteraciones sensoriales _____

Alcohol _____

Cantidad _____ Tipo _____

Drogas

Cantidad _____ Tipo _____

Alteraciones de Lenguaje previas:

c) Antecedentes Terapéuticos:

-Esquizofrenia:

Edad de Aparición de enfermedad: _____

Edad de inicio de Tratamiento: _____

Continuidad del Tratamiento: _____

Tiempo de abandono: _____

Cantidad de Episodios: _____

Terapias que recibe actualmente: _____

Hospitalizaciones: _____

Duración: _____

Medicamentos: _____ Tipo: _____ Dosis: _____

_____ Tipo: _____ Dosis: _____

_____ Tipo: _____ Dosis: _____

4. OBSERVACIONES:

Comunicación

Aspecto Emocional

Aspecto Social

Otros

ANEXO N° 5: EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL

Paciente : _____ Edad : _____
 Examinador : _____ Fecha : _____

Orientación en el Tiempo	¿Qué fecha es hoy?		1
	¿Qué día de la semana es hoy?		1
	¿En qué mes estamos?		1
	¿En qué estación del año estamos?		1
	¿En qué año estamos?		1

Orientación en el Espacio	¿Dónde estamos?		1
	¿En qué barrio estamos?		1
	¿En qué ciudad estamos?		1
	¿En qué región estamos?		1
	¿En qué país estamos?		1

Registro	Perro		1
	Casa		1
	Árbol		1

Atención	Deletrear MUNDO al revés (ODNUM)		
	O bien		5
	¿Cuánto es 100-7?, hacer 5 restas (93-86-79-72-65)		

Evocación	Nombre las 3 palabras que antes repitió		3
-----------	---	--	---

Lenguaje Nominación	¿Qué es esto? Mostrar un lápiz		1
	¿Qué es esto? Mostrar un reloj		1

Lenguaje Repetición	Repita la siguiente frase: “tres perros en un trigal”		1
------------------------	---	--	---

Lenguaje Orden compleja	Dele al paciente un papel y dígame: “tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso”		3
-------------------------------	---	--	---

Lenguaje Lectura	Muéstrele la hoja que dice cierre los ojos y dígame: “haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta”		1
---------------------	---	--	---

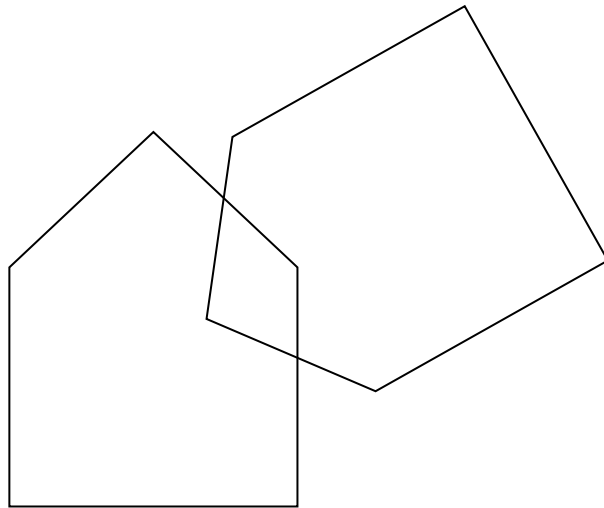
Lenguaje Escritura	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase		1
-----------------------	--	--	---

Copia	Dele a su paciente la hoja que dice copie esta figura y pídale que copie el dibujo		1
-------	---	--	---

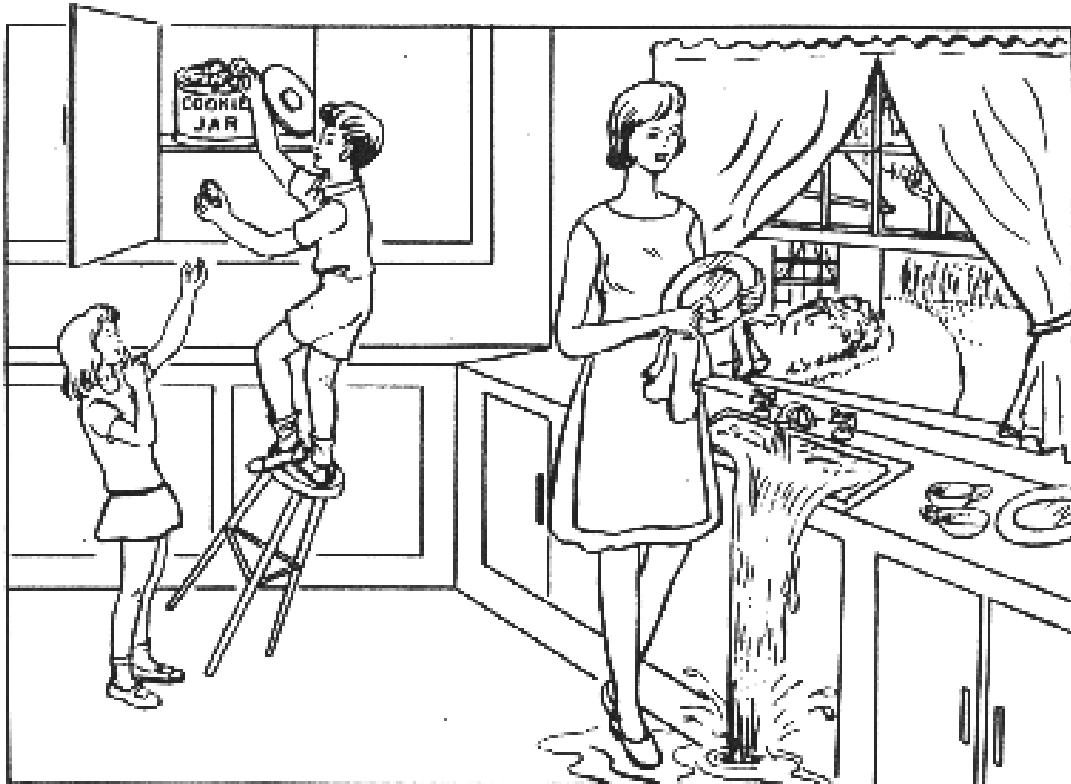
Puntaje MMSE		30
--------------	--	----

CIERRE LOS OJOS

COPIE ESTA FIGURA



ANEXO N° 6: LAMINA N° 1 DEL TEST DE BOSTON



ANEXO N° 7: PROTOCOLO DE RESPUESTA

Pauta de Evaluación de Discurso Descriptivo

Transcripción de Descripción de Escena Lamina N°1 Test de Boston

Iniciales: _____ Edad: _____

I.- Título (Coherencia global): _____

Adecuado	Inadecuado

II.- Análisis de RST

Enumeración de proposiciones

Tipo de relaciones entre proposiciones

Nº Núcleos	Nº satélites	Nº Total Proposiciones	Tipo de Relación Predominante

III.- Tópicos principales

TÓPICOS	PRESENTE		INADECUADO	AUSENTE
	Completo	Incompleto		
1.- La mujer lava los platos				
2.-El niño está sobre la silla				
3.- Los niños se roban las galletas				
4.- La niña espera la galleta				
5.- La mujer no se da cuenta				
6.- El agua cae sobre el piso				
7.- El piso se está cayendo				
TOTAL				

IV.- Progresión Temática

Cantidad Tópicos	Cantidad Subtópicos	Cantidad Sub-subtópicos	Cantidad Sub-sub-subtópicos

ANEXO N° 8: CURRICULUM EXPERTOS

Experto N° 1

Antecedentes Personales

Nombre: Begoña Fernanda Góngora Costa

Fecha Nacimiento: 15-09-1976

País de Nacionalidad: CHILE

E-Mail: begona.gongora@uv.cl

Títulos

- Título de Fonoaudióloga. Universidad de Valparaíso
Año de Obtención: 2001
- Magíster en Estudios Cognitivos. Universidad de Chile
Año de obtención: 2010

Grados Académicos

- Licenciada en Fonoaudiología. Universidad de Valparaíso.
Año de Obtención: 2001
- Egresada del Magíster en Estudios Cognitivos. Universidad de Chile
Año de obtención: 2010
- Actualmente cursando el programa de Doctorado en Lingüística. Universidad Católica de Valparaíso
- Diplomada en neuropsicología clínica. Universidad de Valparaíso.
Año de Obtención: 2004
- Diplomada en desarrollo del pensamiento en los procesos de enseñanza-aprendizaje. Universidad de Valparaíso.
Año de Obtención: 2006

Actividades Vigentes

- Institución: Universidad de Valparaíso
Función Desempeñada: Docencia de Pre-Postgrado en la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso.
Año de Inicio de la Actividad: 2005

Experto N° 2

Antecedentes Personales

Nombre: Juan David Martínez Hincapié

Fecha Nacimiento: 30- 12 -1972

País de Nacionalidad: COLOMBIA

E-Mail: juan.alegre@hotmail.com

Títulos

- Profesional en lenguas extranjeras inglés – francés. Universidad de Antioquia.
Año de Obtención 1997
- Maestría en lingüística. 2004
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
Año de Obtención: 2006

Grados Académicos

- Licenciado en lenguas extranjeras inglés-francés. Universidad de Antioquia.
Año de Obtención 1997
- Egresado de Maestría en Lingüística. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
Año de Obtención: 2006
- Actualmente cursando el programa de Doctorado en Lingüística. Universidad Católica de Valparaíso
- Diplomado Pedagogía Contemporánea. Universidad Autónoma Latinoamericana.
Año de Obtención: 2000
- Diplomado Formación En Ambientes Virtuales De Aprendizaje. Universidad de Medellín.
Año de Obtención: 2007
- Diplomado en Pedagogía Del Texto. Universidad de Medellín-Corporación educativa CLEBA.
Año de Obtención: 2007
- Diplomado virtual Mediaciones Pedagógicas. Universidad de San Buenaventura.
Año de Obtención: 2003.

Experiencia Laboral

- Empresa: Instituto C.E.I.D.A (1998-1999)
Cargo: Profesor de Inglés
- Empresa: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA (1998-2006)
Cargo: Docente de Cátedra Programa MULTILINGUA.
- Empresa: Universidad de San Buenaventura (2001-2005)
Cargo: Profesor de Inglés
- Empresa: Comunidad Colegio Jesús María (2002)
Cargo: Profesor de Inglés
- Empresa: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA (2005-2006)
Cargo: Profesor de Español – Lengua Materna-Argumentación, Facultad de Ciencias Económicas
- Empresa: Instituto Tecnológico Metropolitano ITM (2002-2008)
Cargo: Profesor de Inglés
- Empresa: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA (2006-2008)
Cargo: Profesor de Inglés – Negocios, Facultad de Ciencias Económicas
- Empresa: UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN (2007-2009)
Cargo: Docente de tiempo completo- Expresión escrita, Departamento de Ciencias Sociales y Humanas

Experto N° 3

Antecedentes Personales

Nombre: Rodrigo Andrés Trujillo Manríquez

Fecha Nacimiento: 09-08-1970

País de Nacionalidad: CHILE

E-Mail: ratrujillom@vtr.net

rtrujilloman@yahoo.es

Títulos

- Licenciado en Letras, mención Castellano. PUC
- Licenciado en Fonoaudiología. Universidad de Chile

Grados Académicos

- Egresado Magíster en Lingüística en Universidad de Chile. En proceso de obtención de grado
- Egresado Magíster en Ciencias Cognitivas en Universidad de Chile. En proceso de obtención de grado.

Actividades Vigentes

- Cargo de fonoaudiólogo Clínica del Carmen. Evaluación y tratamiento jóvenes y adultos con trastornos psiquiátricos. 2008 a la fecha
- Docente/coordinador del área de Lingüística en Universidad del Desarrollo. Asignaturas de Lingüística Aplicada, Fonética y Fonología, Morfosintaxis española, Semántica y Pragmática, Psicolingüística y Neurolingüística para la carrera de Fonoaudiología. 2007 a la fecha

ANEXO N° 9: SIGNOS DE TRANSCRIPCIÓN

SIGNOS DE TRANSCRIPCIÓN (ANTONIO BRIZ. GRUPO VALENCIA, ESPAÑOL COLOQUIAL 2000)

:	Cambio de Hablante
A:	Intervención de un hablante identificado como A
?:	Interlocutor no reconocido
§	Sucesión inmediata, sin pausa apreciable, entre dos emisiones de distintos hablantes
=	Mantenimiento del turno de un participante en un solapamiento
[Lugar donde se inicia un solapamiento o superposición
]	Final del habla simultanea
-	Reinicios y autointerrupciones sin pausa
/	Pausa corta, inferior al medio segundo
//	Pausa entre medio segundo y un segundo
///	Pausa de un segundo o mas
(5»)	Silencio (lapso o intervalo) de 5 segundos; se indica el número de segundos en las pausas de más de un segundo, cuando sea especialmente significativo
↑	Entonación ascendente
↓	Entonación descendente
→	Entonación mantenida o suspendida
PESADO	Pronunciación marcada o enfática
Pe sa do	Pronunciación silabeada
(())	Fragmento indescifrable
((siempre))	Transcripción dudosa
((...))	Interrupciones de las grabaciones o de la transcripción
(en)tonces	Reconstrucción de una unidad léxica que se ha pronunciado incompleta, cuando pueda perturbar la comprensión
pa`l	Fenómenos de fonética sintáctica entre palabras, especialmente marcados o que puedan dificultar la lectura
° ()°	Fragmento pronunciado con una intensidad baja o próxima al susurro

<i>h</i>	Aspiración de «s» implosiva
<i>aa</i>	Alargamiento vocálicos
<i>aaa</i>	Alargamientos prolongados
<i>nn</i>	Alargamientos consonánticos
<i>¿i !?</i>	Interrogaciones exclamativas
<i>¿ ?</i>	Interrogaciones. También para los apéndices del tipo ¿no? ¿si? ¿eh? ¿sabes?
<i>¡ !</i>	Exclamación

(RISAS, TOSES, GRITOS...)

Cuando aparecen al margen de los enunciados.

En el caso de las risas, si acompañan a lo dicho, se transcribe el enunciado y en nota al pie se indica entre risas

Letra cursiva Reproducción e imitación de emisiones. Estilo directo, característico de los denominados relatos conversacionales

Notas de pie de página Anotaciones pragmáticas que ofrecen información sobre las circunstancias de la enunciación. Rasgos complementarios del canal verbal. Añaden información necesaria para la correcta interpretación de determinadas palabras (la correspondencia extranjera de la palabra transcrita en el texto de acuerdo con la pronunciación real, siglas, palabras=marcas, etc), enunciados o secuencias del texto por ejemplo los irónicos, de algunas onomatopeyas, etc.

Sangrados a la derecha Escisiones conversacionales

ANEXO 10: TABLA RESUMEN DE RESULTADOS
COHERENCIA LOCAL Y GLOBAL EN SUJETOS CON ESQUIZOFRENIA.

Sujeto	Edad	E.E.	Escolaridad	MNM	N° N.	N° S	Total	Tipo de relación	N° T.C	N° T.Incom	N° T.Inad	N° T.A	P.T.	Título
1	18	agudo	4° medio en curso	28	4	6	10	secuencia	4	0	1	2	adecuada hasta sub subtópico	adecuado
2	21	agudo	Tec. Sup. Incompleto	27	11	2	13	unión	4	0	1	2	inadecuada	inadecuado
3	27	agudo	Tec. Sup. Completo	26	8	2	10	unión	1	5	0	1	inadecuada	inadecuado
4	29	crónico	Tec. Sup. Completo	28	5	10	15	unión	5	1	0	1	Adecuada hasta sub subtópico	inadecuado
5	31	crónico	Tec. Sup. Incompleto	29	14	3	17	unión	3	3	0	1	inadecuada	inadecuado
6	32	crónico	Tec. Sup. Incompleto	29	2	7	9	Secuencia circunstancia	4	0	2	1	Adecuada hasta sub subtópico	inadecuado
7	32	crónico	Tec. Sup. Completo	28	11	1	12	circunstancia	2	3	0	2	inadecuada	inadecuado
8	33	crónico	Tec. Sup. Completo	30	8	3	11	unión	3	1	0	3	Adecuada hasta sub subtópico	inadecuado
9	43	crónico	3° medio	27	3	11	14	unión	2	1	2	2	Adecuada hasta sub subtópico	inadecuado
10	45	crónico	6° básico	27	9	5	14	unión	3	0	2	2		inadecuado
11	47	crónico	4° medio	28	6	31	37	unión	5	1	0	1	Adecuada hasta sub subtópico	adecuado
12	47	crónico	Universitario Completo	25	4	11	15	circunstancia	4	1	0	2	Adecuada hasta sub subtópico	adecuado
13	54	crónico	2° medio	21	7	1	8	unión	1	2	1	3	inadecuada	inadecuado
14	58	crónico	Tec. Sup. Completo	29	9	12	21	unión	4	1	1	1	Adecuada hasta sub subtópico	inadecuado
15	59	crónico	2° medio	24	6	6	12	unión circunstancia	5	1	0	1	Adecuada hasta sub subtópicos	inadecuado