

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



TESIS DOCTORAL

Aportación al estudio del lenguaje esquizofrénico

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

José Luis Ayuso Gutiérrez

DIRECTOR:

José Luis Pinillos

Madrid, 2015

TP
1983
142

José Luis Ayuso Gutiérrez



* 5 3 0 9 8 6 1 3 6 3 *
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

x - 53 - 270007 - 3

APORTACION AL ESTUDIO DEL LENGUAJE ESQUIZOFRENICO

Departamento de Psicología General
Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación
Universidad Complutense de Madrid
1983



ARCHIVO

Colección Tesis Doctorales. Nº 142/83



BIBLIOTECA

© José Luis Ayuso Gutiérrez
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1983
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-19417-1983

APORTACION AL ESTUDIO DEL LENGUAJE ESQUIZOFRENICO

TESIS DOCTORAL

José Luis Ayuso Gutiérrez
Facultad de Filosofía y Ciencias
de la Educación
Universidad Complutense

Madrid, Enero, 1978



ILMO. Sr.

José Luis Ayuso Gutiérrez, con domicilio en Madrid, calle
Alcalá nº 152, Documento Nacional Identidad nº 18.147.167,
con el debido respeto y consideración

EXPONE:

Que habiendo superado los exámenes de licenciatura (Sobre-
saliente), así como las asignaturas de Doctorado, y habiend
do realizado un trabajo científico bajo la dirección del
Profesor D. José Luis Pinillos Díaz

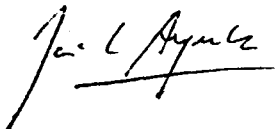
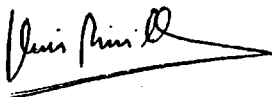
SOLICITA:

Que sea admitido este trabajo científico, como tesis, para
adquirir el grado de Doctor.

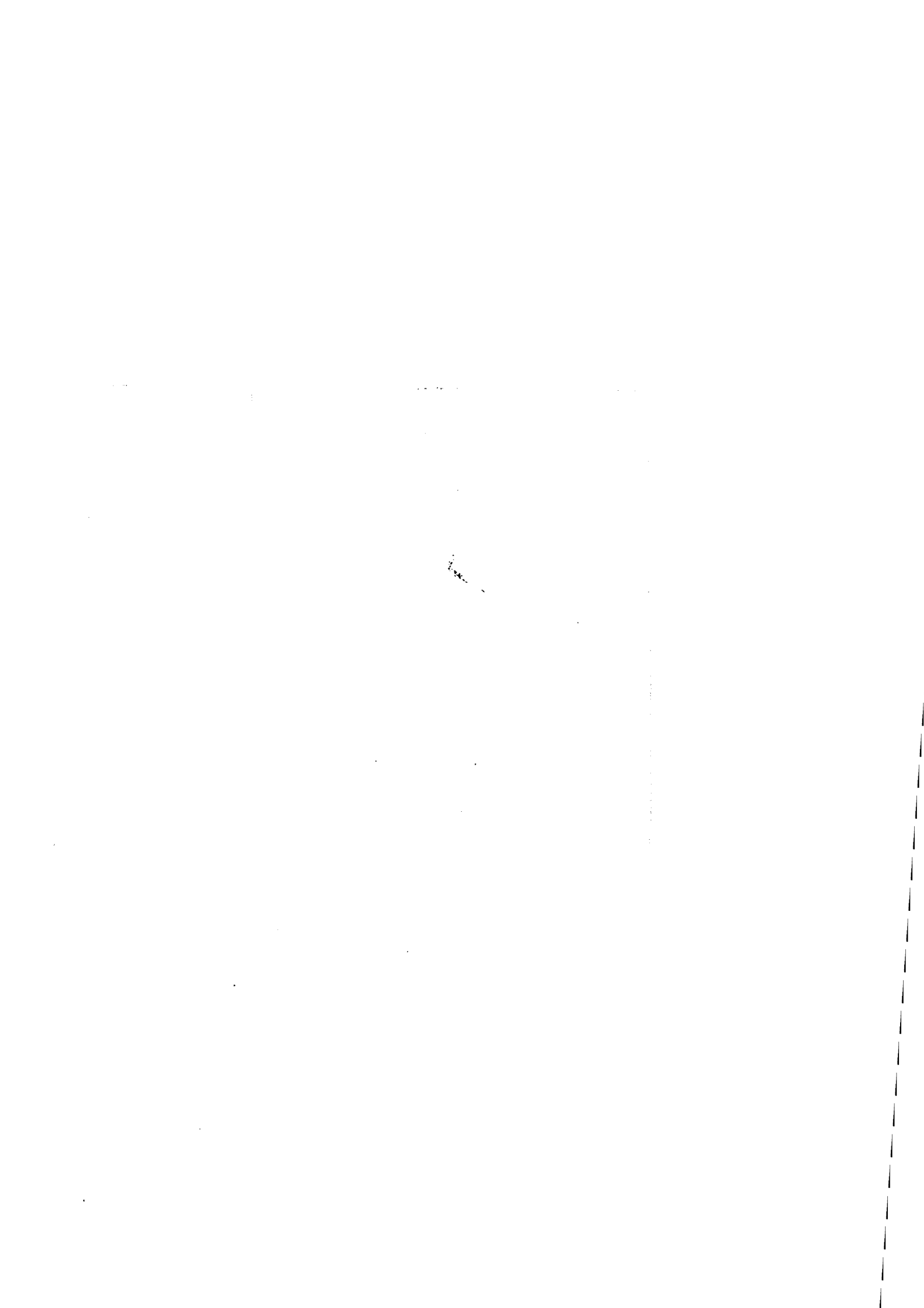
Es gracia que espera alcanzar del recto proceder de V.I.
cuya vida Dios guarde muchos años.

Madrid 15 de Enero de 1978

Vº Bº
El Catedrático



ILMO. Sr. DECANO DE LA FACULTAD DE FILOSOFIA Y CIENCIAS DE
LA EDUCACION. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. MADRID

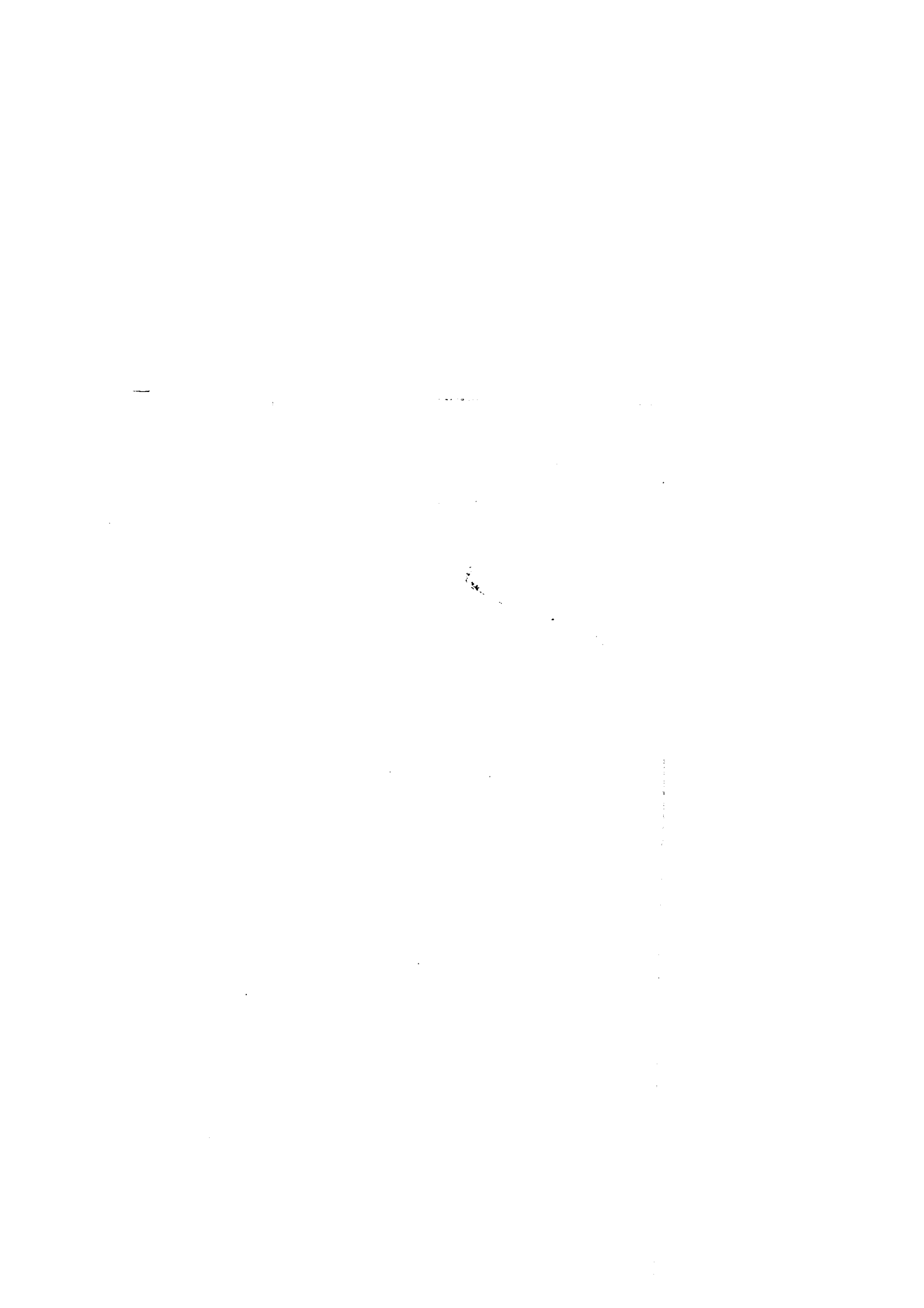


DEDICATORIA

A mi madre

A mi esposa

A mis hijos



AGRADECIMIENTOS

Al Profesor D. José Luis Pinillos Díaz, Director de la tesis, por sus sugerencias, orientación y estímulo.

Al Profesor D. Juan Mayor Sánchez por sus informaciones y observaciones críticas en cuestiones de estadística lingüística.

Al Profesor D. Cristobal Mateos Iguácel por su asesoramiento en el tratamiento estadístico de los datos.

A Doña María de la Villa Sanz por su colaboración en la búsqueda bibliográfica.

Al Dr. Jesús Ramos Breña y a las Srtas. Milagros Anaut González, M^{te} Isabel Arrojo López, Julia Carralón Herrero, Natividad Jareño Paricio, M^{te} Teresa Martínez de Velasco y M^{te} José Orduña Bañón, del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Clínico de Madrid, por su ayuda en la evaluación psicológica y en la valoración de la redundancia en los textos mutilados.

A los Directores de los Hospitales Psiquiátricos de Ciempozuelos (Hombres: Dr. José Soria Ruiz y Mujeres : Dr. Jesús López de Lerma) y a su cuerpo facultativo así como a mis colegas del Hospital Clínico de Madrid que me han facilitado el material clínico.

A los pacientes esquizofrénicos y a los voluntarios que han servido de grupo de control, por su generosa y entusiasta colaboración.

INDICEPág.

I	INTRODUCCION	4
II	PSICOPATOLOGIA DEL LENGUAJE ESQUIZOFRENICO	14
III	LENGUAJE Y PENSAMIENTO ESQUIZOFRENICO: TEORIAS E INTERPRETACIONES	56
IV	ESTUDIOS OBJETIVOS DEL LENGUAJE ESQUIZOFRE NICO	102
V	FINALIDAD Y METODOLOGIA DEL TRABAJO PRO - PUESTO	138
VI	RESULTADOS Y DISCUSION	155
VII	CONCLUSIONES	286
VIII	BIBLIOGRAFIA	295
IX	INDICE DE TABLAS	321
X	ANEXO I	330
XI	ANEXO II	333

I - INTRODUCCION

El lenguaje, medio específicamente humano de relación con el otro, es también el medio privilegiado de expresión de la enfermedad mental. A través de él, es posible penetrar en el universo de la alienación. Si los trastornos psiquiátricos, independientemente de su etiología, se traducen en alteraciones de la comunicación social, el discurso del hombre enfermo esquizofrénico es en definitiva la expresión significativa de la específica metamorfosis de la personalidad que experimenta el sujeto.

Es de observación clínica común, la frecuencia de anomalías de la conducta verbal en el paciente esquizofrénico. Estas anomalías del lenguaje hablado o escrito presentan variaciones muy notables según los casos, desde el empleo de expresiones vagas e indeterminadas, y la utilización de términos idiosincrásicos hasta la aparición de neologismos y groseras distorsiones lingüísticas.

Estos desórdenes de la producción verbal, no sólo son captados por los psiquiatras experimentados, como fenómenos típicamente esquizofrénicos en el contexto del "präcogefühl" de Rümke (1967), sino que incluso pueden ser fácilmente reconocidos por observadores legos (Hunt y Jones, 1958).

Sin embargo, según Lanteri-Laura (1970), la idea de que las alteraciones del lenguaje podían presentar un interés en patología aparece tardíamente en el pensamiento psicopatológico. Concretamente los trastornos del lenguaje

psicótico, surgen en la literatura psiquiátrica a mediados del siglo pasado.

En 1852 Snell publica un estudio sobre las alteraciones del lenguaje y la neoformación de palabras en los delirantes, siendo el primer trabajo enteramente dedicado al estudio del lenguaje psicótico, en el que se plantea - según Bobon, 1952 - por primera vez el concepto de neologismo.

Pocos años después, Martini en 1856, describe sus observaciones sobre la glosolalia: la formación de una lengua nueva en el paciente psicótico.

Steinthal, según el trabajo histórico de Bobon, propone en 1871 el término acatafasia para describir la discrepancia entre el pensamiento y la expresión verbal.

Kahlbaum en 1874, describe la verbigeración destacando el aspecto impulsivo. Se trata de la repetición anárquica de palabras o proposiciones desprovistas de sentido y encadenadas en forma de discurso.

Según Bobon, el término agramatismo fué creado en 1877 por Kussmaul, para describir la desorganización formal del discurso con inclusión de las alteraciones gramaticales y sintácticas.

Tanzi en 1889 desarrolla el primer estudio descriptivo y sistemático de los neologismos.

En 1892, Séglias se enfrenta con el problema del significado de los neologismos, estableciendo una distinción entre "neologismos activos" (con significado) y "neologismos pasivos" (desprovistos de significado), separación que durante mucho tiempo se utilizó en el estudio del lenguaje psicótico.

Stransky expone en 1905 la tesis de la "ataxia in trapsíquica" del esquizofrénico. Para este autor la confusión verbal ("Sprachverwirrtheit") o incoordinación intrapsíquica patológica sería equivalente a la distracción de los sujetos normales.

Con el expreso término de "Folia discordante verbal", Chaslin reúne en 1912, las diversas manifestaciones del lenguaje esquizofrénico.

Kraepelin en 1913 acuña el vocablo de esquizofasia para agrupar las alteraciones de la comunicación verbal de los dementes precoces, alteraciones que con anterioridad había descrito, según el tipo lingüístico del síntoma, como agramatismo, acatafasia, confusión verbal, neologismos, etc. El término propuesto ha tenido gran difusión entre los autores alemanes y franceses, pero escasa fortuna entre los investigadores anglosajones y de habla castellana.

Kraepelin (1) desarrolla una sistemática exhausti-

(1) Kraepelin, E.: "Lehrbuch der Psychiatrie". Leipzig, Barth, 1915. Pág. 214.

va de las alteraciones del complejo lingüístico en la demencia precoz:

A - Alteraciones de la evocación de la palabra

1 - Mutilaciones y deformaciones.

2 - Sustituciones por otras palabras

a) por analogía fonética

b) por analogía conceptual

c) sin relación

3 - Neologismos

a) por analogía fonética

b) por analogía conceptual

c) arbitrariamente

B - Alteraciones del discurso

1 - Trastornos de la expresión verbal del pensamiento: acatafasia

2 - Alteraciones del ordenamiento verbal del pensamiento: agramatismo

C - Alteraciones del pensamiento

1 - Expresión incompleta del proceso del pensamiento.

a) discurso sin pensamiento

b) incoherencia

2 - Desconexión del proceso del pensamiento

a) paralogía metafórica

b) fusión de representaciones

c) antítesis irónica

La principal contribución de Bleuler (1) radica en la consideración del lenguaje esquizofrénico como expresión de un proceso que afecta selectivamente las asociaciones. En su obra "Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias", expone claramente su pensamiento: "En el proceso normal del pensar, las numerosas imágenes presentes y latentes se combinan para determinar cada asociación. En la esquizofrenia, en cambio, pueden volverse ineficaces imágenes aisladas o combinaciones enteras, de una manera aparentemente fortuita. En lugar de ellas, el pensamiento opera con ideas o conceptos que no tienen relación, o tienen una relación insuficiente, con la idea principal y que por lo tanto deberían quedar excluidos del proceso mental. El resultado es que el pensamiento se vuelve confuso, extravagante, incorrecto, quebrado".

Las descripciones que hace Bleuler del lenguaje psicótico, apoyadas en amplia casuística, siguen la terminología previamente sancionada, salvo algunas excepciones. Así, introdujo el concepto de condensación verbal o fusión de varias expresiones, mientras la condensación conceptual implicaría fusión de varias ideas en una sola palabra. Por otra parte, Bleuler no acepta la separación establecida por Kraepelin entre perturbaciones acatafásicas y agramáticas, proponiendo designar todas estas distorsiones de la gramática como paragramatismos.

(1) Bleuler, E.: "Demencia Precoz". Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1960. Pág. 26.

Kleist (1914) considera la esquizofrenia como una enfermedad cerebral de localización frontal o temporal, siendo así la esquizofasia muy afin a la afasia. A la afasia motora corresponderían las manifestaciones catatónicas del lenguaje y a la afasia sensorial las manifestaciones paranoides.

La hipótesis sobre la pseudo-incoherencia del lenguaje esquizofásico, fue formulada por Teulié (1931). Desde el punto de vista del desorden del lenguaje, la esquizofrenia seguiría tres fases evolutivas:

- 1) amaneramiento del lenguaje
- 2) pseudo-incoherencia (esquizofasia propiamente dicha): el discurso resulta incomprensible sólo para el interlocutor pero no para el emisor.
- 3) incoherencia vera

Las relaciones entre afasia y esquizofasia han sido objeto de atención preferente en los trabajos de Pfersdorff (1935). Para este autor, el lenguaje genuinamente esquizofrénico es incoherente, siendo el automatismo el elemento psicopatológico más importante. Distingue Pfersdorff dos tipos de alteraciones lingüísticas en la esquizofrenia: síntomas de déficit (alteraciones sintácticas simples y complejas) y síntomas activos (neologismos y estereotipias verbales).

Ey (1955) ha analizado la esquizofasia bajo un tri

ple aspecto: distorsión del sistema verbal, incoherencia ideo-verbal terminal y esquizofasia fantástica. Estos síndromes pertenecen a formas o a estadios diferentes de la esquizofrenia.

Además de su importante contribución estrictamente lingüística, Bobon ha descrito la esquizoparalesia y la esquizoparagrafia (1952) y ha encuadrado las alteraciones de la comunicación verbal en el marco general de la psicopatología de la expresión (1962).

Callieri y Frighi (1964) afrontan el problema de la diferenciación entre las pararespuestas ("vorbeireden") de Ganser y el paralogismo esquizofrénico, contribuyendo eficazmente a aclarar estos conceptos.

Finalmente para Piro (1967) el trastorno lingüístico fundamental de la esquizofrenia, la disociación semántica, se presenta bajo cuatro niveles de intensidad creciente que se corresponden en el plano psicopatológico con las principales perturbaciones del lenguaje psicótico: fluctuación del halo semántico, distorsión semántica, dispersión semántica y disolución semántica.

Junto a todo este dilatado campo de observaciones clínicas que ha permitido perfilar una brillante y compleja semiología de las alteraciones del lenguaje esquizofrénico, se sitúan las investigaciones sobre los aspectos for

males del discurso esquizofrénico realizadas con criterios objetivos.

Este enfoque experimental se despliega al compás de los avances de la ciencia lingüística, siguiendo diversos derroteros. Esta tarea de la investigación actual psicolingüística, alejada de las valoraciones meramente intuitivas, puede proporcionar datos sugestivos para iluminar la naturaleza del desorden esquizofrénico y aportar importantes contribuciones a la psicopatología y a la psicoterapia. A este respecto Peters (1973), llega a considerar ciertas alteraciones estructurales del discurso esquizofrénico como de valor diagnóstico equiparable a los síntomas de primer orden de Kurt Schneider (1963).

Sobre estas bases experimentales hemos planteado la presente investigación. Consideramos que el trabajo propuesto está plenamente justificado si se tiene en cuenta la escasez de estudios psicolingüísticos aplicados al análisis de la conducta verbal de los pacientes esquizofrénicos, limitados generalmente a la consideración de un aspecto parcial. Por otra parte, la ausencia prácticamente total de trabajos de este tipo realizados por autores de lengua castellana, impide la extrapolación de los resultados de las investigaciones anglosajonas a nuestra comunidad sociolingüística y plantea serias reservas sobre los criterios diagnósticos adoptados en las psicosis esquizofrénicas, con frecuencia (Estados Unidos, por ejemplo), bastantes distantes de los criterios nosológicos utilizados por las escuelas europeas.

A pesar del gran interés psicopatológico y doctrinal que ofrece nuestra tentativa de abordar el estudio científico del lenguaje psicótico, somos conscientes de que esta empresa está preñada de enormes dificultades, dificultades que están implícitas en las observaciones de White (1), precursor de los estudios lingüísticos de la esquizofrenia: "Una comprensión exhaustiva del lenguaje esquizofrénico implicaría una comprensión del lenguaje en general, del cual constituye una parte. Esto implicaría además una comprensión del pensamiento en general, del cual el lenguaje no es más que una expresión". En definitiva se trata de analizar el "producto más importante y más desconcertante de la mente humana" (Lewis, 1968) (2), en la enfermedad más desconcertante de la psiquiatría.

(1) White, W.A.: "Language of schizophrenia". Archives of Neurology and Psychiatry, 16, 4, 1926. Pág. 411.

(2) Kasanin, J.A.: "Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia". Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1968. Prefacio escrito por N.D. Lewis, pág. 9.

**II - PSICOPATOLOGIA DEL LENGUAJE
ESQUIZOFRENICO.**

Las alteraciones del lenguaje en sus diversas formas son variadísimas en la esquizofrenia y pueden obedecer a diversas patogenias. Sin embargo, el encuadramiento de cada alteración en amplio agrupamientos según las diversas categorías (alteraciones fonéticas, gramaticales, sintácticas, semánticas, de la conducta verbal, etc.) no es fácil si se tiene en cuenta la posibilidad de incluir un mismo trastorno en diversas categorías. Así, por ejemplo, la ecolalia es un disturbio típico de la conducta verbal, pero al mismo tiempo puede considerarse como un trastorno semántico y como ejemplo de lenguaje asintáctico.

Con estas reservas, consideramos útil una clasificación psicopatológica y descriptiva de las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia según un ordenamiento simple derivado de la lingüística general. Distinguimos así siguiendo a Piro (1971) los siguientes grupos:

- A - Alteraciones de la conducta verbal (conversación).
- B - Alteraciones del estilo
- C - Alteraciones fonéticas
- D - Alteraciones gramaticales y sintácticas
- E - Alteraciones exclusivas del significado

A - Alteraciones de la conversación

La conducta verbal del esquizofrénico y su actitud hacia el interlocutor pueden estar fuértemente perturbadas, hasta el punto de proporcionar elementos decisivos en el plano del diagnóstico, y pueden permanecer en otros casos completamente inalteradas en agudo contraste con la presencia, en el discurso, de claras alteraciones semánticas.

La conversación representa para el esquizofrénico frecuentemente una situación difícil y en algunos casos, casi dramática: la dificultad de relación con "el otro" se agudiza aquí plenamente y puede determinar una situación de crisis que llega, como en el mutismo, hasta un bloqueo total de la comunicación.

Las perturbaciones de la conducta verbal se presentan aisladas en algunos casos (mutismo) mientras que en otros se acompañan de una producción verbal semánticamente disociada; tal es el caso de la ecolalia, de la estereotipia, de la verbigeneración, etc. En otros casos, finalmente, una conversación normal se asocia a un contenido semánticamente disociado: los paralogismos, las alteraciones gramaticales y sintácticas, algunos tipos de lenguajes neológicos y también algunas muestras de "ensalada de palabras" pueden coexistir con una normal actitud de la conversación.

1 - El mutismo

El mutismo representa una de las formas más comunes de comportamiento negativístico. Es característico de los sujetos catatónicos aunque puede presentarse por períodos más o menos largos también en otras alteraciones psíquicas no esquizofrénicas y por supuesto también, en otras formas clínicas de la esquizofrenia.

Raro es, en efecto, el paciente esquizofrénico que en un momento u otro de evolución de su enfermedad no ha exhibido una fase de mutismo, durante la cual no hay medio humano de hacerle hablar, a pesar de que sin duda comprende cuanto se le dice y puede, además, contestar. No se trata, pues, de ningún género de afasia. El esquizofrénico con mutismo no habla, simplemente, porque no tiene nada que decir. Y en este silencio verbal puede permanecer semanas, meses o años enteros.

¿Cómo interpretar este síntoma? Se han invocado como explicación: el negativismo, la interceptación y el autismo. Ninguno de estos tres factores basta, sin embargo, para determinarlo. Posiblemente se suma su acción y además intervienen elementos afectivos inhibidores de gran fuerza, y buena prueba de ello es que a veces se observa en estos enfermos un mutismo selectivo, es decir, sólo evitable frente a determinadas personas (casi siempre

los padres o el médico). Sería, no obstante, un error creer que estos enfermos no hablan en virtud de un propósito voluntario, cual sucede con algunos histéricos esquizoides en los que el mutismo es simplemente una manifestación de su malhumor; al contrario, el mutismo esquizofrénico puede persistir a través de todas las emociones que agitan al paciente, agradables o penosas, y la mejor prueba de su independencia de todo estado emocional nos la da su desaparición, que casi siempre tiene lugar sin motivo alguno que la justifique. Esta absoluta independencia del mutismo esquizofrénico frente a los estados emocionales constituye uno de los mejores signos para su diferenciación con el mutismo histérico.

Desde el punto de vista semiológico el mutismo esquizofrénico puede presentar variaciones también muy notables.

En algunos enfermos, por ejemplo, a un completo mutismo verbal se asocia una notable capacidad de comunicarse con los gestos y hasta con la escritura. Este tipo de mutismo toma el aspecto de una especie de manierismo del comportamiento.

En otros enfermos, por el contrario, el mutismo presenta más bien las características exteriores del bloqueo psicomotor, el sujeto parece que comienza a hablar

o inicia francamente el movimiento de los labios pero se para bruscamente sin emitir ningún sonido; la expresión del rostro del paciente permanece tensa y a veces casi ansiosa y el interlocutor tiene la impresión de que un obstáculo bloquea la elocución contra la voluntad del sujeto.

Otras veces el paciente no presta la mínima atención al interlocutor, no responde a las preguntas y no se afana por hablar espontáneamente. Este tipo de mutismo corresponde a características más típicamente autísticas.

En otros sujetos, finalmente, el mutismo sigue a fenómenos alucinatorios o delirantes; es frecuente el mutismo por imposición alucinatoria (orden de callar); no menos frecuentes es el mutismo con propósito consciente de no hablar, relacionado con temas delirantes de carácter generalmente persecutorio.

Con frecuencia el mutismo va a la par con el rechazo al alimento, tratándose entonces de una actitud negativista más general.

Junto al mutismo completo, idéntico valor semiológico ostenta el semimutismo, en el que el sujeto pronuncia algunas frases articuladas pero la relación sigue siendo extremadamente distante. Las frases o los monosílabos articulados pueden poner sobre la pista de una idea

delirante o de un estado alucinatorio.

El mutismo incompleto puede acompañarse de un balbuceo incomprensible llamado musitación.

2 - El monólogo

El monólogo es una de las formas más características del discurso esquizofrénico. El monólogo esquizofrénico tiene un claro significado autístico. Puede asumir las formas más variadas: puede ser conducido en voz bajísima o en alta voz; puede realizarse cuando el paciente se encuentra solo o desarrollarse en presencia de otras muchas personas; puede ser de duración muy breve consistiendo en este caso de la emisión de pocas frases, o durar días enteros y, en algún caso, el monólogo se establece hablando el sujeto delante de un espejo (diálogo con la propia imagen).

El contenido del monólogo puede estar repleto de todos los tipos de alteraciones fonéticas, sintácticas y semánticas. Son muy frecuentes en tales discursos los neologismos.

En el campo psiquiátrico, el monólogo no es ciertamente prerrogativa solamente de los esquizofrénicos. Los parafrénicos, más que todos, usan el monólogo. Ello es al fin característico de todas las formas de deterioro mental leve en el cual no tiene enteramente el valor autístico

que tiene en los esquizofrénicos. En los parafrénicos, en los paralíticos progresivos, en las formas iniciales de deterioro (senil, arterioesclerótica, etc.) el monólogo tiene en efecto, valor totalmente opuesto: es una comunicación que no tiene en cuenta la ausencia de un interlocutor. Si éste interviene, el monólogo cede inmediatamente para transformarse en diálogo.

3 - La distracción en la conversación

Una de las manifestaciones que mayormente resaltan en la conducta verbal del esquizofrénico está constituida por el gradual o imprevisto descenso de la atención durante la conversación. También este fenómeno es esencialmente autístico y parece prevalentemente unido a un deslizamiento del interés, ya inicialmente débil del sujeto, por el interlocutor y por cuanto él va diciendo. Reclamando al sujeto una mayor atención, éste muestra nuevamente interés por breve tiempo o responde, por el contrario, automáticamente o de un modo inadecuado a la situación (respuesta contraria) o no presta al fin ninguna atención al interlocutor. Otras veces, en el curso de una conversación en la cual parece aparentemente interesado, el sujeto se aleja de improviso y sin ningún motivo.

En este sentido la distracción en la conversación debe diferenciarse de la interrupción psicológicamente mo-

tivada de la conversación. En estos casos, aparte de la posibilidad de explicar el motivo de la interrupción, el elemento semiológico diferencial está constituido por la reanudación del discurso en el punto en el cual ha sido interrumpido. Aquél que se haya distraído durante la conversación, por un deslizamiento del interés o por una polarización diferente de la atención, no reemprende limpiamente el discurso en el mismo punto. En general no es capaz de ello; alguna vez puede reanudar el argumento, pero dificultosamente y con mucho esfuerzo inicial. La verdadera distracción en la conversación constituye por consiguiente un alejamiento de la comunicación y un replegamiento autístico.

4 - La ecolalia

La ecolalia consiste en la repetición inmediata, fiel, automática e inútil de las palabras o de las frases oídas. Se trata de una variedad particular de estereotipia verbal, que mantiene gran afinidad con la ecomimia y la ecopraxia. Cuando la ecolalia se encuentra sistematizada y extendida a toda la conducta verbal del sujeto se habla de psitacismo (Cotard, 1909).

Se trata de una alteración de frecuente presentación en el paciente esquizofrénico, particularmente en for

ma atenuada. La repetición es habitualmente inmediata, no faltando sin embargo ejemplos de repeticiones verbales transcurrido un cierto lapso de tiempo.

Con poca frecuencia, se constatan alteraciones sistematizadas de las palabras repetidas, ya sean modificaciones del timbre o de la estructura de las palabras.

Muchos autores, como Arieti (1955), consideran la ecolalia esquizofrénica como un elemento regresivo, e implícitamente, la aproximan a la ecolalia infantil de Piaget (1924). No obstante la analogía exterior, la ecolalia esquizofrénica parece estar en un plano distinto respecto al de la ecolalia infantil de Piaget. Mientras ésta última parece estar unida a una participación alerta del niño hacia lo que le rodea y a un mecanismo activo de aprendizaje y de imitación, la ecolalia en el esquizofrénico expresa una condición de pasividad total y de incapacidad de discriminar el ambiente. Frente a la activa participación del niño se opone en el esquizofrénico una situación básica de impotencia existencial.

5 - Los impulsos verbales

Los impulsos verbales, es decir, la emisión súbita e imprevista de una palabra o de una frase sin ningún

sentido o relación con cuanto el sujeto está haciendo o diciendo, son relativamente comunes en la esquizofrenia. Pueden observarse tanto en sujetos con mutismo prolongado o en sujetos con normal comportamiento verbal.

Su contenido es a menudo injurioso, blasfemo u obsceno (coprolalia); otras veces se trata por el contrario de palabras totalmente inofensivas o indiferentes, emitidas con gran intensidad y con participación emotiva aparentemente violenta.

Los impulsos verbales pueden consistir en una sola palabra, en una frase con o sin significado, y en palabras o frases repetidas varias veces de forma impulsiva (este - reotipia verbal). Otras veces el impulso puede tomar el aspecto de una verbigeración imprevista emitida a gran rapidez, rica en palabras fonéticamente deformadas y carentes de cualquier significado.

Los impulsos verbales pueden a veces tener una particular importancia diagnóstica porque pueden presentarse en fases precocísimas de la esquizofrenia y constituir en tal caso un síntoma de alarma. De ordinario, sin embargo, los impulsos verbales se observan en enfermos muy deteriorados en los cuales pueden permanecer largo tiempo como conducta verbal residual.

Piro (1971) clasifica los impulsos verbales entre

las manifestaciones de la disolución semántica: el uso lingüístico del lenguaje se encuentra ausente porque el sujeto carece de la intención de comunicarse o de expresarse lingüísticamente y consecuentemente en la producción verbal impulsiva, hay un alejamiento total entre signo y significado.

6 - Las estereotipias verbales

La repetición de determinadas palabras y frases o giros verbales es bastante frecuente de observar en el lenguaje de los esquizofrénicos. Cuando se trata de una repetición estereotipada, llama inmediatamente la atención porque el elemento repetido aparece en seguida como injertado o embolizado en el curso del lenguaje, más o menos incoherente (al revés de lo que sucede, por ejemplo, en el caso de los epilépticos, en los que las repeticiones, debidas a la viscosidad del curso de su pensamiento - prolijidad - por muy pesadas que resulten, nunca son tan inopinadas, frecuentes, automáticas y absurdas como en la esquizofrenia).

Guiraud (1936) (1) establece la dicotomía de las estereotipias distinguiendo "los actos ejecutados de una

(1) Guiraud, P.: "Analyse du symptome stéréotypie". L'Encéphale, 2, 4, 1.936. Pág. 250.

manera uniforme cada vez que se realizan y los actos repetidos inmediatamente un cierto número de veces". Al primer grupo pertenecería la repetición, siempre en la misma forma, a intervalos variables de palabras sueltas o variadamente asociadas (en algunos casos viene repetido un adverbio; en otros, se trata de un refrán más o menos deformado y en alguna otra ocasión, la repetición se establece a base de una frase carente de sentido). A la segunda variedad corresponden las iteraciones verbales: repetición inmediata de un acto verbal que, una vez terminado, se repite sin utilidad un cierto número de veces.

Guiraud en su descripción de las clases de estereotipia concluye subrayando la analogía entre las estereotipias verbales y otras formas de estereotipias descritas por él (mímicas, gesticulantes, de actitudes, de conductas complejas, etc.). Las estereotipias van progresivamente condensándose, haciéndose progresivamente más breves, de modo que una frase se queda al final en una sola palabra; en algunos casos ésta puede resultar neológica y resultar de la fusión de dos palabras.

No hay acuerdo entre los estudiosos acerca del valor de comunicación que ha de darse a la fórmula estereotípica. En su forma pura carece del valor del signo apareciendo como pura expresión fónica desemantizada. Sin embargo, la manifestación estereotípica puede estar inserta en el curso de un discurso coherente que conserva todo su va-

lor semántico mientras que el elemento estereotípico no se encuentra en él. Muchos autores, en cambio, refieren formas parciales de estereotipia en las que existe un cierto uso comunicativo y expresivo. Para De Martis y Petrella (1964) que han llevado a cabo un detallado análisis de las estereotipias esquizofrénicas consideran a las estereotipias verbales como una expresión típica de la ambivalencia esquizofrénica, enfrentándose en una dialéctica repetitiva la necesidad franca de comunicación y la imperiosa tendencia a negar su validez comunicativa. Es interesante, finalmente, señalar la tesis de Pirella (1965) para quien la estereotipia constituiría uno de los aspectos más significativos de la reacción psicológica del sujeto a la permanencia prolongada en el hospital.

7 - Las verbigeraciones

Se califican con el término de verbigeración las frases emitidas en una conversación de ritmo rápido, con elocución aparentemente brillante, de génesis impulsiva y habitualmente ausente de significación. El comportamiento del sujeto es discursivo, pareciendo que el lenguaje se emplea como medio de expresión y de comunicación a pesar de que el resultado de la producción verbal es nulo a los efectos de la comprensión del discurso.

En las verbigeraciones es posible encontrar alte-

raciones silábicas, dicción recitada o declamatoria, expresividad amanerada, neologismos, estereotipias verbales, etc. Existen sin embargo tipos formalmente impecables de verbigeraciones en los que la fonética, la gramática y la sintaxis se respetan a pesar del ritmo vertiginoso de la elocución; no obstante, el discurso puede resultar igualmente incomprendible. Por este motivo, la verbigeración suele estar clasificada, además de en el grupo de perturbaciones de la conversación, en el distrito de las alteraciones de la semántica.

B - Alteraciones del estilo

Las alteraciones del estilo del lenguaje son casi omnipresentes en la esquizofrenia y si fueran codificables, representarían uno de los aspectos semiológicos más constantes y más precoces. Estas anomalías junto con las alteraciones del estilo de la motilidad, del gesto, de la mímica, de la sonrisa, del apretón de mano y de la expresividad en general, confluyen unitariamente en el estilo de la persona esquizofrénica y contribuyen decisivamente a revelar el sentido de "esquizofrenidad" que puede constituir a veces el único testimonio exterior significativo del modo de ser esquizofrénico. Precisamente el concepto de "prä-coxgefühl" de Rümke (1958) subraya la importancia de las alteraciones del estilo de la persona enferma, entre las cuales las alteraciones del estilo del lenguaje ocupan un lugar preferente, al determinar empáticamente en el observador esa experiencia de lo particular e incomprensible que constituye el sentimiento de "esquizofrenicidad".

Bastante característico sobre todo en las formas de comienzo, es el hablar incierto, vago, fluctuante, que expresa la excitación y la perplejidad del sujeto por el mundo incomprensible, oscuro y amenazante que percibe y la extrañeza angustiada de cuanto le rodea. Es el lenguaje de la despersonalización, de la desrealización y de las vivencias de mutación y catástrofe.

Otras veces se nota un hablar alusivo lleno de sobrentendidos, de suspensiones, de interrogaciones implícitas, de expresiones dubitativas. Este estilo es característico de los sujetos con delirios sistematizantes.

El estilo esquizofrénico típico se caracteriza esencialmente por el manierismo autístico por la excentricidad de la expresión, otras veces por un humor involuntario y del todo peculiar que deriva en una falta aparente de la participación afectiva y por un distanciamiento de lo dicho. El lenguaje indeterminado, caracterizado por la generalidad, por la ambigüedad por lo incierto, el lenguaje metafórico y sentencioso, rico en abstracciones inadecuadas y en imágenes, la abstracción formal del pensamiento son variantes típicas del estilo esquizofrénico.

Se observa otras veces un lenguaje pleonástico, rico en fútiles precisiones, en repeticiones inútiles, en largos giros de palabras.

El estilo administrativo se caracteriza según Fretet y Petit (1937), por la falta de expresividad, por la frialdad, por la concisión y por el empleo de frases hechas. La sucesión de las palabras es monótona, lenta, amañerada y pesada.

El estilo telegráfico con supresión de todas las partes inútiles del discurso (artículos, pronombres, con-

junciones, preposiciones, etc.) constituye fundamentalmente una alteración gramatical y sintáctica. Otro tanto de decirse del hablar "negroide" o indio, en el que el manierismo esquizofrénico determina un cuadro paragramatical.

Finalmente, el estilo teatral se observa en algunos hebefrénicos y paranoicos. El sujeto habla en tono pedante, rebuscado, fatuo y altisonante. Su forma expresiva es extravagante, complicada y artificial, produciendo la impresión de que no siente lo que dice o no dice lo que siente.

C - Alteraciones fonéticas

La fonética del lenguaje esquizofrénico es extremadamente rica en disturbios de todo tipo, desde las alteraciones cuantitativas a las cualitativas, desde los disturbios de entonación y de timbre hasta las modificaciones de orden silábico.

Tales alteraciones se encuentran en todas las formas de esquizofrenia, siendo más comunes en las formas catatónicas y sobre todo en las hebefrénicas. En cambio, resulta menos contaminado el lenguaje de los paranoides en los cuales puede aflorar, pero con menos frecuencia, la tendencia al amaneramiento y a la antonación peculiar.

No es fácil presentar un elenco de todos los tipos de alteraciones fonéticas que se encuentran en los esquizofrénicos. De forma general se puede afirmar que las formas más notables no son las más frecuentes mientras que las más tenues se encuentran más fácilmente.

1 - Alteraciones de la intensidad

Con frecuencia se encuentran la afonía y la hipofonía voluntaria. No raramente se observa una hiperfonía

en algunos sujetos que hablan, responden o cantan constantemente en voz alta. Saltos característicos de intensidad presenta la elocución de algunos delirantes o alucinados: los primeros regulan su voz según que quieran o no hacerse sentir por los presuntos oyentes; los segundos bajan la voz cuando hablan a las imágenes alucinatorias o responden a las voces alucinatorias.

2 - Alteraciones de la entonación y del timbre

La nasalización, la ronquera, la dentalización, la voz en falsete, el hablar imitando voces de animales, el hablar soplando se observa muy fácilmente en los esquizofrénicos, especialmente hebefrénicos. Frecuentemente, el discurso se hace anómalo por los rumores parásitos (suspiros, carraspeos, gorgogeos, voces de animales, etc.)

Otras veces, el sujeto intenta hablar con acento extranjero o dar una entonación particularmente refinada o de cualquier modo distinta a la propia voz (formas delirantes, paranoides, parafrénicas); la tentativa muy frecuente de evitar inflexiones dialectales, conduce a una pronunciación extraña, amanerada y a veces grotesca. Otras veces busca una entonación extranjera o aparece imitando el acento de una lengua extranjera realmente existente o incluso imaginaria.

3 - Alteraciones de la articulación

La tartamudez tanto de tipo clónico como de tipo tónico o tónico-clónico estable u ocasional (emotiva) y el balbuceo son bastantes frecuentes en los esquizofrénicos. Estas alteraciones son la mayoría de las veces preexistentes respecto a la fase psicótica (dislalia de la evolución), pero en otros casos la tartamudez puede surgir durante la evolución del proceso esquizofrénico.

4 - Alteraciones de la estructura de las palabras

La estructura fonética de las palabras sufre en los esquizofrénicos todos los tipos de alteraciones posibles. De acuerdo con Ey (1955), se observa que los cambios de sílaba (telescopagia), anteposiciones y posposiciones de una parte de la palabra, contaminaciones, sustituciones, duplicación de las vocales iniciales, inversiones, repeticiones de desinencia, etc., son lo más típico de estas alteraciones del patrimonio verbal. Para Ey, pueden desempeñar un papel notable en la génesis de tales alteraciones fonéticas, las leyes lingüísticas de la degradación de los fonemas (nasalización de las vocales, debilidad de las consonantes intervocálicas, etc.). La ley de la eufonía no parece tener valor para los esquizofrénicos, los cuales muy fácilmente crean o pronuncian agragados fonéticos muy ásperos o desagradables.

La interposición constante y amanerada de una sílaba en el curso de una o más palabras de una frase o de diversas palabras del discurso toma el nombre de embobalia. La esquizoparalexia y la esquizoparagrafia de Bobon (1952) consisten en la introducción de letras o sílabas parásitas en la palabra leída o escrita al dictado (tales manifestaciones son, para Bobon, solo aparentemente lúdicas y revisten por el contrario caracteres de automatismo).

Las pseudoglosolalias están caracterizadas por una deformación fonética sistemática de todas las palabras de la frase; de ello resulta un lenguaje que se diferencia del originario pero que es en todo caso comprensible.

El tema de las deformaciones fonéticas y verbo-estructurales sistemáticas deberá ser tratado en el capítulo dedicado a los lenguajes neológicos, dada la continuidad existente entre tales tipos de manifestaciones lingüísticas.

D - Alteraciones gramaticales y sintácticas

En esta sección, junto a las perturbaciones propiamente gramaticales y sintácticas desde el punto de vista descriptivo, se ha tratado también de la acatafasia en la cual la deficiencia de la conexión gramatical y sintáctica es bastante notable. Por el contrario algunos tipos de verbigeraciones y de ensalada de palabras están insertos entre las perturbaciones exclusivas del significado por que en ellas el elemento gramatical y sintáctico es de importancia secundaria y con frecuencia falta del todo (discursos esquizofrénicos completamente incoherentes pero formalmente perfectos).

1 - Agramatismo, paragramatismo y asintaxia

El orden gramatical de la frase sufre profundas y a veces características modificaciones en el lenguaje esquizofrénico. Estas alteraciones no son sin embargo constantes porque como acabamos de indicar no son infrecuentes los ejemplos del discurso completamente incoherentes y carentes de sentido pero contruidos de manera correcta gramatical y sintácticamente. No es raro observar además la alternancia de períodos perfectamente contruidos desde el punto de vista sintáctico y de períodos completamente asintácticos.

El término agramatismo introducido por Kussmaul (1884) y por Kraepelin (1915), expresa el complejo de disturbios gramaticales y sintácticos. Posteriormente fué aplicado a los trastornos análogos de la afasia de Pick. Bleuler (1911) distingue el paragramatismo caracterizado por una cierta conservación de la estructura de las frases del agramatismo en el cual se ha perdido completamente cualquier orden verbal. Por su parte Kleist (1913) establece una distinción análoga relacionando el agramatismo con las lesiones del lóbulo frontal y paragramatismo con lesiones temporales. En el agramatismo puede observarse una extrema simplificación de las frases que puede llegar al estilo telegráfico, por la supresión de categorías enteras de palabras, con abolición de la flexión y de la declinación, etc. En el paragramatismo se conserva por el contrario una cierta estructura de la frase pero las conjunciones se usan en otro sentido, etc.; la diferencia con el agramatismo es solo de grado.

El discurso agramático o paragramático tiende generalmente a la simplificación: fácilmente aparecen suprimidas determinadas categorías de palabras, como los artículos, los pronombres personales, los pronombres demostrativos, las conjunciones, los adverbios, etc.; en este caso, las palabras que permanecen son en general correctas desde el punto de vista gramatical y la comprensión de la frase se conserva bastante. El discurso se hace pobre, esquelético

co, reducido al mínimo indispensable; por diversos autores este tipo de disturbio se define como estilo telegráfico.

Otras veces la simplificación se realiza mediante la supresión de los artículos y de los pronombres, mediante el uso del verbo en infinitivo, mediante la supresión del plural. Este tipo de lenguaje se parece mucho al de una persona que habla muy mal una lengua no propia; por los autores franceses este tipo de lenguaje se llama a menudo hablar como negrito, por su semejanza a la jerga primitiva que comúnmente se atribuye a los salvajes.

En la forma más clara del agramatismo, al estilo telegráfico se asocia la supresión de todo tipo de flexión y de conjugación, por lo cual el lenguaje se reduce a una pura secuencia de palabras significativas, pero desligadas, declinadas en modo anormal o usadas en infinitivo (verbos) dispuestas de manera anómala (lo que es visible sobre todo en sujetos que hablan lenguas de rígida construcción como el alemán). Este tipo de alteración es sintáctico además de gramatical y viene definido por algunos autores con el nombre de asintasia mientras que para otros conserva el nombre de agramatismo.

En realidad los disturbios gramaticales y sintácticos están de tal manera relacionados entre sí que los cuadros extremos presentan necesariamente tanto el cuadro del agramatismo como el de la asintasia.

Se observan sin embargo otras veces, discursos esquizofrénicos en los cuales las reglas gramaticales aparecen respetadas (flexión correcta, uso adecuado de las desinencias, etc.) mientras que pueden evidenciarse disturbios sintácticos elementales o complejos: los tiempos de los verbos se emplean irregularmente, el orden de la frase se transforma por inversión o se quiebra por interposición irregular de un término incluido y aparecen empleados pronombres que no se refieren a ningún sujeto.

Es fácil apreciar que estos disturbios sintácticos no son enteramente específicos de la esquizofrenia, sino que se encuentran en todos los sujetos con perturbaciones mentales además de ser normal en personas mentalmente sanas, pero que no han adquirido un perfecto uso sintáctico de la lengua. Una distinción entre los disturbios gramaticales y sintácticos tiene más valor para aquellas lenguas de rígida construcción en las cuales existe una disposición obligada de la palabra en la frase incluso en sujetos iletrados. Parece por otra parte aceptable el criterio de considerar como disturbios sintácticos solo los que son claramente anormales en sujetos cultos y que ordinariamente no presentaban tales alteraciones en el lenguaje precedente.

Una forma más característica en los disturbios sintácticos es la elipsis sintáctica que consiste en la supresión de una palabra o de una proposición que haría más cla

ra y lógica el sentido de la frase.

2 - Acatafasia

Bajo el nombre de acatafasia, Kraepelin (1915) describía una particular alteración del lenguaje caracterizada esencialmente por una inadecuación del lenguaje al pensamiento que consideró análogas a algunas características del lenguaje onírico. La acatafasia se distinguiría, para el autor, del agramatismo al que aparentemente se asemeja, por que es debida a una ruptura entre la intención y su expresión verbal, a un desinterés por la adecuación del lenguaje al pensamiento, que hace similar el lenguaje a una especie de sonido verbal. Sin embargo, las mismas observaciones pueden hacerse también a propósito del lenguaje agramático o asintáctico, por lo cual no parece tan fácil la diferencia semántica entre las dos condiciones. Por su parte, Kraepelin engloba bajo el término de acatafasia otras manifestaciones de inadecuación verbal para las cuales el término tendría un significado más extenso y comprendería además algunas manifestaciones del lenguaje incoherente, contaminaciones verbales y alteraciones del estilo. Kraepelin clasifica la acatafasia como disturbio de la expresión verbal del pensamiento, mientras que considera el agramatismo como disturbio de la construcción del discurso, encuadrando ambas formas en los grupos de los disturbios del discurso, mientras que la parafasia (paralogismos, neologismos) constituirían el grupo de los disturbios de la evocación de la palabra.

E - Alteraciones del significado

Describimos en este apartado aquellas alteraciones del lenguaje esquizofrénico que no pueden ser descriptivamente caracterizadas ni como alteraciones de la conversación, ni como alteraciones estilísticas, fonéticas, gramaticales y sintácticas. En ellas, desde el punto de vista descriptivo, la alteración básica que aparece en el discurso es la semántica.

1 - Lenguaje indeterminado y ambiguo

Uno de los aspectos más evidentes de la tendencia esquizofrénica en general, se da en el lenguaje indeterminado (incertidumbre sobre la naturaleza del significado) y ambiguo (incertidumbre entre dos significados posibles).

En la primera etapa de la esquizofrenia y en cualquier estadio evolutivo, en la forma más atenuada del lenguaje esquizofrénico, el signo está unido a un significado siempre más vago, extenso y abstracto. El empleo de la palabra adquiere un carácter de indeterminación y de generalidad, invadiendo el significado de un modo poco preciso y definido, significados inherentes a signos diferentes pero afines.

Siguiendo el pensamiento de Piro (1971) (1) el lenguaje indeterminado y ambiguo, implica siempre un aumento correlativo del halo semántico ("la característica normal de los signos verbales de tener una cierta extensión del significado que permite un cierto grado de indeterminación en el uso de los mismos"). Este aumento del halo semántico tiende a ceder el puesto a fenómenos de dispersión o de distorsión: en el primer caso, la progresiva tendencia a la ambigüedad, a la indeterminación, a la generalidad, convierte el significado siempre en más extenso, indefinido y diluido hasta determinar una más o menos completa dispersión del mismo; en el segundo caso, la debilidad de los vínculos que unen el signo al significado permite el apartamiento de los significados, la deformación de ellos o la creación de un signo nuevo. Por otra parte en las formas evolutivas estables, el aumento sistemático del halo semántico puede permanecer como única perturbación semántica relevante.

Es preciso marcar la diferencia entre lenguaje indeterminado y ambiguo y el lenguaje paralógico. Así, en el paralogismo el cambio de significado es total y brusco, existiendo una traslación del significado a otro signo con ruptura de los originarios nexos semánticos. En cambio, en los fenómenos de aumento del halo semántico existe por el

(1) Piro, S.: "Il linguaggio schizofrenico". Milan, Feltrinelli, 1971. Pág. 457.

contrario una extensión del signo a significados que son análogos y próximos, estando los nexos semánticos implícitos en el uso mismo del signo, aun cuando los significados más marginales terminen por conferir carácter paralógico al uso de los signos.

En definitiva, el lenguaje indeterminado o ambiguo representa una alteración lingüística más fácilmente presente en la esquizofrenia. Sobre este contexto pueden también implantarse otras manifestaciones lingüísticas más relevantes, no siendo infrecuente que un neologismo o un paralogismo despunte sobre un fondo de discurso comprensible pero vago e indeterminado.

2 - Lenguaje metafórico y simbólico

Una perturbación lingüística frecuente y característica en la esquizofrenia incipiente o en las formas sin grave compromiso de la coherencia y de la comprensibilidad, está constituida por el uso de las fórmulas abstractas, genéricas, intensa e incongruentemente metaforizadas, en lugar de los correspondientes términos concretos.

En muchos sujetos esquizofrénicos es frecuente, sobre todo en la forma inicial y en las formas paranoides, el uso del simbolismo, de las metáforas, de las metonimias, de lenguaje elíptico, de fórmulas vagas que el sujeto es-

tá en condiciones de explicar directamente o por analogía, dando a veces al discurso una cierta sugestiva expresividad.

Son abundantísimos en toda la literatura psiquiátrica ejemplos de discursos esquizofrénicos conteniendo fórmulas abstractas, metaforizaciones incongruentes, y utilización abusiva de refranes.

3 - Abstraccionismo sistemático

El término de abstraccionismo sistemático indica una peculiar tendencia de ciertos esquizofrénicos a utilizar signos abstractos y frases compuestas por términos tan generales que el significado está casi completamente perdido para el que escucha, siendo solamente reconstruible con un paciente análisis semántico que exige la colaboración del sujeto. En todo caso la interpretación a través de un análisis contextual sobre la base de otras informaciones obtenidas del coloquio, es siempre fatigosa, parcial e incierta.

4 - Incoherencia y ensalada de palabras

En el lenguaje incoherente esquizofrénico (esquizofasia) prevalece el aspecto discursivo, no obstante la pérdida

dida de la coherencia y de la comprensibilidad. A este resultado final, la "ensalada de palabras" puede llegarse mediante series verbigerativas de frases sin aparente significado, proposiciones incomprensibles o absurdas o discursos en los que la sintaxis y la gramática están profundamente alteradas hasta el punto de deformar completamente la estructura lingüística o en los que, al contrario, una construcción gramatical o sintáctica perfecta relaciona de modo formalmente correcto una serie de signos lógicamente incompatibles entre ellos, de tal manera que resulta una aparente falta de cualquier significado.

Próximo al concepto de incoherencia se encuentra, desde el punto de vista de las alteraciones del significado, la verbigeración: repetición anárquica de palabras y de frases carentes de sentido y construídas en forma de discurso por sujetos irresistiblemente impulsados a hablar.

Como ha demostrado Flegel (1965), en su análisis lingüístico aplicado al lenguaje incoherente esquizofrénico, a pesar del notable deterioro de la actividad lingüística, es posible encontrar fragmentos de significado afirmando que la incomprensibilidad puede ser reducida con una metodología adecuada.

5 - Interpretación filológica

El interés de los esquizofrénicos es fácilmente atraído por el lenguaje y por las características fonéticas de las palabras, que llegan a ser para el paciente objeto de una atención particular, de un verdadero culto y de un manejo lúdico.

De este interés especial y de esta polarización afectiva, se pasa en ciertos sujetos a un análisis y a una manipulación característica de las palabras, fenómeno designado por Pfersdorff (1929) con el término de interpretación filológica. Los enfermos analizan, descomponen las palabras, la locución, las sílabas, y hacen con sus elementos juegos de palabras y ejercicios gramaticales y fonéticos que resultan generalmente incomprensibles, aunque conservándose por parte del sujeto la conciencia de la elaboración verbal, con interpretaciones y críticas en relación a los elementos constitutivos de la palabra.

Según Pfersdorff en la interpretación filológica, el sujeto no reacciona ya al sentido de la palabra, sino al carácter puramente verbal de ella, reacción que tiene lugar no a través de las asociaciones verbales sino mediante un análisis crítico.

Dentro del fenómeno lingüístico de la interpreta-

ción filológica, Pfersdorff (1) distingue diversos tipos:

- 1 - Interpretación del carácter verbal de la palabra.
- 2 - Interpretación del carácter fonético.
- 3 - Interpretación de las letras aisladas.
- 4 - Interpretación sin sentido.

Respecto al mecanismo y al sentido que tiene la interpretación filológica, en el paciente esquizofrénico, transcribimos las siguientes observaciones de Monedero (1973) (2): "Lo mismo que muchos investigadores se ven precisados de hacer una investigación filológica previa de los términos a utilizar, cuando el planteamiento de la materia a exponer resulta especialmente difícil, el paciente esquizofrénico, que está modificando la objetividad, tiene que investigar primero el sentido mismo de las palabras, puesto que son elementos constituyentes de la mundaneidad".

(1) Pfersdorff, C.: "Contribution à l'étude des catégories du langage". Travaux de la clinique psychiatrique de Strasbourg, 7, 307, 1929. Pág. 312.

(2) Monedero, C.: "Psicopatología general". Madrid, Biblioteca Nueva, 1973. Pág. 346.

6 - Neologismo

Genéricamente el neologismo es una "palabra nueva". Esta denominación puede ser aplicada tanto a los neologismos espontáneos del lenguaje corriente, como a los neologismos creados por los estudiosos para definir nuevos conceptos, como a los neologismos formulados más o menos voluntariamente por los enfermos mentales. Estos últimos, difieren de los anteriores en varios aspectos, pero sobre todo, por el hecho de constituir términos personales aunque incomprensibles para los demás.

En el discurso del esquizofrénico constituye precisamente el neologismo el trastorno lingüístico más destacado. A este respecto, Noyes (1963) (1) afirma que "el empleo de neologismos en el enfermo mental sugiere siempre una psicosis esquizofrénica". Otros autores como Fish (1962), Kisker (1964), White (1964) y Rosen y Gregory (1965), son de la misma opinión.

Tanzi (1890) (2) distingue los siguientes tipos de neologismos:

-
- (1) Noyes, A.P.: "Modern clinical psychiatry". Filadelfia, Saunders, 1963. Pág. 373.
 - (2) Tanzi, E.: "I neologismi degli alienati in rapporto con il delirio cronico". Riv. sper. Freniatr., 16, 1, 1890. Pág. 337-338.

- 1 - Nombres que se refieren a personajes y a seres reales o imaginarios, verosímiles o sobrenaturales.
- 2 - Sustantivos que indican agentes físicos; influencias misteriosas, estados fisiológicos, modo de ser o de pensar particular, sensaciones anormales.
- 3 - Autodenominaciones, generalmente ambiciosas.
- 4 - Terminología pseudofilosófica y pseudocientífica.
- 5 - Fórmulas de exorcismo.
- 6 - Vocablos de significado indescifrable.

Mientras Tanzi, como muchos otros autores, prestan una atención particular al contenido del neologismo, numerosos otros se han ocupado de los mecanismos lingüísticos de la formación neológica. Así Seglas (1892) (1) divide los neologismos, desde el punto de vista de su modo de aparición y de su significación psicológica en neologismos pasivos y neologismos activos:

"Los neologismos pasivos, resultado del simple automatismo psicológico, hallan su explicación en la ley general de la asociación por contigüidad o semejanza, y se forman en definitiva por asociaciones de asonancias o de representaciones".

(1) Seglas, J.: "Les troubles du langage chez les aliénés!" Paris, Rueff, 1892. Págs. 47, 51 y 52.

Los neologismos activos, por el contrario "son creados con intencionalidad y corresponden a una idea, más o menos clara, en el espíritu del individuo. Son el producto de asociaciones sistemáticas múltiples, coordinadas en una cierta dirección y condensadas después de una elaboración reflexiva en una palabra nueva".

Según Teulié (1927) los neologismos activos, en el sentido de Seglas, representan el resultado de una actividad delirante y de una fase de meditación y de sistematización de la experiencia delirante; en otros casos representan una inspiración súbita y en otros, finalmente, son el fruto de alucinaciones verbales más o menos vinculadas al delirio, representando en este caso el neologismo casi una repetición ecológica de la alucinación.

Schneider (1930) (1) ha intentado construir una clasificación de los neologismos según los diferentes procesos involucrados, distinguiendo cinco tipos:

Verwelchung : palabra anglicanizada, galicada o latinizada.

Abwandlung : modificación de la categoría de una palabra, por ejemplo, la nominalización de una forma verbal.

(1) Schneider, C.: "Die Psychologie der Schizophrenie".
Zeitschr. Neurol., 127, 1930. Pág. 736.

Wort-zusammen-
setzung : creación de palabras compuestas
 ("palabras-valija").

Neuschöpfung : nueva creación de palabras.

En general, el lenguaje resulta tanto más neológico en la medida que el paciente se aproxima más y más al núcleo de su delirio y angustia. Es frecuente que hayamos tenido un diálogo más o menos ajustado con un paciente esquizofrénico, sin embargo, cuando nos aproximamos a sus tendencias conflictivas, entonces su lenguaje se hace más incoherente, pudiendo aparecer incluso cierto número de palabras nuevas. Para Racamier (1955) (1) se trata de una ley clínica esencial: "La aparición de preposiciones incomprensibles señala la existencia de un delirio subyacente, lo mismo que los hervores marinos superficiales indican una erupción volcánica submarina".

A la hora actual, es preciso admitir dos direcciones de la investigación en el campo de la neología.

Una se funda en la concepción mecanicista: los neologismos serían de naturaleza afásica, dependiente de mecanismos neurológicos, lesionales o funcionales.

(1) Racamier, P.C.: "Troubles de la sémantique". Encycl. méd.-chir. Psychiatri. Tomo I, 27130, C 10, 1955. Pág. 27.132.

La otra dirección ha surgido del desarrollo de las ciencias psicológicas y etnológicas: el alienado adulto civilizado, en ciertos casos, experimentaría una regresión a un estadio primitivo del desarrollo filogénico, y en otros enfermos, las manifestaciones del juego verbal expresarían simplemente una regresión a una etapa anterior del desarrollo ontogénico, un retorno al nivel psíquico del niño.

7 - Paralogismo

Desde el punto de vista descriptivo puede definirse el paralogismo como la sustitución de una palabra por otra que tiene normalmente un significado distinto. Podría decirse que en ciertas ocasiones el sujeto esquizofrénico hace un gran esfuerzo para evitar un verdadero neologismo, este es, la creación de una palabra, gracias a la utilización de un pseudoneologismo, es decir del aprovechamiento forzado del significado de una palabra conocida para salir del compromiso expresionista en que se encuentra.

Importa señalar a este respecto que existe en las publicaciones cierta confusión conceptual entre tres términos diferentes: paralogismo, paralogia y parampuesta (respuesta tangencial, "parler à côté", vorbeireden"). Bonbon (1943) precisa que mientras el paralogismo implica una nueva relación de significado en una palabra conocida, el término paralogia indica el uso que se hace de tal palabra,

análogamente a la distinción entre neologismo y neolalia. Por otra parte se califica de pararrespuesta siguiendo a Anderson y Mallinson (1941) (1), "una respuesta falsa ante la pregunta del examinador en la que la contestación aunque errónea indica que la pregunta ha sido comprendida". Las pararrespuestas no tienen ninguna significación psicológica unitaria. Aparecen como síntoma de la "pseudodemenia" en los estados histéricos, cuando el estar enfermo corresponde a un deseo del enfermo (por ejemplo en la prisión), o se manifiesta como resultado del negativismo o como expresión de bromas tontas en los hebefrénicos.

Las pararrespuestas son en los esquizofrénicos, por regla general, una manifestación de su disgregación asociativa, aunque al clínico siempre le cabe la duda de que se trate de una muestra de su ironía. A este respecto, Callieri y Semerari (1959) han analizado las diferencias entre el "vorbeireden" esquizofrénico y el "vorbeireden ganseriano", elemento integrante del síndrome de Ganser, encontrando en el primer caso una motivación y un aspecto lógico, aunque sea en el ámbito de un sistema delirante, de la respuesta imprevista, insólita y paradójica, aspectos que faltan totalmente en el "vorbeireden ganseriano".

(1) Anderson, E. W. y Mallinson, W.P.: "Psychogenic episodes in the course of major psychoses". I. ment. Sci., 87, 383, 1941. Pág. 259.

8 - Lenguajes neológicos

Próximos estructural y descriptivamente a los neologismos y a los paralogismos se encuentran los lenguajes neológicos, entre los que se distinguen los siguientes tipos:

a) Las pseudoglosolalias debidas a una deformación fonética sistemática de todas las palabras de la frase. Todos los tipos de alteraciones fonéticas sistematizadas son posibles en la pseudoglosalia: adición de una determinada sílaba al principio o al fin de la frase; interpolación constante de una sílaba en el curso de una o varias palabras de la frase; introducción de sílabas parásitas en la palabra. El lenguaje resultante no difiere excesivamente de la lengua original, permaneciendo comprensible.

b) La glosolalia de Flournoy (1910) representa un proceso de formación voluntaria e intencional de una lengua nueva. Esta lengua personal se caracteriza por discursos repletos de neologismos de caracteres relativamente constantes, con tendencia a la utilización de formas sintácticas inusitadas, determinando una pseudolengua que se fija y se enriquece progresivamente.

c) La glosomania de Cenac (1925): formación de discursos con neologismos variables, carentes de gramática, de sintaxis y de significado. El vocabulario está au

sente y las palabras resultan por la simple superposición de sonidos desordenados. Falta cualquier intención de comunicación, teniendo tales producciones verbales un carácter puramente fonético.

**III - LENGUAJE Y PENSAMIENTO ESQUIZOFRENICO:
TEORIAS E INTERPRETACIONES**

Es obvio que ambos procesos, pensamiento y lenguaje, aunque no son idénticos, están estrechamente enlazados. Así, muchas de las investigaciones sobre el pensamiento esquizofrénico tienen relación directa o indirecta con el lenguaje esquizofrénico. En bastantes casos, puede decirse que el investigador considera arbitrariamente su trabajo como estudio del lenguaje o del pensamiento.

Como señala Pinillos (1975) (1): "Pensamiento y lenguaje son nombres que designan sin duda aspectos íntimamente vinculados de una actividad cognoscitiva superior, que no puede reducirse a ninguno de sus componentes sin riesgo de mutilación". "El lenguaje no es el pensamiento, pero en él se cumple y realiza la suprema actividad cognoscitiva del hombre, a un nivel que cualitativamente supera el de los aprendizajes asociativos lingüísticos".

Precisamente los psicopatólogos se inclinan a considerar los fenómenos del lenguaje esquizofrénico como reflejo de un trastorno más básico del pensamiento. Así, en gran número de publicaciones sobre estos temas se unen ambos conceptos en el mismo título.

A pesar de su importancia plenamente aceptada por todos los autores en la esquizofrenia, no hay acuerdo gene-

(1) Pinillos Diaz, J.L.: "Principios de Psicología". Madrid, Alianza Editorial, 1975. Pag. 474 y 480.

ral sobre la naturaleza y rasgos característicos del trastorno del pensamiento habiéndose propuesto varias clasificaciones.

Fish (1962) (1) distingue cuatro tipos de trastorno del pensamiento:

- 1 - alteraciones de la forma del pensamiento, generalmente referido al "aflojamiento" de la ideación.
- 2 - alteraciones de la corriente del pensamiento (bloqueo del pensamiento).
- 3 - alteraciones de la posesión del pensamiento (difusión del pensamiento).
- 4 - alteraciones del contenido del pensamiento (de lirios).

Por su parte, Schneider (1939) (2) identificó un grupo de síntomas de primer rango, considerados por el autor como patognomónicos de la psicosis esquizofrénica. Los síntomas primarios pertenecientes al pensamiento son los siguientes:

-
- (1) Fish, F.J.: "Fish's Schizophrenia". Editor: M. Hamilton. Bristol, John Wright, 1976. Pág. 29.
 - (2) Schneider, K.: "Patopsicología Clínica". Madrid, Paz Montalvo, 1963. Pág. 191.

- 1 - pensamiento sonoro
- 2 - robo del pensamiento
- 3 - difusión del pensamiento

Cualquiera que pueda ser la naturaleza del trastor no básico del pensamiento en la esquizofrenia, la tendencia de la mayoría de los autores, es a adscribir el trastorno lingüístico a la alteración del pensamiento. Esta postura queda bien patente en las siguientes palabras de Critchley (1964) (1): "cualquier aberración considerable del pensa - miento o de la personalidad puede proyectarse en los diversos niveles del lenguaje articulado: fonético, fonémico, se mántico, sintáctico y pragmático".

Dentro de este amplio marco de referencia, en que se incluyen ambos procesos, lenguaje y pensamiento, deben situarse todas las teorías que tratan de explicar la altera ción del lenguaje en el esquizofrénico. Este dilatado capítu - lo, comprende teorías puramente descriptivas, basadas en la observación clínica que recoge alguna regularidad en la comunicación verbal relevante en un cierto número de pacien - tes esquizofrénicos, y teorías etiológicas que intentan apor - tar una explicación causal del proceso, a partir de hallaz - gos experimentales. La inflación actual de las hipótesis e interpretaciones de la comunicación esquizofrénica, muchas de ellas compatibles entre sí, lejos de crear una confusión

(1) Critchley, M.: "The Neurology of Psychotic Speech".
British Journal of Psychiatry, 110, 1964. Pág. 354.

doctrinal, es claro reflejo del vigoroso ímpetu que caracteriza a la investigación actual desarrollada exclusivamente sobre datos empíricos y no sobre concepciones especulativas.

Una presentación esquemática de los diferentes enfoques la consideramos necesaria para el análisis de las implicaciones sugeridas en nuestro trabajo:

- 1 - El trastorno asociativo (Bleuler)
- 2 - El pensamiento arcaico o paleológico (von Domanus y Arieti).
- 3 - La pérdida de la actitud abstracta (Goldstein)
- 4 - El pensamiento sobre-incluyente (Cameron)
- 5 - La abstracción formal (Barison)
- 6 - El descenso del nivel consciente (Kraepelin; Stransky).
- 7 - El uso lúdico del lenguaje (Cénac; Teulié).
- 8 - El lenguaje automático (Pfersdorff)
- 9 - La intrusión asociativa y el déficit de la atención (Venables y Shakow).
- 10 - La hipótesis de lo inmediato (Salzinger)
- 11 - La asociación competitiva (Chapman)
- 12 - La hipótesis de la hiposensibilidad a los elogios e hipersensibilidad a la crítica (Rodnick y Garnezy).
- 13 - La hipótesis de la ansiedad (Mednick)
- 14 - La hipótesis de la estimulación activadora y no aversiva (Broen y Storms).

- 15 - La hipótesis de la invalidación serial de los sistemas de "construcciones" (Bannister y Kelly).
- 16 - La hipótesis del refuerzo y condicionamiento verbal (Buss y Lang).
- 17 - La hipótesis del doble vínculo (Bateson)
- 18 - La disociación semántica (Piro)

1 - El trastorno asociativo (Bleuler)

Una de las descripciones más relevantes y conocidas es la de Bleuler (1911) que expuso el trastorno del pensamiento y del lenguaje esquizofrénico en términos de la psicología asociativa, tan popular al comienzo del siglo XX. Para Bleuler, la anormalidad básica consiste en una relajación de las asociaciones, trastorno que comprende una disminución del número o un defecto en la calidad de las asociaciones. Como aclaración de este planteamiento transcribimos el siguiente párrafo del libro de Bleuler (1):

"En el proceso normal del pensar, las numerosas imágenes presentes y latentes se combinan para determinar cada asociación. En la esquizofrenia, en cambio, pueden volverse ineficaces imágenes aisladas o combinaciones enteras de una manera aparentemente fortuita. En lugar de ellas, el pensamiento opera con ideas y conceptos que no tienen relación, o tienen una relación insuficiente, con la idea principal, y que por lo tanto deberían quedar excluidas del proceso mental. El resultado es que el pensar se vuelve confuso, extravagante, incorrecto, quebrado. Algunas veces, faltan todos los hilos asociativos y la cadena de pensamientos se interrumpe totalmente; después de

(1) Bleuler, E.: "Demencia precoz". Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1960. Págs. 24 y 25.

una tal "obstrucción", pueden aparecer ideas que no tienen ninguna relación reconocible con las precedentes".

Bleuler postulaba que este aflojamiento de las asociaciones conducía a pensamientos que seguían senderos no usuales y no eran gobernados por la realidad (pensamiento autístico), resultando en la fragmentación del pensamiento cuando el trastorno asociativo era suficientemente intenso. Esto ocurría debido a que por esta supuesta debilidad en el curso del pensamiento, ciertos complejos de pensamientos tendían a hacerse independientes tanto entre sí como de la situación, y el pensamiento autístico llegaba a dominar la cognición.

2 - El pensamiento arcaico o paleológico (von Domarus y Arieti)

Von Domarus (1944) indica que el individuo normal (pensamiento lógico) solo acepta la relación de identidad fundada en la identidad de los sujetos de las proposiciones, mientras que el sujeto esquizofrénico (pensamiento paralógico) acepta la relación de identidad basada en la identidad de los predicados. A este respecto presenta el siguiente ejemplo (1) :

Sócrates es un hombre
 Todos los hombres son mortales
 Sócrates es mortal

El esquizofrénico, en cambio, concluiría de la siguiente forma:

Sócrates es un hombre
 Yo soy un hombre
 Yo soy Sócrates

Von Domarus cita además el ejemplo del esquizofrénico del hospital de Boston que creía que Jesucristo era idéntico a las cajas de cigarrillos, dando la siguiente explicación:

(1) von Domarus, E.: "Las leyes específicas de la lógica en la esquizofrenia", en "Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia" (J.S. Kasanin). Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1968. Pág. 133.

cación: la identidad se fundaba en un elemento común, Jesu-Cristo tiene la cabeza rodeada de una aureola, mientras una caja de cigarros está rodeada de una banda fiscal de garantía. Von Domarus concluye afirmando que la lógica del esquizofrénico es similar a la de las sociedades primitivas.

Por su parte Arieti (1955) piensa que la identificación entre significante y significado, la confusión entre el todo y las partes, la composición insólita de objetos diferentes tal como se constata en los dibujos de los esquizofrénicos y en los neologismos, pueden interpretarse como expresiones de lo que von Domarus llama el pensamiento paralógico. El esquizofrénico sufre lo que Arieti llama "regresión teleológica". Se sirve de un material (palabras, símbolos) procedentes de su ambiente, pero utilizado a su manera según sus propios procesos psíquicos arcaicos. Esta concepción queda bien reflejada en la definición de esquizofrenia propuesta por Arieti (1): "La esquizofrenia es una reacción específica ante un estado de ansiedad extrema, originado en la infancia, y reactivado ulteriormente por factores psicológicos. La reacción específica consiste en la adopción de mecanismos mentales arcaicos que pertenecen a niveles inferiores de integración".

Para Arieti, la patología del lenguaje tal como se presenta en la esquizofrenia, tiene tres aspectos:

(1) Arieti, S.: "Interpretation of schizophrenia". New York, Robert Brunner, 1955. Pág. 384.

- 1 - Alteración de la capacidad de abstracción
- 2 - Alteración de la capacidad de simbolizar
- 3 - Alteración de la capacidad de integración social

Estos tres déficits se imbrican y son quizás expresiones diferentes de un mismo fenómeno.

Maher (1966), pone en tela de juicio las variaciones que introdujo Arieti en las primeras formulaciones de von Domarus. En primer lugar, niega que las leyes formales de la lógica sean representativas del pensamiento de la gente normal en situaciones corrientes. Por otro lado, Maher considera que cuando Arieti substituye el término "paleológico" por el de "paralógico", añade una connotación de "regresión" que en absoluto existía en la concepción de von Domarus. En apoyo de esta crítica, Maher señala que si se evitan los estímulos emocionales provocadores, los esquizofrénicos hospitalizados tienen resultados sensiblemente idénticos a los correspondientes a sujetos normales en los tests de razonamiento lógico.

3 - La pérdida de la actitud abstracta (Goldstein)

Kasanin (1944) (1) señala las tres etapas que según él, marcan el desarrollo del pensamiento en el niño:

- el pensamiento fisionómico, que considera las cosas como seres vivientes y proyecta su yo sobre el mundo exterior (ausencia de diferenciación entre yo y no-yo).
- el pensamiento concreto, que hace referencia a objetos particulares (el pensamiento no desarrollado o no educado).
- el pensamiento abstracto, que se desarrolla en la adolescencia, por la educación y la enseñanza (pensamiento del individuo adulto e instruido).

En las pruebas de diferenciación de bloques diferentes, en color, talla y forma (pruebas originalmente desarrolladas por Ach y usadas por Vigotsky), encontró Kasanin que el esquizofrénico piensa fundamentalmente en términos concretos, teniendo los objetos un valor más personal que simbólico. El esquizofrénico parece incapaz de aprehender principios generales y rehusa servirse de la clasificación como lo hace el individuo normal. Kasanin postula la

(1) Kasanin, J.A.: "Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia". Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1968. Pág. 60

existencia de una reducción de la capacidad del pensamiento abstracto en el esquizofrénico y relaciona este tipo de pensamiento con el primer estadio del desarrollo.

Otra contribución importante en este área de la investigación lo constituye el trabajo de Benjamin (1944) que utilizó la interpretación de proverbios como medio de evaluar el pensamiento esquizofrénico. Sobre la base de los protocolos de 169 sujetos, Benjamin concluyó que las interpretaciones literales eran típicas de los esquizofrénicos.

Por su parte Goldstein (1944) ha avanzado la hipótesis de que el esquizofrénico es incapaz de asumir una actitud abstracta, es decir de manipular de una manera abstracta las ideas y los pensamientos, afectando este deterioro no solamente al pensamiento y al lenguaje del sujeto, sino a todo su comportamiento. Goldstein no sólo intenta detectar ciertas desviaciones en la conducta del esquizofrénico sino que trata además de poner en evidencia el proceso básico que determina el conjunto de síntomas esquizofrénicos.

Es importante destacar que Goldstein desarrolló esta teoría a partir de observaciones hechas en enfermos de lesiones cerebrales. La similitud entre los comportamientos de los enfermos portadores de lesiones prefrontales, de una parte, y los esquizofrénicos, por otra, permiten concluir que existe un origen orgánico en la actitud concreta.

Los estudios de Flavel (1956) y Milgram (1959) parecen confirmar los resultados obtenidos por Goldstein. Así mismo, en el curso de un test verbal donde las palabras eran reagrupadas según un orden decreciente, Wahl y Wisner (1972), demuestran que los esquizofrénicos son menos capaces de encontrar términos generales, que los sujetos alcohólicos, sin embargo la diferencia entre las puntuaciones entre esquizofrénicos paranoicos y alcohólicos no era estadísticamente significativa.

Por el contrario, Nathan (1964) no encuentra diferencias significativas entre no-esquizofrénicos, esquizofrénicos agudos y esquizofrénicos crónicos, en el curso de tests verbales y no verbales.

Es interesante también recoger las conclusiones de Mc Gaugran y Moran (1956): los esquizofrénicos son capaces de formar conceptos, pero según una forma autística, frecuentemente confundida con una actitud concreta. Más recientemente, en el curso de un estudio bibliográfico y experimental, Shinkunas (1972) reafirma el planteamiento de Mc Gaugran y Moran. Para Shinkunas, el lenguaje del esquizofrénico testimonia un trastorno de la actitud abstracta, pero no como piensa Goldstein, en beneficio de una concretización excesiva, tratándose más bien de un pensamiento autístico que considera como una forma excesiva de generalización. Existiría pues una curva ascendente desde el nivel concreto hasta el autismo, pasando por la abstracción.

4 - El pensamiento "sobre-incluyente" (Cameron)

Según Cameron (1944), el pensamiento esquizofrénico no se caracteriza por su falta de capacidad de abstracción, sino que existe una incapacidad para mantener los límites conceptuales de tal forma que las ideas o conceptos, relacionados lejanamente se incorporan al concepto central; la expresión verbal esquizofrénica se asemejaría a una espiral con progresivo alejamiento del tema central. Este tipo de trastorno fué llamado pensamiento sobre-incluyente ("overinclusive thinking"). Cameron aunque no desarrolló una teoría unificada, destacó varios rasgos del pensamiento esquizofrénico: la falta de lazos causales que calificó con el término de "asindesis"; la incapacidad para mantener fronteras conceptuales ("over-inclusion"), y el uso de aproximaciones, metonimias y expresiones idiomáticas personales que tienden a diluir la esencia de la comunicación.

Las teorías de Cameron fueron desarrolladas e investigadas por Payne y colaboradores (Payne, Matussek y George, 1959; Payne y Hewlet, 1960; Payne y Friedlander, 1962) quienes confirmaron experimentalmente la existencia del pensamiento sobreinclusivo en los esquizofrénicos, encontrando que no todos los esquizofrénicos lo presentaban, siendo característica de los enfermos paranoides y de los casos agudos. Estos autores han elaborado más el concepto

de sobre-inclusión, reformulando las ideas descriptivas de Cameron en una forma medible mediante métodos objetivos. Payne sugiere que la "over-inclusión" representa un fracaso en el aprendizaje discriminativo, trastorno que sería secundario, existiendo como fundamental un trastorno de la atención. La "over-inclusión" resulta de un déficit en la filtración que normalmente excluye material irrelevante. De esta forma, la percepción selectiva se hace imposible y en lugar de tratar con la esencia del problema, aspectos poco importantes o incluso irrelevantes son percibidos y pensados, haciendo por consiguiente imposible para un esquizofrénico conducir la corriente del pensamiento a una conclusión lógica.

Estudios efectuados por McGhie (1967) indican que la sobreinclusión no es característica de la esquizofrenia, ya que se encuentra también en la hipomanía y la neurosis obsesiva; queda, sin embargo, en pie el hallazgo de un trastorno de la atención selectiva en los esquizofrénicos. Estudiando las primeras impresiones de los enfermos, tales como ellos mismos las experimentan en los comienzos de la enfermedad, se dejan ver dificultades en las funciones selectivas e inhibitorias de la atención. Igualmente la expresión verbal de los enfermos sugiere que hay una incapacidad para seleccionar los datos sensoriales. Estos enfermos se "distraen patológicamente". McGhie efectúa diversas pruebas para medir objetivamente la capacidad de atención. Compara a un grupo de enfermos esquizofrénicos con

otros pacientes psiquiátricos y un tercer grupo normal. A cada sujeto se le pedía que realizase una prueba psicomotora (como el "tapping") y la labor se iba complicando gradualmente. La situación experimental se alteraba con la introducción de estímulos auditivos y visuales. En las tareas más simples no se encontraron diferencias entre los grupos, pero a medida que se complicaba la prueba empeoraba el resultado especialmente si implica un cierto grado de iniciativa. El grupo hebefrénico presentó el máximo de distraibilidad.

5 - La abstracción formal (Barison)

Para Barison (1934), la característica fundamental de la forma del pensamiento y del lenguaje esquizofrénico es la tendencia a la abstracción formal, tendencia a expresarse a nivel abstracto, aún cuando el contenido del pensamiento esté constituido por hechos concretos. Así, el esquizofrénico muestra especial inclinación por manifestar con expresiones abstractas y generalizadas cuanto podría decir en términos más concretos y más adecuados al contenido del pensamiento. Este fenómeno que sucede también en el discurso del hombre normal por un móvil fundamentalmente estético, tiene lugar en el pensamiento del hombre esquizofrénico con más frecuencia y como Barison subraya: esta tendencia del esquizofrénico no puede ser entendida como un intento de adornar su discurso o de rodearse de un efecto estético o de impresionar al interlocutor.

Barison proporciona una confirmación experimental de su tesis bastante interesante: en el test de asociación de palabras, el esquizofrénico tiende a ligar los estímulos verbales concretos con respuestas verbales abstractas, en contraste con lo que hacen otros pacientes, por ejemplo, los hipomaníacos.

Respecto a la interpretación del fenómeno de la abstracción formal del pensamiento, Barison lo considera como una tentativa de defensa contra la disociación de

ideas, como una especie de separación instintiva del pensamiento esquizofrénico a las disociaciones acaecidas a través de las ideas.

La tendencia esquizofrénica a la abstracción formal no está absolutamente en contraste con la teoría de Goldstein de la pérdida de las actitudes abstractas ya que si el esquizofrénico emplea términos abstractos en lugar de términos concretos, opera categorialmente a nivel concreto y no a nivel abstracto. Precisamente las técnicas que usan material verbal abstracto como los proverbios, muestran típicamente esta utilización a nivel concreto de material verbal abstracto. No existe incompatibilidad, salvo superficialmente, entre la teoría de Goldstein y la abstracción formal del pensamiento.

6 - El descenso del nivel consciente (Kraepelin, Stransky)

Para otro grupo de autores el elemento que determinaría la emergencia del disturbio lingüístico en la compleja manifestación del lenguaje esquizofrénico, estaría constituido por un descenso del nivel de conciencia que conduciría a una condición análoga al sueño.

La analogía entre el lenguaje onírico y el lenguaje esquizofrénico ha sido defendida en primer lugar por Kraepelin (1915). Para este autor, los aspectos más evidentes del lenguaje esquizofrénico (la acatafasia en primer plano) son claramente superponibles a los del sueño. Además, la creación de los neologismos (por mecanismos de condensación y de contaminación) testimonian a favor de tal analogía.

Kraepelin relaciona esta alteración lingüística con una perturbación de la corteza cerebral que determina una fase de "adormecimiento", con un compromiso selectivo del centro de Wernicke dando como resultado una alteración muy próxima a la afasia sensorial de Wernicke. En síntesis, la confusión verbal representaría para Kraepelin una enfermedad cerebral difusa con particular participación del lóbulo temporal.

Sin embargo, los progresos verdaderamente notables que han tenido lugar en las tres últimas décadas so-

bre la fisiología y clínica del lóbulo temporal, no parecen confirmar la hipótesis de Kraepelin. Es evidente que las lesiones del lóbulo temporal pueden ocasionar alteraciones de la conciencia (estados crepusculares, "dreamy state") pero no determinan trastornos del tipo de la esquizofasia. Por otra parte aunque es indudable que las alteraciones de la conciencia generan perturbaciones del lenguaje (lenguaje incoherente en la confusión mental), no es menos cierto que en la esquizofrenia no se constata un verdadero disturbio de la conciencia.

La teoría del descenso del nivel de conciencia ha sido utilizada con diferente formato por otros autores para explicar la génesis de los fenómenos esquizofásicos. Así, Stransky (1905) destaca la falta de atención en la base de algunos tipos de neologismos, y más modernamente, Flegel (1965) atribuye los aspectos psicopatológicos del lenguaje al defecto de atención y a la falta de impulso. Para Flegel de la disminución de la tensión, correspondiente a las ideas de Kraepelin y de Stransky se pasaría gradualmente a los significados lejanos e inadecuados y por consiguiente a la incomprensibilidad de la lengua.

7 - El uso lúdico del lenguaje (Cenac, Teulié)

Para diversos autores (Cenac, 1925; Teulié, 1931), el lenguaje esquizofrénico es totalmente o en gran parte un juego verbal. En este sentido, desde las respuestas tangenciales y la interpretación filológica, hasta las deformaciones fonéticas más o menos sistematizadas de tipo glosolálico o glosomaníaco, pueden considerarse como expresiones de una actividad básicamente lúdica.

El uso lúdico del lenguaje, que excluye de él progresivamente el uso lingüístico (comunicativo y expresivo) sería para estos autores un aspecto particular de la regresión a un estado infantil de la personalidad. La actividad lúdica se aproximaría de hecho a la actividad lúdica verbal que representa la primera fase de la actividad verbal infantil.

Sin embargo, en contra de este planteamiento se sitúan varios hechos. Ante todo se debe precisar que el empleo lúdico del lenguaje no es exclusivo de los niños. Los usos o los elementos lúdicos del lenguaje son muy frecuentes en el sujeto normal al servicio del placer de hablar. Por este motivo no es absolutamente necesario que en los sujetos psicóticos exista una forma cualquiera de regresión para justificar una predominio de los aspectos lúdicos del lenguaje. En la psicosis que implica la creación de un mundo privado y autístico donde imperan la vivencia de sole -

dad y la dificultad de comunicación, la emergencia del uso lúdico del lenguaje no comporta necesariamente una regresión infantil, sino que puede ser uno de los elementos necesarios de un mundo personalizado y autístico.

Por otro lado, el uso lúdico del lenguaje por parte del sujeto esquizofrénico puede coexistir en muchos casos, con una intencionalidad comunicativa y expresiva, de forma parecida a lo que ocurre en el sujeto normal, siendo solamente en escasas ocasiones cuando el lenguaje lúdico implica la abolición del uso lingüístico.

8 - El lenguaje automático (Pfersdorff)

Algunos autores y entre éstos en primer lugar Pfersdorff (1935) han extendido el concepto de automatismo verbal a todo el lenguaje esquizofrénico. Las manifestaciones lingüísticas de carácter automático estarían relacionadas con una situación de liberación del control cortical o bien con una actividad productiva de tipo automático como sucede típicamente en la catatonia. En el lenguaje automático la palabra ya no es usada como símbolo, sino que se encuentra incongruentemente inserta en el comportamiento motriz paradójico del sujeto, de tal manera que la ecolalia se asocia a la ecopraxia, los impulsos verbales a los actos impulsivos y las estereotipias verbales a las estereotipias mímicas o del gesto.

Pfersdorff reduce todo el lenguaje esquizofrénico a una pura actividad motriz, siendo tal automatización análoga a la de algunos enfermos orgánicos como los afásicos y los amnésicos. Este concepto podía ser aplicado a algunos tipos de perturbaciones en las que existe pérdida total de todo significado (incoherencia verdadera de Teulié) pero resulta mucho más forzado su aplicación a otros grupos de fenómenos esquizofrénicos, en los que el significado puede estar alterado, distorsionado y transformado pero no totalmente perdido. Mientras algunos sujetos, en especial los esquizofrénicos catatónicos, pueden hacer un uso automático del lenguaje, representando la ecolalia la for

ma más típica, para otras manifestaciones de patología lingüística esquizofrénica es realmente difícil de aceptar una interpretación semejante.

En todo caso sólo puede considerarse una manifestación verbal como automática cuando se cumplen los siguientes requisitos: pérdida del uso lingüístico del lenguaje, total desinserción del contexto cognoscitivo y emotivo, tendencia a la repetición idéntica y sentimiento de total extrañeza.

9 - Intrusión asociativa y déficit atención (Venables)

Básicamente, la idea fundamental de esta hipótesis descansa en la suposición de que el disturbio del lenguaje encontrado en algunos pacientes esquizofrénicos puede ser comprendido como consecuencia de una incapacidad para mantener el enfoque de la atención. La intrusión de las asociaciones en el lenguaje puede ser considerada como similar a las intrusiones de los estímulos visuales y auditivos en los procesos perceptivos del paciente esquizofrénico. Las intrusiones ocurren cuando el enfoque de la atención es amplio y está ausente cuando es estrecho.

La importancia de este abordaje de la génesis de los trastornos lingüísticos de la esquizofrenia, descansa en la posibilidad de que exista una continuidad entre estas anomalías y otras muchas manifestaciones de deficiencia atencional en la esquizofrenia. Venables (1964) mantiene la opinión de que la deficiencia de la atención encontrada en el proceso del "sensory input" son consecuencia de la excitación previa ("arousal") autonómica y cortical. Venables estudia el nivel de "arousal", midiendo las variaciones de la conducción eléctrica en la palma de la mano, que es muy baja en las personas relajadas y aumenta en las situaciones de expectación o anticipación. La suposición de Venables consiste en que en el estadio precoz agudo el paciente es "under-aroused", situación que

se asocia con un enfoque amplio de la atención. Este enfoque ancho hace al paciente propenso a la distracción por una amplia gama de estímulos, mientras que bajo "high arousal attention" la atención está estrechada e invulnerable a la distracción.

Se disponen de algunos datos experimentales que parecen confirmar este planteamiento. Rice (1970) señala que los pacientes esquizofrénicos con fenotiazinas (presumiblemente en estado de bajo "arousal" autonómico) cometían más errores en un test de palabras ambiguas que en los pacientes no medicados, hallazgo consistente con la visión de que el descenso de la excitación determina una atención más amplia y por ende una mayor interferencia. A su vez, Honingfeld (1967) ha demostrado que la adrenalina aumenta la comunicabilidad del lenguaje, que es precisamente lo que deberíamos esperar si suponemos que la elevación del "arousal" determina un lenguaje más organizado.

Una variante de esta teoría de la atención es la que sostiene Shakow (1962). Este autor no parte de uno o varios trabajos concretos, sino de su experiencia a lo largo de varios años, incluyendo algunas situaciones experimentales. Para entenderla hay que introducir el término de mental-set o actitud mental por lo que se indica una capacidad normal que permite efectuar movimientos y acciones complejas que tienen una finalidad común. En la esquizofrenia existiría una incapacidad para mantener una "ac-

titud mental" (mental-set) global y su conducta se controla por un número de actitudes segmentadas (segmental-set) que son independientes y aisladas. Esto indica que a la hora de realizar una acción por simple que parezca no se pueden abarcar todas las facetas de la misma de forma total y en consecuencia la acción, en lugar de ser dirigida con un sentido global, se fragmenta y disgrega. Una de las principales funciones de la corteza cerebral sería la de controlar, integrar y organizar el influjo sensorial (input) del momento con la experiencia pasada, de tal forma, que se produce una conducta integrada con una dirección y fin concretos. En el esquizofrénico hay un fallo del mecanismo central para controlar e integrar el influjo sensorial (input) y en consecuencia hay aspectos de la conducta que se segmentalizan o disocian, funcionando independientemente. Un efecto de esta falta de integración es que el enfermo se preocupa por el mecanismo de los procesos en lugar de preocuparse de los fines. De igual forma el proceso de selección sensorial (scanning) que ocurre previamente a la respuesta a un estímulo está alterado y se es incapaz de seleccionar el material relevante para conseguir una respuesta eficaz; no puede librarse de lo intrascendente entre numerosas posibilidades.

10 - La hipótesis de "lo inmediato" (Salzinger)

Otra teoría que describe la forma según la cual el sujeto esquizofrénico responde a los estímulos es la hipótesis de "lo inmediato" (Salzinger, Portnoy y Feldman, 1966; Salzinger, 1971). En síntesis, la teoría afirma que la conducta esquizofrénica se encuentra básicamente controlada por los estímulos inmediatos del ambiente. En el caso del lenguaje puede deducirse a partir de este planteamiento que una palabra cualquiera del lenguaje esquizofrénico es con mayor probabilidad respuesta a algunas otras palabras inmediatamente precedentes que a palabras emitidas con más anterioridad en el discurso. La implicación del fenómeno en el área del lenguaje es clara: si solamente los estímulos inmediatos controlan las palabras emitidas por el sujeto, es fácil que el lenguaje resulte ininteligible ya que son pocas las oraciones construidas únicamente con dos o tres palabras.

Por otra parte, esta hipótesis muestra como los esquizofrénicos presentan una alteración del pensamiento ya que ningún sujeto que responda primariamente a los aspectos inmediatos de los estímulos, puede resolver un problema incluso de escasa dificultad.

En un intento de comprobar la hipótesis, Salzinger, Portnoy, Pisoni y Feldman (1970), compararon muestras

de lenguaje esquizofrénico y normal mediante la técnica "cloze" de Taylor (1953). Los segmentos de lenguaje analizados eran de longitud diversa omitiéndose, sistemáticamente la palabra central del segmento. Los resultados demostraron que cuando solamente dos palabras rodeaban a la omitida, los sujetos normales adivinaban las palabras correctas con igual facilidad en los esquizofrénicos que en los controles. Sin embargo, a medida que el contexto aumentaba en longitud, resultaba considerablemente más fácil predecir la palabra correcta de las muestras de lenguaje normal, pero era sólo ligeramente más fácil la predicción de las palabras omitidas en las muestras de esquizofrénicos.

11 - La asociación competitiva (Chapman)

El fenómeno de la asociación competitiva se manifiesta en el esquizofrénico en la dificultad que tiene de captar el significado de una palabra ambigua gracias al contexto. En efecto, mediante un test de ambigüedad semántica, Chapman (1964) demostró que los esquizofrénicos respondían significativamente más a la semántica dominante que a las referencias dadas por el contexto en relación a los controles normales. Es decir, el sujeto esquizofrénico se sirve menos del contexto que el sujeto normal, mostrando una cierta resistencia a percibir las semánticas secundarias o débiles, a pesar de estas implícitas en el contexto lingüístico, puede decirse que el esquizofrénico capta la palabra desgajada del contexto y por consiguiente todas sus asociaciones se refieren únicamente a su significado dominante que coincide con el sentido más habitual que se da al vocablo.

En un estudio experimental, utilizando una prueba de definiciones de palabras de varios significados presentada en forma de selección múltiple ("multiple-choice"), Chapman, Chapman y Miller (1964), encontraron que los sujetos esquizofrénicos seleccionaban con más frecuencia que los normales, respuestas de semántica fuerte cuando las respuestas de significados secundarios eran más apropiadas.

12 - La hipótesis de la hiposensibilidad al elogio e hipersensibilidad a la crítica (Rodnick y Garmezy)

Los trabajos de Rodnick y Garmezy (1957) sobre el impacto de la reprobación en los esquizofrénicos, llegan a la conclusión de que la crítica era extremadamente nociva para ellos y que, en consecuencia su rendimiento sufría un importante menoscabo. A través de una serie de experiencias demostraron la existencia de una relación entre la reprobación social y fracasos experimentales en tareas tan diversas como la formación de conceptos, la discriminación auditiva y verbal, la memorización y la estimación de volúmenes.

Diez años después, Garmezy (1966) confirma esta hipótesis con nuevos datos experimentales. Después de criticar y rechazar la hipótesis de la motivación insuficiente y de la "deficiencia en la motivación social", Garmezy concluye que la reprobación evoca potentes reacciones de aversión en el esquizofrénico, pero que las consecuencias de esta aversión, medidas por los resultados experimentales, pueden variar según el esquema de la experiencia.

Por su parte Johansen (1964) tras una revisión de los estudios sobre la motivación en los rendimientos de los esquizofrénicos, estableció que la recompensa verbal no mejora nada la ejecución esquizofrénica.

Así mismo, los trabajos de Silverman (1963) y Garmezy (1966) apoyan la suposición de que el sujeto esquizofrénico parece tener una necesidad extraordinaria de evitar toda crítica, al mismo tiempo que es hiposensible a los efectos de una recompensa verbal.

No todos los experimentos relacionados con la teoría de Rodnick y Garmezy la han confirmado. Así Spence, Lair y Goldstein (1963) usando pruebas de discriminación verbal, no han encontrado diferencias en las respuestas de los esquizofrénicos y los normales en relación a los refuerzos positivos y negativos o con respecto a los estímulos sociales o no sociales. Por otra parte, mientras algunos experimentos han sugerido que el refuerzo positivo social no es eficaz para modificar la conducta de los esquizofrénicos, otros han demostrado que la conducta esquizofrénica podía en realidad cambiar favorablemente por medio de refuerzos positivos (Ayllon y Azrin, 1968; Salzinger y Pisoni 1958).

13 - La hipótesis de la ansiedad (Mednick)

Mednick (1958) ha articulado una teoría de la esquizofrenia que consta de varios elementos, de los cuales probablemente el más importante lo constituye la noción de ansiedad que posteriormente ha sustituido por el concepto de "arousal" (Mednick y Schulsinger, 1968).

Básicamente Mednick propone la siguiente explicación del lenguaje esquizofrénico. En general, cada individuo tiene una colección de respuestas aprendidas ante un estímulo particular (repertorio de respuestas). Para que cualquiera de estas respuestas sea potencialmente capaz de ser seleccionada, tiene que superar el dintel de evocación. Una forma de que las respuestas situadas por debajo del umbral puedan situarse por encima del mismo es a través de la influencia del impulso ("drive"). Por ejemplo, suponiendo que hubiera diez respuestas ante un determinado estímulo en un repertorio particular, bajo un impulso de escasa intensidad, solamente tres respuestas, por ejemplo, estarían situadas por encima del dintel, pero a medida que se incrementa al impulso, cada vez más respuestas se situarán por encima hasta que bajo el efecto de un impulso extremadamente intenso, estarían disponibles las diez respuestas.

En la teoría de Mednick, los estados de ansiedad intensa actuarían de "drive" elevando las respuestas subli-

minares por encima del umbral. De esta forma, respuestas que con anterioridad no eran evocadas frecuentemente por un estímulo determinado, pueden por la influencia impulsora de la ansiedad competir con las respuestas que anteriormente resultaban preferentes. En términos de semántica, los significados "débiles" son elevados por encima del umbral, de modo que pueden competir con los significados "fuertes". De esta forma el pensamiento y el lenguaje resultante son frecuentemente inadecuados.

La teoría de Mednick es uno de los más serios intentos de integrar la teoría del aprendizaje con los trastornos esquizofrénicos.

14 - La hipótesis de la estimulación activadora y no aver-
siva (Broen y Storms)

Broen y Storms (1967) ofrecen una interpretación del lenguaje esquizofrénico que es similar aunque no idéntica a la teoría del umbral de Mednick y que destaca, por otra parte, la analogía entre las respuestas encontradas en las jerarquías de las respuestas normales y esquizofrénicas de la misma manera que en el planteamiento de Chapman.

Como Mednick estos teóricos emplearon el concepto de ansiedad como estímulo ("drive"), sin embargo, su teoría difiere de la de Mednick en el hecho de considerar el "drive" fundamentalmente en términos de su propiedad activadora o energizante en vez de en términos de su cualidad aversiva. De esta forma su teoría es capaz de considerar todas las respuestas del esquizofrénico, incluyendo también a los estímulos no aversivos. Además aunque la teoría postula el mismo orden jerárquico de respuestas en los esquizofrénicos y en los normales, destaca el hecho de que los "techos" de las respuestas dominantes son más bajos para los esquizofrénicos que para los normales y, por consiguiente, más próximos del umbral de las respuestas competitivas. Bajo condiciones de gran estimulación ("arousal") las respuestas dominantes no pueden continuar incrementándose en función del aumento del "drive" debido a su techo relativa-

mente bajo, mientras que las respuestas competitivas todavía pueden conseguir un incremento de probabilidades, de terminando así un colapso de la jerarquía de respuestas y la emitida, por consiguiente, de respuestas irrelevantes. Broen y Storms han comprobado esta explicación de la emisión de respuestas tangenciales en los esquizofrénicos mediante manipulación experimental del "arousal". Así, suponiendo que la tensión muscular representa "arousal", los autores han determinado diversos niveles de ella, ejerciendo diferentes intensidades de tensión muscular. Los resultados muestran que esta presión muscular interfiere más las respuestas de los esquizofrénicos que la de los normales en una tarea discriminativa.

Sin embargo, estas experiencias admiten otras explicaciones alternativas: la presión incrementada puede determinar un estado de distracción o bien la presión puede actuar como un estímulo más inmediato para el sujeto esquizofrénico que para el normal. En otras palabras, estos estudios no demuestran inequívocamente que los diferentes rendimientos sean debidos a diferencias en el nivel de impulso ("drive").

15 - La hipótesis de la invalidación serial de sistemas de "construcciones" (Bannister y Kelly)

Frente a la mayoría de los trabajos centrados en la objetivación de algún tipo de trastorno específico, trastorno que implícitamente lleva consigo el concepto de organicidad en su sentido más amplio se encuentran otras formulaciones que además de delimitar el trastorno psicológico de los esquizofrénicos, implican por el contrario una psicogénesis del proceso esquizofrénico. Se trata de la teoría de Bannister (1962). Este autor utiliza una prueba psicológica muy elaborada que se basa en una teoría de la personalidad. Consiste en el repertory grid (rejilla repertorio, literalmente), que fue primeramente ideada por Kelly (1955) como una técnica para valorar la personalidad. El repertory grid es una prueba de clasificación en la cual las relaciones entre categorías conceptuales se miden estadísticamente. Su base teórica es la concepción de la persona como un científico, ya que en el curso de su desarrollo va construyendo un complejo de conceptos relacionados entre sí (constructs) que van a determinar su actitud hacia el ambiente y sus reacciones ante situaciones nuevas. Por tales constructs (construcciones) se entienden una elaboración psicológica que adquiere corporeidad para la persona. De esta forma si nuestra "construcción" formal informal se relaciona con otro tipo de "construcciones" como puntual, digno de confianza, leal, honrado y afectuoso,

podremos esperar un cierto tipo de conducta en una persona a la que consideramos como formal. La hipótesis inicial de Bannister es que el trastorno del pensamiento esquizofrénico está producido directamente por un proceso de invalidación serial a través del cual sistemas de "construcciones" se van invalidando continuamente a medida que las expectativas que llevan consigo no se cumplen. Esta invalidación progresiva lleva a un debilitamiento o aflojamiento de la estructura conceptual del sujeto que deviene incapaz para prevenir acontecimiento, disociándose las respuestas del individuo frente a su ambiente. Una estructura conceptual débil se define a través del repertory grid como una pérdida de correlaciones entre conceptos, lo que no ocurre en la persona normal.

Utilizando esta técnica se ha discriminado con éxito entre pacientes esquizofrénicos con trastornos del pensamiento, otros grupos psiquiátricos y personas normales; es, pues, específico de esquizofrénicos con trastornos del pensamiento, y éstos presentan dicho debilitamiento conceptual de forma más acusada cuando manipulan conceptos relacionados con personas. Bannister piensa que el trastorno del pensamiento está determinado inicialmente por las experiencias interpersonales que se originan en una dinámica familiar patológica por la cual los sistemas de "construcciones" no pueden elaborarse gradualmente.

Bannister y Fransella (1966) han adoptado esta

técnica para diseñar un test que lo consideran útil para valorar el trastorno del pensamiento, encontrando que los esquizofrénicos con pensamiento alterado obtenían puntuaciones inferiores a las normales.

Bannister y Salmon (1966) han encontrado que los esquizofrénicos con trastorno del pensamiento no son significativamente diferentes de los normales en la selección de objetos en los que aplican los términos descriptivos, pero en cambio la diferencia resulta evidente cuando se trata de aplicar términos descriptivos a personas. Este dato se sitúa en la misma línea apuntada por otros estudios en el sentido de una mayor dificultad en la comprensión de las relaciones interpersonales por parte del sujeto esquizofrénico.

Esta teoría puede proporcionar un mecanismo psicogénético para apoyar los modelos de interacción familiar, doble vínculo y conspiratorio en la génesis de la esquizofrenia.

16 - La hipótesis del refuerzo y el condicionamiento verbal
(Buss y Lang)

La hipótesis de la motivación insuficiente de Buss y Lang (1965) incorpora la idea de que el desinterés social que habitualmente exhibe el esquizofrénico, es suficiente para explicar el déficit en la conducta verbal. En las situaciones experimentales, el sujeto esquizofrénico se comporta como carente de motivación para elicitarse respuestas correctas o rendimientos buenos, en contraste con el sujeto normal que frecuentemente se esfuerza por complacer al examinador e intenta causar una buena impresión. Estos autores especulan que el paciente esquizofrénico ha sufrido tantos rechazos, censuras y fracasos en sus primeras relaciones con el otro que trata de evitar a toda costa cualquier situación interpersonal.

Una prueba a favor de la tesis de que los esquizofrénicos no se encuentran motivados ni para agradar al explorador ni para obtener rendimientos satisfactorios, nos lo proporciona un estudio de Slechts, Gwynn y Peoples (1963). Estos autores han demostrado que los refuerzos sociales positivos, como gestos y expresiones verbales afirmativas, aplicadas al finalizar ciertos comportamientos verbales particulares, determinaban una elevación significativa de las respuestas adecuadas al criterio utilizado en los sujetos normales pero no así en los sujetos esquizofrénicos.

17 - La hipótesis del doble vínculo (Bateson)

Bateson y colaboradores (1956) consideran al esquizofrénico como una persona que tiene dificultad en comunicar con otros o con él mismo, esto es, comprender lo que otros le dicen o lo que él mismo dice sobre sus sensaciones y percepciones. En esquema, la teoría del "double-bind" pone el acento sobre la comunicación o interacción que se establece entre los padres y el niño. Según esta hipótesis, los padres (generalmente la madre), comunican constantemente al niño mensajes contradictorios o incongruentes. Básicamente, la madre, por alguna razón, teme un contacto íntimo con el niño pero al no poder aceptar y asumir este temor emitirá dos mensajes, sobre registros diferentes y contradictorios, que son recibidos simultáneamente por el niño.

La emisión de tales mensajes plantea un problema insoluble al niño. En principio el hijo pretende discriminar con precisión los mensajes recibidos, aceptando sin crítica el comportamiento simulado de amor maternal, sin embargo al aproximarse a la madre se encuentra el hijo con la hostilidad de ella que le obliga a retirarse. Realizada esta retirada el hijo será sancionado verbalmente ya que esta retirada significa para la madre que ella no le ama suficientemente. Por consiguiente el niño es castigado tanto si capta o no el sentido de los mensajes contradictorios.

Se encuentra así en cada ocasión en una situación de transgresión, estando "doblemente ligado" a la situación de conflicto, esta es la situación típica del "double-bind".

Al repetirse esta misma secuencia innumerables veces en la vida cotidiana del niño, disminuye notablemente su capacidad de comunicación, resultando una clara incompetencia a la hora de determinar lo que los otros quieren decir verdaderamente cuando hablan con él, así como una incompetencia para expresar lo que quiere verdaderamente decir cuando trata de comunicar con otros. A través de este déficit de la capacidad de comunicación, el sujeto comienza a reaccionar defensivamente por medio de respuestas incongruentes en la situación del doble vínculo, desarrollando al mismo tiempo un repliegue autístico y otros mecanismos de defensa pertenecientes a la sintomatología de la esquizofrenia.

18 - La disociación semántica (Piro)

Piro (1971) (1) propone como característica básica del lenguaje esquizofrénico la disociación semántica, condición lingüística y no psicopatológica: "la disociación semántica es una resultante mientras que la "spaltung" bleuleriana es un mecanismo".

El trastorno lingüístico fundamental de la esquizofrenia, la disociación semántica, se presenta según Piro bajo cuatro niveles distintos de intensidad creciente que se corresponden en el plano psicopatológico con las principales perturbaciones del lenguaje psicótico.

De forma resumida, los niveles de disociación semántica y su correspondencia con las alteraciones psicopatológicas del discurso esquizofrénico se encuentran recogidos en el siguiente esquema:

1 - Fluctuación del halo semántico

- a) aumento de la franja semántica: lenguaje indeterminado, ambiguo y genérico
- b) reducción de la franja semántica: lenguaje pseudo-abstracto e impropriamente metaforizado.

(1) Piro, S.: "Il linguaggio schizofrenico". Milán, Feltrinelli, 1971. Pág. 310.

2 - Distorsión semántica

Caracterizada por la vinculación del significado del signo original a un nuevo agregado fonético o signo que anteriormente tenía otro significado.

- a) paralogismo
- b) neologismo
- c) lenguaje neológico
- d) alteraciones fonéticas y verbo-estructurales más o menos sistematizadas.

3 - Dispersión semántica

Notable reducción de la significación lingüística

- a) incoherencia, ensalada de palabras
- b) agramatismo
- c) acatafasia

4 - Disolución semántica

Se pierde toda relación entre significante y significado y la palabra ya no tiene el carácter de signo lingüístico.

- a) impulsos verbales
- b) estereotipias verbales
- c) ecolalia
- d) letanías declamatorias
- e) glosomanía

La disociación semántica de Piro expresa solamente una condición lingüística-estructural, consecuentemente el concepto no lleva implícito en modo alguno los aspectos de deterioro y regresión de la disociación bleuleriana. La teoría no sólo no excluye la expresividad esquizofrénica y la creatividad artística sino que contribuye desde el punto de vista lingüístico-estructural, a defender la tesis de la existencia y de la importancia de estas características expresivas en el sujeto esquizofrénico: la disolución de la trama rígida de referencia permitiría una mayor libertad expresiva.

IV - ESTUDIOS OBJETIVOS DEL LENGUAJE ESQUIZOFRENICO

La clínica psiquiátrica, desde mediados del siglo XIX, ha ido recogiendo una larga serie de signos que permiten reconocer y denominar las anomalías del discurso esquizofrénico. Sin embargo, toda esta exhaustiva semiología del lenguaje alienado se ha elaborado sin la utilización de datos y conocimientos de la ciencia lingüística.

El estudio lingüístico de los trastornos del lenguaje es reciente y su desarrollo está estrechamente ligado al progreso y a la evolución de la propia lingüística. Por un lado, la lingüística en su evolución ha rebasado el punto de vista puramente descriptivo y estructural, interesándose por la propia producción del discurso. Por otra parte, las técnicas de investigación y de análisis experimental han logrado un desarrollo avanzado. Así, el estudio del lenguaje como conducta que puede ser registrada, medida y dividida en unidades, puede constituir un importante enfoque experimental para el estudio de la psicosis esquizofrénica.

Es preciso constatar también que el incremento reciente de los estudios sobre la conducta verbal patológica, surge paralelamente al gran desarrollo de los conocimientos lingüísticos en relación a los datos psicológicos que tiene lugar en las dos últimas décadas y que cristaliza en la psicolingüística. Para Osgood y Sebeok (1974) (1) esta disciplina "se ocupa de las relaciones entre los mensajes y las

(1) Osgood, Ch. E. y Sebeok, T.A.: "Psicolingüística". Barcelona, Editorial Planeta, 1974. Pág. 13.

características de los individuos que los seleccionan e interpretan". Aunque se ha hablado de psicolingüística desde 1950, es evidente que la consolidación de este campo ha tenido lugar más recientemente. Precisamente, dentro de los ocho subcampos temáticos que para Saporta (1961) constituye el objeto de estudio de la psicolingüística, se encuentra la patología de la conducta lingüística. La patología ofrece a la lingüística un campo de experiencia que permite la verificación de hipótesis mediante el análisis de las disfunciones constatadas.

Finalmente, los estudios psicolingüísticos del lenguaje patológico han encontrado un terreno sumamente fértil con la generalización de las teorías interpersonales de la psiquiatría (Sullivan 1964) y con la definición de la psicopatología como disturbo de la comunicación (Ruesch y Bateson, 1951). En este contexto, la formulación de ciertas teorías sobre la esquizofrenia como la "double bind theory" (Bateson y colaboradores, 1956) que atribuye el proceso psicológico al carácter contradictorio de los mensajes interpersonales, ha aumentado el interés de estos estudios, aunque tales concepciones teóricas no estén suficientemente apoyadas por una rigurosa experimentación.

El estudio cuantitativo sistemático del lenguaje esquizofrénico ha utilizado preferentemente algunas técnicas y conceptos de la lingüística, de la teoría de la información y de la psicología del lenguaje. Estas vías de acceso al análisis experimental de los defectos formales

del lenguaje esquizofrénico se concretan en tres aspectos principales:

- 1) La estilística cuantitativa
- 2) La asociación verbal
- 3) La teoría de la información

La estilística cuantitativa

La necesidad de métodos objetivos para el análisis de la conducta verbal impulsó el desarrollo de técnicas cuantitativas aplicadas a los caracteres estadísticos del vocabulario y, más recientemente, a la utilización de ordenadores para la evaluación de muestras léxicas de mayor tamaño o la realización de análisis más complejos (Maher, McKean y McLaughlin, 1966).

La estilística cuantitativa adquiere carta de naturaleza como disciplina autónoma gracias a los trabajos de Zipf (1949), P. Guiraud (1960 y Ch. Muller (1973).

"Lo importante - como señala Muller (1) - es comprobar que el vocabulario de un texto, que es una muestra de un léxico virtual, obedece en su estructura cuantitativa a impulsos que no son fortuitos y se construye según leyes complejas y mal conocidas todavía, pero lo bastante imperiosas como para que hayamos podido definir algunos de sus aspectos".

(1) Muller, Ch.: "Estadística lingüística". Madrid, Editorial Gredos, 1973. Pág. 256.

Las investigaciones de Zipf (1949), condujeron a formular el "principio del mínimo esfuerzo" para explicar algunas regularidades estadísticas de la conducta verbal: el organismo tiende a mantener lo más bajo posible el nivel medio de esfuerzo. Según Zipf, en el lenguaje, y más específicamente en el habla (oral o escrito) actúan dos fuerzas opuestas para satisfacer el principio básico del esfuerzo mínimo. Debido a la primera fuerza o tendencia a la unificación, el hablante para economizar esfuerzo trataría de repetir una y otra vez una misma palabra para referirse a todas las cosas. Debido a la fuerza opuesta, la diversificación, el emisor estaría impelido a usar una palabra diferente por cada significado con el fin de ahorrar trabajo al receptor en la comprensión del mensaje. Dicho de otro modo, en el lenguaje se confrontan dos tendencias, la tendencia a decir las cosas de la forma más leonímica posible y la tendencia a decir las cosas de la forma más explícita posible.

Zipf demostró la existencia de una relación entre la frecuencia de un vocablo y el rango de la frecuencia (frecuencia x rango = constante). El interés de la ley de Zipf es que parece independiente de la extensión del texto e independiente también del idioma empleado, traduciendo una tendencia profunda del léxico.

La singularidad de un texto, su estilo, puede valorarse por ciertos caracteres diferenciales estadísticos. Aunque todas las muestras del lenguaje respetan las leyes

de Zipf, los valores de cada uno de los parámetros son distintos. En función de estos valores se encuentra la originalidad o la banalidad del discurso.

Una forma más simplificada de estudiar la estructura cuantitativa de un texto consiste en calcular el "Type-Token Ratio": proporción entre el número de diferentes palabras y el número total de palabras de la muestra. Se trata por consiguiente de comparar dos medidas, el recuento de vocables empleados en el texto que representa la extensión del vocabulario, y el recuento de todas las palabras que componen el texto.

Por ello es necesario ante todo reagrupar las formas heterogéneas de un mismo vocablo por una parte, y por otra, separar las formas homógrafas que representan por las polivalencias sintáctica o semántica a vocablos diferentes. Muller (1) utiliza el siguiente código para la clasificación de las homografías según la categoría gramatical:

- 1 - Palabras de relación (salvo pronombres)
- 2 - Formas verbales (comprendidas las formas nominales del verbo).
- 3 - Sustantivos (salvo nombres propios)
- 4 - Adjetivos calificativos
- 5 - Adverbios
- 6 - Pronombres
- 7 - Nombres propios

(1) Muller, Ch.: "Estadística lingüística". Madrid, Editorial Gredos, 1973. Pág. 261.

Junto a la expresión cuantitativa de las tendencias de unificación-diversificación del lenguaje (relación rango-frecuencia y "Type-Token Ratio"), la estilística cuantitativa permite el estudio del comportamiento estadístico de ciertas categorías gramaticales del texto: porcentaje de verbos, porcentaje de adjetivos, cociente adjetivo-verbo, frecuencias de pronombres personales de primera persona, etc.

¿Qué posibilidades puede ofrecer la estadística lingüística para la comprensión del proceso esquizofrénico? Una revisión de las principales hipótesis sobre el lenguaje esquizofrénico en relación con los principales datos aportados por la estadística, sugieren las siguientes vías para la investigación.

En primer lugar, según muchas escuelas la psicopatología del esquizofrénico se caracteriza por una incapacidad de inhibir adecuadamente las respuestas. Así la mayoría de los fenómenos del lenguaje atribuidos a la esquizofrenia podrían ser explicados en base a un déficit de los mecanismos de inhibición (Maher, 1966): excesiva generalización del estímulo, sobre-inclusión, intrusión asociativa y deficiencia de la atención. Consecuentemente, puede suponerse que esta falta de inhibición determinaría la incapacidad del esquizofrénico para discriminar exacta y adecuadamente lo que supondría una reducción del número de diferentes palabras usadas en la conversación y una reducción relativa del número de términos modificativos (adjetivos).

La segunda posición teórica mantiene que la psicopatología del esquizofrénico se caracteriza por una actividad cognitiva incrementada (Venables, 1964; Crider y cols., 1965). Puede suponerse, por consiguiente, que la elevación de la actividad cognitiva se encuentra en relación directa con una mayor representación porcentual de los vocablos que expresan acción (verbos).

Finalmente, otras hipótesis consideran que la psicopatología del esquizofrénico, se caracteriza por un alto nivel de egocentrismo, que representaría una regresión a un nivel de adaptación más primitivo. Esta hipótesis se apoyaría en un incremento del número de palabras de autoreferencias (pronombres personales de primera persona) en el discurso psicótico.

La asociación verbal

El método de la asociación verbal se remonta a Galton (1879) que publicó el primer estudio conocido del proceso asociativo y proporcionó a Wundt en 1880 el marco de referencia conceptual para la publicación de la prueba de las asociaciones libres. Kraepelin (1892) adaptó la prueba para su utilización en un estudio sobre la naturaleza de la conducta patológica y Jung (1906) la aplicó al análisis de los complejos.

En general, el interés de este instrumento, tanto para el estudio de la personalidad como del proceso del pen

samiento disminuyó tras los trabajos de Jung. Sin embargo, a partir de 1950 surge un renovado ímpetu de las asociaciones verbales, reflejo del auge de las investigaciones sobre la conducta verbal y sobre el estudio de los procesos cognitivos. A este respecto, Deese (1965) (1) justifica la posición de los estudiosos que emplean las técnicas de asociación verbal al afirmar que "el interés actual por los mediadores asociativos es un intento de utilizar las propiedades asociativas de la conducta verbal explícita como modelo de los procesos verbales implícitos en el pensamiento".

Cramer (1968) distingue dos líneas de investigación de la conducta verbal mediante las asociaciones. El primer enfoque está interesado fundamentalmente en la formación de las asociaciones y en la comprobación de las leyes primarias de la asociación (contigüidad, similitud y contraste). La segunda modalidad, trata de estudiar la influencia de las variables secundarias en la manifestación de las asociaciones. Bajo esta perspectiva las pruebas de asociación verbal pueden utilizarse para estudiar la influencia de las siguientes variables:

- 1 - Variables ambientales: carga emocional del estímulo, familiaridad del estímulo, nivel semántico, repetición, refuerzo, contexto verbal, "stress".

(1) Deese, J.: "The structure of associations in language and thought". Baltimore, John Hopkins Press, 1965. Pág. 4

- 2 - Variables demográficas: edad, sexo, nivel educativo y "status" socio-económico.
- 3 - Variables individuales: inteligencia y capacidad verbal, valores e intereses, personalidad.
- 4 - Variables patológicas: alteración conciencia, patología orgánica, psicosis funcionales.

Para enfrentarse adecuadamente con esta amplia variedad de problemas, contamos con pruebas de asociación de distinto formato:

- 1) Asociación libre: el sujeto es libre de dar cualquier respuesta sin limitación semántica o gramatical.
- 2) Asociación controlada: limitada a un determinado tipo de respuestas de una categoría determinada previamente. El experimentador puede en este caso proporcionar al sujeto una serie de respuestas alternativas junto con la respuesta adecuada ("multiple-choice test").

Básicamente, en el experimento de asociación verbal se constata una conexión determinada por la calidad de las palabras asociadas (similaridad o contraste) o por la experiencia anterior de ocurrencia de las dos palabras. Usando la terminología de la psicología del aprendizaje, puede decirse que en el experimento de asociación verbal se contempla la ligazón estímulo-respuesta (S-R) como resultado de un



refuerzo previo que inició y fortaleció el lazo asociativo entre estímulo y respuesta. Así pues, el estudio de la asociación verbal conduce a la psicolingüística al terreno de la psicología del aprendizaje.

La utilidad potencial del test de asociación verbal como técnica proyectiva recibió un notable impulso con los estudios de Bleuler en el ámbito de la esquizofrenia al identificar el "aflojamiento" de las asociaciones como síntoma básico del trastorno mental. Por consiguiente, una prueba como la asociación verbal que enfoca específicamente este aspecto de la conducta puede considerarse plenamente idóneo tanto para la detección de las anormalidades asociativas, como para el conocimiento de la naturaleza del trastorno asociativo en la esquizofrenia.

En la hermenéutica del proceso de asociación verbal, especialmente en el caso del lenguaje psicótico, además de la variable tiempo de reacción, dos son los criterios fundamentales utilizados para su evaluación: la dicotomía comunalidad-idiosincrasia y la dualidad de respuestas sintagmáticas o paradigmáticas.

El concepto de comunalidad se refiere a la correspondencia de la conducta verbal con un "standard" normativo. La comunalidad se constituye a expensas de experiencias y actitudes compartidas. Así, ciertos individuos asocian a las palabras estímulos aquellas respuestas que son emitidas tam-

bién por la mayoría de la gente (comunalidad, en cambio , otros sujetos, dan respuestas de asociación verbal distintas del patrón cultural (idiosincrasia). Como señala, Jenking (1960) no se trata de un concepto bipolar, como la masculinidad-feminidad, sino más bien de un continuo, con un extremo de comunalidad y el otro de idiosincrasia.

Consideraciones teóricas indican la relevancia de la comunalidad en el estudio de los procesos asociativos esquizofrénicos. En este sentido se sitúa la noción muy generalizada de que los esquizofrénicos son sujetos culturalmente alienados o autistas (Bleuler, 1912; Hunt, 1944; Arieti, 1950; Buss y Lang, 1965). Por consiguiente, el cálculo de las puntuaciones de comunalidad del test de asociación verbal representaría una medida objetiva para comprobar este supuesto.

Otro enfoque importante del proceso de asociación verbal, lo constituye la dimensión sintagma-paradigma. Roman Jakobson (1956), en el curso de sus observaciones sobre los aspectos del lenguaje en los diferentes tipos de afasia destacó la intervención en el lenguaje normal de los dos procesos lingüísticos básicos: contigüidad y similitud. El primero se refiere a la secuencia de unidades léxicas y el segundo a la selección de unidades lingüísticas apropiadas en un contexto dado. "En el comportamiento verbal normal - dice Jakobson (1) - los dos procedimientos están con-

(1) Jakobson, R.: "Semiología, afasia y discurso psicótico". Buenos Aires, Rodolfo Alonso Editor, 1973. Pág. 59

tínuamente en actividad, pero una observación atenta muestra que, bajo la influencia de los modelos culturales de la personalidad y del estilo, uno u otro de los procedimientos tiene la preferencia".

En la experiencia del test de asociación verbal se manifiestan invariablemente las dos preferencias lingüísticas opuestas: la respuesta se da como una sustitución (respuesta paradigmática) o como un complemento del estímulo (respuesta sintagmática). En el segundo caso, el estímulo y la respuesta forman en conjunto una construcción sintáctica propia, frecuentemente una frase, en cambio, en el caso opuesto, las secuencias verbales generadas por el proceso de similitud son sintácticamente inestructuradas.

El conocimiento sobre el condicionamiento evolutivo de las respuestas paradigmáticas, predominantes en el sujeto adulto, frente a las sintagmáticas, típicamente infantiles (Entwisle y cols., 1964) abre nuevas posibilidades para la interpretación del proceso esquizofrénico a través de la asociación verbal.

La teoría de la información

Las muestras de lenguaje hablado o escrito pueden ser consideradas como mensajes para la transmisión de información, susceptibles de análisis según los modelos de la teoría de la información.

La teoría de la información fundamentada principalmente en los trabajos de Shannon (1949) descansa en dos esquemas fundamentales. En primer lugar, la comunicación es una circulación de mensajes producidos por los emisores, que circulan a través de canales y que llegan a los receptores al precio de un cierto "ruido" compensado por la redundancia. El receptor descifra los mensajes con la condición de que el emisor y el receptor respeten el mismo código.

El segundo principio fundamental de la teoría de la información postula que la cantidad de información que contiene un mensaje depende, no de su contenido, sino de su impredecibilidad.

Los conceptos técnicos de información y de redundancia dependen a su vez de la existencia de probabilidades transicionales en el empleo del lenguaje. Así, cuando la probabilidad transicional de que a una unidad lingüística le siga otra unidad específica, es muy alta, esta segunda unidad es relativamente redundante. Inversamente, una unidad de comunicación contiene información si su aparición en el texto no puede predecirse con exactitud a partir del conocimiento de las unidades previas del mensaje.

Una técnica de investigación psicolingüística, derivada técnicamente de la teoría de la información, es el procedimiento "cloze" desarrollado por Taylor (1953). El término "cloze" "se deriva de la noción gestáltica de cerramiento, ésto es, la tendencia a llenar la porción omitida

en un conjunto bien estructurado" (Osgood, 1974) (1). La técnica consiste en grabar un pasaje ininterrumpido del su jeto, una vez transcrito, se suprimen del manuscrito una de cada n palabras, dejando en su lugar un espacio en blan co. Este texto mutilado se entrega a un grupo de personas lingüísticamente normales, a los que se pide que adivinen exáctamente y restauren el mayor número posible de palabras borradas. El "cloze score" de un texto determinado es la proporción de las palabras exáctamente restauradas respecto al número total de palabras omitidas. Este porcentaje puede ser utilizado como índice de predictibilidad: cuanto mayor es la puntuación, más predecible es el texto.

Según Osgood el "cloze score" puede considerarse como un índice de la relación de comunidad entre los sistemas de lenguaje de diferentes individuos. Si los dos miembros del acto de la comunicación comparte asociaciones comú nes y tendencias constructivas comunes, cada uno de ellos será capaz de anticipar la verbalización del otro.

En términos de la teoría de la información el "clo ze score" es una medida empírica de la redundancia. Cuanto mayor es la predictibilidad más redundante es el símbolo lingüístico y menor su valor de información. Por ejemplo, si determinada palabra borrada fuera completamente predicti ble, no sería necesaria su inclusión en el pasaje y por con

(1) Osgood, Ch. E. y Sebeck, T.A.: "Psiconlingüística". Barcelona. Editorial Planeta, 1974. Pág. 158.

siguiente no aportaría ninguna información en el sentido técnico de la teoría de la información.

La redundancia del lenguaje implicaría un margen de seguridad para la comprensión de la comunicación. Un mensaje que careciera de redundancia presentaría muchas dificultades para la interpretación correcta por parte del oyente (descodificación).

En el lenguaje esquizofrénico, tiene lugar la desorganización del discurso como resultado de la omisión en la cadena léxica de palabras "adecuadas", debido a su sustitución por términos "inadecuados", en virtud probablemente de la intervención de asociaciones distantes. Tales palabras inadecuadas son generalmente de mucha menor probabilidad transicional que aquellas a las que reemplazan y, por consiguiente, determinan una menor redundancia en el texto.

Propiedades estadísticas del lenguaje esquizofrénico

- a) Relación palabras diferentes - número total de palabras.

El análisis estadístico aplicado al estudio morfológico de la conducta verbal constituye una vía de acceso para la identificación del conocimiento de las características formales del lenguaje esquizofrénico.

El procedimiento cuantitativo más comúnmente emplea

do es la proporción de palabras diferentes sobre el número total de palabras en una muestra determinada de lenguaje (type-token ratio de Johnson). Básicamente esta medida léxica sirve de expresión de dos tendencias del lenguaje: repetición (número reducido de diferentes palabras) y diversificación (número elevado de diferentes palabras).

En uno de los primeros estudios del lenguaje psicótico por medio del T.T.R., Whitehorn y Zipf (1943) examinaron la conducta verbal de los adultos normales y de los esquizofrénicos paranoides, encontrando que estos últimos tendían a la repetición de vocablos (menor T.T.R.) en mayor proporción que los adultos normales.

Fairbanks (1944), registra una diferencia muy significativa entre el cociente palabras nuevas - número total de palabras de 10 sujetos esquizofrénicos y 10 controles, siendo en los primeros el índice más bajo -.

En oposición a los datos anteriores, Lorenz y Cobb (1954) hallan una menor diversidad del léxico en el vocabulario de los neuróticos respecto al de los esquizofrénicos y al lenguaje normal.

Seth y Beloff (1959) en un estudio muy bien controlado, con muestras emparejadas desde el punto de vista del nivel socio-económico, encontró también en el grupo esquizofrénico una menor diversidad del léxico.

En 1962, Feldstein y Jaffe también intentaron repetir el estudio, utilizando grupos de control emparejados en escolaridad no encontrando diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo es preciso señalar en esta investigación la circunstancia de que los pacientes esquizofrénicos se encontraban bajo la influencia de medicación antipsicótica. A este respecto, Salzinger y colaboradores (1961) demostraron en un estudio diacrónico utilizando un sólo sujeto, que la clorpromacina determina un incremento del T.T.R. aproximándolo a los valores medios de los grupos normales.

Hammer y Salzinger (1964) calcularon el índice promedio de 900 palabras procedentes del lenguaje oral de cuatro pares (esquizofrénico vs. normal) de características demográficas y socio-culturales similares. En los cuatro pares comparados, los autores señalan claras diferencias en el sentido de una mayor repetición de vocablos en los sujetos esquizofrénicos.

Con una metodología similar a la anterior, Salzinger, Portnoy y Feldman (1964) no consiguieron evidenciar diferencias significativas del T.T.R. correspondiente a las transcripciones de 13 pares rigurosamente equivalentes en otras variables salvo la presencia del proceso esquizofrénico.

Maher y colaboradores (1966), concluyen que los pacientes esquizofrénicos tienen generalmente menor diversidad léxica que los sujetos normales, tendencia además más acusa-

da en los esquizofrénicos crónicos que en los agudos.

Análogas conclusiones en relación con el tipo evolutivo del proceso esquizofrénico, mantienen Pavy y colaboradores (1969) que encuentran cifras del T.T.R. más altas en las esquizofrenias agudas que en las formas crónicas, siendo este hallazgo independiente de los efectos de la educación y del cociente intelectual verbal.

Finalmente, otra investigación discrepante de los trabajos que confirman la tendencia a la repetición verbal del lenguaje esquizofrénico, es la realizada por Hart y Payne (1973). Estos investigadores, comparando los índices medios de variedad léxica de 500 palabras correspondientes a seis grupos nosológicos distintos (maníacos, neuróticos, esquizofrénicos paranoides, psicópatas, deprimidos y esquizofrénicos no paranoides), no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de esquizofrénicos y los restantes, a excepción del grupo maniaco que arrojó índices significativamente más altos.

b) Cociente adjetivo-verbo

Una técnica objetiva ampliamente utilizada en el análisis de la conducta verbal es el cociente adjetivo-verbo introducido por Boder (1946) en la investigación psicolingüística. Se trata de la relación entre el número de adjetivos y el número de verbos de un pasaje.

Fairbanks (1944) y Mann (1944) compararon muestras de lenguaje hablado y escrito procedentes de esquizofrénicos y de estudiantes universitarios utilizados como controles. En ambos casos el cociente adjetivo-verbo era más alto en los estudiantes que en los pacientes esquizofrénicos.

Lorenz y Cobb (1954) utilizando tres grupos nosológicos (obsesivo-compulsivos, histéricos y esquizofrénicos) pudieron constatar que el cociente adjetivo-verbo era significativamente diferente en todos los grupos respecto a un grupo de control constituido por adultos normales. La muestra normal tenía también el más alto cociente adjetivo-verbo de todos los grupos analizados.

Brengelman (1960) interpreta estos resultados, considerando que la anormalidad psicológica incrementa el uso del lenguaje de "actividad" (verbos) y reduce el empleo del lenguaje de "cualidad" (adjetivos). Así entre los grupos que cuentan con un bajo cociente adjetivo-verbo se encuentran no sólo los esquizofrénicos sino también los pacientes ansiosos y los maníacos.

Maher, McKean y McLaughlin (1966) emplearon una técnica adaptada a las posibilidades del ordenador, para analizar muestras de documentos escritos producidos espontáneamente por pacientes esquizofrénicos y por sujetos normales. Maher y colaboradores encuentran que la razón adjetivo-verbo no difería significativamente entre esquizofrénicos y

no esquizofrénicos, pero existía una diferencia significativa entre los esquizofrénicos procesuales y los esquizofrénicos reactivos, tendiendo los primeros a exhibir cocientes adjetivo-verbo más reducidos.

Bente y Römer (1969) han analizado textos de poemas de Hölderlin correspondientes a tres épocas distintas de la vida del poeta (antes de 1801, en 1802 y después de 1807), épocas paralelas a la evolución de la psicosis esquizofrénica, demostrando que los criterios de la estadística lingüística permiten el reconocimiento de cambios significativos en la estructura del texto en estrecha relación con la irrupción de la psicosis. Sin embargo, aunque Bente y Römer encuentran claras diferencias en la frecuencia de las declinaciones (nominativo y acusativo) no surgen diferencias significativas en el cociente adjetivo-verbo.

c) Cociente pronombre personal yo-número total de palabras.

El análisis de la frecuencia de uso del pronombre personal "yo" en el lenguaje esquizofrénico ofrece cierto interés por su especial significado en relación con un grupo de formulaciones teóricas de la psicopatología esquizofrénica. Sin embargo, los escasos estudios empíricos realizados ofrecen resultados contradictorios.

Whitehorn y Zipf (1943), deducen del análisis de cartas y otros documentos escritos, que los esquizofrénicos

paranoides tienen tendencia hacia un estilo auto-referencial.

Análogamente, Fairbanks (1944) mediante el análisis de muestras de lenguaje oral, encontró un mayor empleo del pronombre personal yo en los esquizofrénicos que en los controles normales. Había también una tendencia en el grupo esquizofrénico a utilizar con menor frecuencia otros pronombres personales.

Los resultados obtenidos por Mann (1944) en un análisis de muestras escritas discrepan totalmente de los estudios citados, evidenciando una menor utilización del pronombre personal yo por parte del grupo de pacientes esquizofrénicos.

En esta misma línea se sitúa el trabajo de White (1949) que comparó el lenguaje normal y el esquizofrénico mediante una serie de tareas verbales estructuradas, como la construcción de sentencias y la identificación de palabras. White encontró que el lenguaje esquizofrénico era básicamente impersonal, evitando temas y referencias personales.

Ellsworth (1951) examinando la hipótesis de la regresión en la esquizofrenia encontró que el pronombre personal yo era usado más frecuentemente tanto en las muestras de esquizofrénicos y de niños normales que en las muestras de adultos normales.

Lorenz y Cobb (1954) han intentado describir los perfiles lingüísticos de varios subgrupos de pacientes neuróticos según las características principales del contenido del lenguaje y del análisis de frecuencia de las categorías gramaticales.

El pronombre personal yo era más común en las muestras de los grupos histérico y obsesivo-compulsivo que en los grupos maniaco, paranoide y normal, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Tampoco Maher, McKean y Mc Laughlin (1966) han sido capaces de encontrar evidencia que justifique la hipótesis de la tendencia autoreferencial como patognomónica del lenguaje esquizofrénico.

Propiedades asociativas del lenguaje esquizofrénico

En 1912 Eugenio Bleuler en su libro "Demencia precoz o el grupo de esquizofrenias" expuso su formulación teórica que ha ejercido un impacto duradero en las investigaciones clínicas y experimentales de la esquizofrenia. Según Bleuler, la esquizofrenia es una enfermedad orgánica cuya manifestación psicológica básica está constituida por el "aflojamiento de las asociaciones". Los demás síntomas típicos como las alucinaciones o las ideas delirantes, son considerados secundarios al síntoma primario o trastorno asociativo. Para ciertos síntomas psicóticos el déficit asociativo sería un prerequisite fundamental, mientras que otras

manifestaciones representarían mecanismos de adaptación del esquizofrénico frente a su déficit. De acuerdo con Bleuler, existen por consiguiente, dos aspectos universales en la esquizofrenia: un proceso orgánico y un déficit asociativo.

Apoyan esta hipótesis la evidencia aportada por una amplia investigación psicolingüística que ha seguido el derrotero del análisis de la conducta asociativa del sujeto esquizofrénico.

El estudio sistemático más antiguo sobre la conducta asociativa en la esquizofrenia es el realizado por Kent y Rosanoff en 1910. Estos investigadores desarrollaron el método de asociación de palabras de Jung, confeccionando una lista de 100 palabras-estímulo que no tienen un valor afectivo tan marcado como las utilizadas por Jung. Por otra parte, los criterios de valoración de las respuestas eran también distintos. Los autores valoran las respuestas del sujeto, en relación a las frecuencias señaladas tras la aplicación de la prueba a 1.000 individuos normales. Bajo los criterios de Kent y Rosanoff las respuestas se clasifican en:

- a) comunes: cuando se recogen una vez por lo menos en las contestaciones de las normas.
- b) individuales: cuando no se encuentran en los 1.000 protocolos de adultos normales.

- c) entre estos dos grupos se sitúan las reacciones verbales inespecíficas. Se trata de vocablos ampliamente utilizados que sirven de respuesta más o menos adecuada frente a cualquier palabra estímulo (malo, bello, feliz, hombre, mujer, objeto, trabajo, pequeño, etc.).

Kent y Rosanoff demostraron que las asociaciones verbales de los pacientes esquizofrénicos diferían de las de los normales. Los hallazgos principales se contienen en el siguiente párrafo de estos investigadores: "En esta psicosis nosotros encontramos que la cifra media de las reacciones individuales supera en mucho, no sólo las medias de los sujetos normales, sino también las cifras correspondientes a otras psicosis. Hasta cierto punto hemos encontrado que el número medio de las respuestas comunes específicas se encuentra reducido. El incremento más marcado se establece en las asociaciones fonéticas, los neologismos y algunos tipos de perseveración".

Resultados similares fueron obtenidos por Wells (1919), siendo las respuestas individuales especialmente prevalentes en los esquizofrénicos deteriorados.

Rapaport, Gill y Schafer (1946) encontraron que las asociaciones verbales de los esquizofrénicos, comparadas con las de los sujetos normales, tenían mayor número de respuestas distantes, repeticiones y asociaciones de sonido.

Eysenck (1955), comparando los resultados de un test de asociación verbal aplicado a 55 psicóticos, 55 neuróticos y 135 sujetos normales, encontró que los pacientes psicóticos daban menos respuestas "de acuerdo con la mayoría". Asimismo, en los protocolos de los psicóticos Eysenck constató un incremento relativo de repeticiones de las palabras-estímulo, respuestas múltiples, perseveraciones, sinónimos y respuestas causa-efecto.

Flavell y colaboradores (1958) utilizando cuidadores psiquiátricos como grupo de control, observó un mayor número de respuestas distantes, así como asociaciones de perseveración y fonéticas.

Según Sommer, Dewar y Osmond (1960) el comportamiento de los pacientes esquizofrénicos frente al test de asociación verbal de Kent-Rosanoff se caracteriza por ofrecer menor número de respuestas comunes, siendo además estas respuestas menos estables que los sujetos normales.

Jenkins (1960) confirma también la reducción de las respuestas comunes y la menor estabilidad en el transcurso del tiempo como características del proceso asociativo en el esquizofrénico.

Deering (1963) detectó un mayor número de respuestas idiosincrásicas en esquizofrénicos frente a estímulos "emocionales" pero no frente a estímulos neutros.

Johnson, Weiss y Zelhart (1964) compararon una serie de medidas verbales correspondientes a 150 estudiantes universitarios y 40 pacientes psicóticos (esquizofrénicos en su mayoría). El grupo psicótico dió más respuestas idiosincrásicas y menos asociaciones comunes que el grupo de universitarios. Los autores comprueban, por otra parte, que las palabras-estímulo que tendían a sugerir respuestas idiosincrásicas en el grupo de normales, eran las mismas que determinaban el mayor número de respuestas idiosincrásicas en los psicóticos, fenómeno similar ocurría con las palabras comunes.

En un estudio sobre la consistencia de las respuestas asociativas en el transcurso del tiempo, Storms y Broen (1964) han constatado que los esquizofrénicos muestran mayor inestabilidad en las respuestas, tras la administración repetida del test de asociación verbal que los sujetos normales.

Moran y colaboradores (1964) encuentran que los esquizofrénicos exhiben mayor número de respuestas en blanco y de respuestas distantes, ofreciendo además estas respuestas menor consistencia en el re-test practicado a los cuatro días de la primera prueba verbal.

Utilizando un índice que combina tres medidas distintas del proceso asociativo con el objeto de amplificar las diferencias, Shakow y Jellinek (1965) han obtenido res-

puestas verbales significativamente más deficientes en un grupo de esquizofrénicos al compararlo con la muestra de control.

Cramer (1965) ha demostrado que los estímulos emocionales tendían a evocar más respuestas heterogéneas que los estímulos neutros tanto en los esquizofrénicos como en los normales, pero el número de estas respuestas heterogéneas era más elevado en los esquizofrénicos.

Análogamente Storms y colaboradores (1967) han constatado puntuaciones más bajas de comunalidad en el grupo esquizofrénico que en los grupos neurótico y normal, tanto con estímulos emocionales que con estímulos neutros.

O'Brian y Weingartner (1970), comparan la conducta asociativa verbal de tres poblaciones distintas: esquizofrénicos, tuberculosos y normales. Los pacientes esquizofrénicos producían más respuestas idiosincrásicas que los normales, pero no se encontró diferencia significativa entre las respuestas idiosincrásicas de los esquizofrénicos en relación a los sujetos tuberculosos. Por otra parte, los normales presentaron más respuestas de "gran frecuencia" (respuestas emitidas por más de 200 sujetos de los 500 de las normas de Jenkins y Palermo) en relación tanto con los esquizofrénicos como con los tuberculosos. A su vez, la diferencia entre el número de respuestas de "gran frecuencia" registradas en los grupos esquizofrénico y tuberculoso no era significativa estadísticamente.

Recientemente Pinard y colaboradores (1977), aplicando un test de asociación libre, encuentran que las respuestas patológicas (perseveración, ecolalia, asociaciones fonéticas, neologismos y respuestas distantes) son significativamente más frecuentes en los pacientes esquizofrénicos crónicos que en los sujetos normales. Además, estos investigadores no han confirmado que la dicotomía, respuestas sintagmáticas y respuestas paradigmáticas pueda servir para separar el grupo psicótico del grupo control.

En la literatura revisada, los únicos hallazgos discrepantes están representados por los trabajos de Blanfarb (1962) y Fuller y Kates (1969).

Blanfarb administró el test de Kent-Rosanoff a 30 auxiliares de enfermería y a 30 esquizofrénicos crónicos, no encontrando diferencias significativas entre el número de respuestas comunes de ambos grupos.

Por su parte, Fuller y Kates emplean 24 palabras-estímulo seleccionadas de la lista de Kent Rosanoff en una prueba de asociación continua aplicada a esquizofrénicos y a sujetos normales, tanto las cifras medias de respuestas comunes como de idiosincrásicas, eran similares en ambos grupos. Además los autores encuentran que las curvas de respuestas comunes e idiosincrásicas formada por las cifras correspondientes a las tres primeras respuestas verbales son similares en los psicóticos y en los controles.

Otro aspecto importante en la evaluación de las características asociativas del lenguaje esquizofrénico, es la consideración de la dimensión tiempo de evolución del proceso esquizofrénico. En este sentido, es muy revelador el análisis diferencial del comportamiento asociativo del paciente esquizofrénico agudo respecto de los casos básicamente crónicos.

Rapaport, Gill y Schafer (1946), compararon las asociaciones verbales de enfermos esquizofrénicos en distinto período evolutivo, utilizando como instrumento de medida la "proximidad" o "distancia" de las asociaciones respecto al estímulo verbal. Los resultados obtenidos arrojan un exceso de asociaciones distantes en los esquizofrénicos crónicos respecto a las formas agudas.

Mednick (1958) mantiene también que la evolución del esquizofrénico desde el estadio agudo a la fase de cronicidad de la psicosis, se acompaña de una exacerbación paralela del déficit asociativo.

Por el contrario, Moran, Gorham y Holtzman (1960) que re-evaluaron las propiedades asociativas del lenguaje de 30 esquizofrénicos tras un lapso de 6 años, encontraron que la media de respuestas comunes permaneció prácticamente sin modificar en el transcurso de este período.

Sommer y colaboradores (1960) comparando las res-

puestas de la prueba de Kent-Rosanoff entre esquizofrénicos agudos y crónicos, no hallan diferencias en el número de respuestas comunes, siendo en cambio las respuestas idiosincrásicas más numerosas en el grupo de crónicos.

Wynne (1963), en un estudio transversal, comparó dos grupos de esquizofrénicos, apareados en varios factores. La media de la duración de la hospitalización en ambos grupos fue de 2'5 y 14'4 años respectivamente. Con un test de asociación libre Wynne obtuvo una disminución significativa del número de respuestas comunes y un incremento de las respuestas individuales en el grupo de larga hospitalización comparado con el grupo oponente.

Higgins y colaboradores (1965) encontró una correlación significativa entre duración del tiempo de hospitalización de los pacientes esquizofrénicos (manteniéndose congtante la edad) y la reducción del número de las asociaciones verbales compartidas por el grupo normativo.

La complejidad de factores que intervienen en el proceso asociativo justifica la atención prestada en la investigación del lenguaje esquizofrénico a dos variables que influyen en la conducta asociativa: la personalidad prepsicótica y la cronicidad.

Respecto al papel de la personalidad premórbida del paciente esquizofrénico en el trastorno lingüístico, Dodecki,

Polidoro y Cromwell (1965) dividieron la muestra de esquizofrénicos en dos grupos, según el grado de adaptación previa valorado por la Escala de Adaptación Premórbida de Phillips (Phillips, 1953). Es interesante señalar que los autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de respuestas comunes entre el grupo de esquizofrénicos de buena personalidad previa y el grupo normal. Solamente los esquizofrénicos con historia de desadaptación social, anterior a la eclosión de la enfermedad, mostrarían un déficit en la correspondencia de sus asociaciones verbales con las normas culturales.

Flekkoy, Astrup y Hartmann (1968) realizaron un estudio longitudinal en 47 esquizofrénicos crónicos a lo largo de 10 años. Los resultados del trabajo discrepan con la mayoría de las publicaciones, al señalar un incremento significativo de las asociaciones verbales de "buena calidad" y una disminución de las respuestas ecológicas e incoherentes. Los autores sugieren como explicación de la mejoría del "performance" asociativo al final del período de evolución, el empleo sistemático de medicación neuroléptica que compensaría el proceso de deterioro.

Todos estos estudios basados en el análisis comparativo de la estructura asociativa lingüística bajo la dimensión agudeza-cronicidad adolecen de un serio defecto metodológico. Los trabajos de Farina y colaboradores (1963) han demostrado que los esquizofrénicos con personalidad prepsicóti

ca dentro de límites normales tienen mejor pronóstico que los esquizofrénicos con personalidad previa anómala. Por otra parte, ya hemos citado anteriormente que los resultados de Docecki y colaboradores (1965) demuestran que solamente los esquizofrénicos con historia previa de desadaptación tienen un déficit en la conducta asociativa verbal. Parece verosímil, por consiguiente, que el grupo de pacientes crónicos en las investigaciones que hemos revisado esté compuesto principalmente por pacientes con personalidades previas muy distantes de la norma y que esta circunstancia sea la responsable del déficit asociativo en lugar de la dimensión cronicidad.

La predictibilidad del lenguaje esquizofrénico

En la literatura se encuentran varias investigaciones sobre la redundancia del lenguaje verbal y escrito del esquizofrénico, utilizando el procedimiento propuesto por Taylor.

Según Salzinger, Portnoy y Feldman (1964, 1966) el lenguaje de los enfermos esquizofrénicos tiene menor redundancia que el de los sujetos normales, correlacionándose el descenso de la redundancia con la duración de la hospitalización. Estos investigadores observan también que en la mayoría de las muestras del lenguaje esquizofrénico es menor la comprensibilidad en el segundo segmento de 100 palabras que en el primer segmento del relato utilizado como muestra, ocurriendo lo contrario en el lenguaje normal (tendencia a

aumentar la comprensibilidad).

En otro estudio sobre la redundancia de los esquizofrénicos, Bertoch (1966) constató que los pacientes que exhibían el trastorno más profundo del pensamiento tenían menos redundancia cuando se les requería a contestar frente a estímulos ambiguos no ocurriendo este descenso en la redundancia cuando los estímulos carecían de ambigüedad.

En cambio, Check y Amarel (1968) no encuentran diferencias significativas entre la predictibilidad del lenguaje de "esquizofrénicos crónicos y regresivos" y el de pacientes alcohólicos de edad, inteligencia y nivel socio-cultural similares.

Rice (1970) comprueba que la redundancia se correlaciona altamente con la impresión clínica del psiquiatra sobre el grado de desorganización expresado en el lenguaje escrito del paciente.

Para Silverman (1972) existe una correlación muy significativa entre el índice de comprensibilidad y el cociente de palabras distintas - número total de palabras. Estos resultados parecen apoyar la hipótesis del efecto determinante de la repetición de material verbal sobre la reducción de la redundancia y de la comprensibilidad en el lenguaje esquizofrénico.

En la revisión de Maher (1972) sobre las investiga

ciones psicolingüísticas relacionadas con la teoría de la información en el área de la esquizofrenia, el autor concluye afirmando que en general la severidad del trastorno esquizofrénico estimada por la entrevista clínica corresponde fielmente a la impredecibilidad del lenguaje.

Hart y Payne (1973) comunican que el lenguaje de los pacientes "sobreinclusivos" es menos predecible que el de los pacientes psiquiátricos "no sobreinclusivos". Es importante señalar a este respecto que ambos grupos incluían tanto a pacientes esquizofrénicos como a otros enfermos psiquiátricos.

El método "cloze" de Taylor puede utilizarse tanto para el estudio de la codificación como de la descodificación del mensaje verbal y algunos autores lo han empleado para investigar la capacidad del esquizofrénico para predecir el lenguaje.

Así, Moroz y Fosmire (1966) no han podido objetivar diferencia relevante entre pacientes esquizofrénicos y sujetos normales en la habilidad para predecir con exactitud pasajes mutilados de lenguaje esquizofrénico.

Por el contrario, Deckner y Blanton (1969), demuestran que los esquizofrénicos son menos capaces que los normales para predecir el lenguaje normal.

Rutter y colaboradores (1975) confirman los hallazgos de Deckner y Blanton sobre la menor capacidad de los enfermos esquizofrénicos para predecir el lenguaje y demuestran asimismo que el material esquizofrénico es menos pre - dictible que lenguaje normal.

**V - FINALIDAD Y METODOLOGIA DEL
TRABAJO PROPUESTO.**

Objetivo

El objetivo de nuestro proyecto de investigación es el conocimiento de las características lingüísticas de la anormalidad del lenguaje esquizofrénico mediante el análisis cuantitativo de los aspectos formales.

Tratamos en este estudio no sólo del análisis comparativo de la conducta verbal de una muestra de pacientes esquizofrénicos, sino también de encontrar alguna relación entre lenguaje psicótico y otras dos dimensiones: cronicidad y personalidad psicótica.

A lo largo de los diversos estudios revisados, que tienen como objetivo el conocimiento de la conducta verbal del sujeto esquizofrénico, no hemos encontrado un trabajo experimental que recoja todas las consideraciones siguientes:

- 1 - El análisis sistemático de los aspectos asociativos, estadísticos y transicionales del lenguaje esquizofrénico.
- 2 - El empleo de sujetos normales como controles.
- 3 - La separación de la muestra experimental en subgrupos según la evolución (agudos y crónicos) y según la personalidad premórbida (normal y anormal).
- 4 - La utilización exclusiva de muestras de lenguaje oral.

5 - El emparejamiento de los grupos experimental y control en las siguientes variables:

- a) sexo
- b) edad
- c) nivel socio-cultural
- d) cociente intelectual verbal

Diseño experimental

Proponemos un diseño factorial 2x2x2, dividiéndose los pacientes esquizofrénicos según su evolución en agudos y crónicos, y según su personalidad previa en normal y anormal.

Formulamos las siguientes hipótesis nulas para su confirmación o exclusión:

1º.- Los esquizofrénicos no difieren de los sujetos normales en las siguientes propiedades asociativas del lenguaje:

- variabilidad
- comunalidad
- porcentaje de respuestas únicas
- porcentaje de respuestas sintagmáticas
- porcentaje de respuestas paradigmáticas
- porcentaje de bloqueos
- porcentaje de respuestas múltiples
- tiempo de reacción
- porcentaje de respuestas lentas

2^o.- Los esquizofrénicos no difieren de los sujetos normales en las siguientes propiedades estadísticas del lenguaje:

- porcentaje de palabras distintas
- porcentaje de adjetivos
- porcentaje de verbos
- razón adjetivo/verbo
- porcentaje de autoreferencias

3^o.- Los esquizofrénicos no difieren de los sujetos normales en la redundancia del lenguaje.

4^o.- Los esquizofrénicos agudos no difieren de los esquizofrénicos crónicos en ninguna de las variables anteriormente citadas.

5^o.- Los esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal no difieren de los esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal en ninguna de las variables anteriormente citadas.

Diseño estadístico

Para determinar la existencia de diferencias que pueden ser atribuidas a otros factores distintos del azar, se utilizará un análisis de varianza aplicado a cada uno de los parámetros lingüísticos estudiados. Con esta técnica estadística, consideramos posible estimar la significación de

las diferencias en todos los aspectos verbales analizados en tre el grupo normal y el grupo esquizofrénico, así como la significación de las diferencias entre las esquizofrenias agudas y las crónicas y entre esquizofrénicos con distintos tipos de personalidad prepsicótica y, finalmente, la signifi cación de las diferencias entre los sujetos dentro de cada grupo diagnóstico.

Criterios de selección de las muestras

Grupo de esquizofrénicos (N = 48)

Los pacientes han sido seleccionados entre los hospitalizados del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico de Madrid y del Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos siguiendo los siguientes criterios:

1 - Diagnóstico clínico basado en la existencia de síntomas de primer orden de Kurt Schneider (1952):

- a) Sonoridad del pensamiento
- b) Voces dialogadas
- c) Voces comentadoras de la propia actividad
- d) Intervención del pensamiento
- e) Vivencia de influencia corporal
- f) Divulgación del pensamiento
- g) Percepción delirante

2 - Edad comprendida entre 18 y 65 años.

El límite inferior se justifica por la constatación de marcadas diferencias entre las asociaciones infantiles y las adultas, y el límite superior trata de evitar que la senilidad intervenga como variable.

3 - Exclusión de alcoholismo, organicidad y déficit de audición y articulación del lenguaje.

4 - Exclusión de pacientes con tratamiento electroconvulsivo durante los tres meses anteriores.

5 - Sujetos suficientemente cooperadores y capaces de comprender y seguir las instrucciones de las pruebas.

6 - Cociente intelectual verbal superior a 90.

Algunos autores como Pearl (1963) sugieren que los resultados de los estudios sobre la conducta verbal de los enfermos psíquicos, puede depender más del nivel de funcionamiento verbal que del grado o naturaleza de la alteración psicopatológica).

Subgrupo de agúdos (N = 24)

a) Primer episodio psicótico o episodios ulteriores con remisión completa (clínica, familiar y social) y ausencia de hospitalización psiquiátrica en los 12 meses anteriores.

b) Evaluación lingüística del caso dentro de los 10 primeros días de la hospitalización actual.

Tratamos con estas normas de reducir al mínimo, en la muestra, los efectos deletéreos de la hospitalización sobre la habilidad y adecuación de la comunicación interpersonal (Paul, 1969), evitando, asimismo, la cronicidad y el deterioro.

Subgrupo de crónicos (N = 24)

Pacientes con más de 10 años de evolución, sintomatología residual y/o déficit de la personalidad, que lleven hospitalizados, por lo menos, dos años ininterrumpidos.

Subgrupo de personalidad prepsicótica normal (N = 24)

Pacientes esquizofrénicos con puntuaciones de 0 a 13 en la Escala de Phillips.

Subgrupo de personalidad prepsicótica anómala (N = 24)

Pacientes esquizofrénicos con puntuaciones de 17 a 30 en la Escala de Phillips.

Grupo de control (N = 24)

1 - Seleccionados entre enfermeras, auxiliares de enfermería, cuidadores psiquiátricos, personal administrativo, mujeres de limpieza y operarios del hospital, a los que

se les solicitará su colaboración voluntaria tras la explicación de la naturaleza de la tarea.

2 - Edad comprendida entre 18 y 65 años.

3 - Capacidad para comprender y seguir las instrucciones.

4 - Exclusión de alteración emocional severa, alcoholismo, organicidad y déficits de audición y articulación de lenguaje.

5 - Cociente intelectual verbal superior a 90.

6 - La distribución de la muestra en cuanto a sexo, edad, nivel socio-cultural y cociente intelectual verbal deberá emparejarse con el grupo experimental.

Metódica de la valoración de los casos

Cada caso será valorado individualmente por el experimentador en dos sesiones que tendrán lugar en días consecutivos.

La primera sesión se iniciará con una explicación del objeto del estudio y su carácter confidencial, solicitando del sujeto autorización para grabar una parte de la entrevista. La evaluación comenzará una vez establecido un cierto rapport y obtenido cierta garantía de colaboración.

Durante la primera entrevista se realizan las pruebas de la escala verbal del W.A.I.S., se completa la información de la historia clínica para cubrir todos los "items" de la Escala de Phillips (anexo II) y se administra el test de asociación verbal de Kent-Rosanoff (anexo I).

En la segunda sesión, se procede a la grabación del habla del sujeto. Con la finalidad de establecer idénticas situaciones en la prueba, utilizaremos el Thematic Apperception Test de Murray (1943) para estimular una continua verbalización monologar. Para ello se ofrecen sucesivamente al sujeto láminas del test hasta conseguir un discurso que contenga 300 palabras por lo menos. En todo caso el explorador debe evitar tanto interrumpir como estimular el flujo verbal del sujeto.

Tabulación y criterios de valoración

1 - Cociente intelectual verbal

La valoración del cociente intelectual verbal de cada sujeto se realizará mediante la aplicación de la serie correspondiente de la Escala de Inteligencia para Adultos W.A.I.S. (Wechsler, 1970), obteniéndose una puntuación en los seis subtests verbales (información, comprensión, aritmética, semejanzas, dígitos y vocabulario) como base para el cálculo del cociente intelectual verbal.

2 - Personalidad prepsicótica

La personalidad premórbida de los pacientes esquizofrénicos se evaluará mediante la Escala de Ajuste Premórbido de Phillips (Phillips, 1953). Esta escala consta de una serie de frases que describen diversos niveles posibles de ajuste en cinco áreas de la vida prepsicótica. En cada una de estas áreas, se asignan puntuaciones de 0 a 6 según el nivel de adaptación correspondiente, estimado por la historia clínica y la entrevista.

Phillips no ha señalado una barrera bien definida en la puntuación total para separar las personalidades previas normales de los pacientes previamente inadaptados, aunque habitualmente se utiliza la puntuación 15 como línea divisoria.

Con la finalidad de asegurar una suficiente distancia entre ambos grupos, incluiremos en las personalidades premorbosas normales las puntuaciones de 0 a 13, y calificaremos de personalidades previas anormales a las puntuaciones comprendidas entre 17 y 30.

3 - Nivel socio-cultural

El habla constituye el aspecto de la conducta humana más dependiente del ambiente sociocultural ya que las condiciones socioculturales tienen un importantísimo papel en las experiencias que modulan el habla. Resulta, por lo tan-

to, imprescindible controlar esta variable.

Para ello, cada sujeto de las muestras debe ser clasificado según las siguientes clases sociales:

- 1 - Alta
- 2 - Media alta
- 3 - Media
- 4 - Media baja
- 5 - Baja

Esta decisión se adopta por estimaciones, teniendo en cuenta los tres criterios de Hollingshead y Redlich (1958): residencia, educación y ocupación.

Para la primera escala, hemos utilizado los criterios de Ruiz y colaboradores (1975) que definen el "área ecológica de residencia" bajos los siguientes aspectos:

- 1 - Situación de la vivienda
- 2 - Tipo de vivienda, bienes de consumo, relación vivienda - tamaño de la familia

El nivel de educación de los sujetos de la muestra se distribuye en:

- 1 - Estudios superiores
- 2 - Estudios medios
- 3 - Estudios secundarios
- 4 - Estudios primarios
- 5 - Sin escolaridad

Finalmente clasificamos las ocupaciones a efectos de la estratificación social en:

- 1 - Profesionales y ejecutivos
 - 2 - Técnicos de grado medio, profesiones intermedias, negocios independientes
 - 3 - Administrativos y dependientes de comercio
 - 4 - Obreros cualificados
 - 5 - Obreros no cualificados
- 4 - Valoración de la conducta verbal asociativa

Hemos utilizado para valorar la conducta verbal asociativa un método de asociación "discreta", según la clasificación de Cramer (1968) (1): "cada sujeto da una sola respuesta", usando como palabras estímulo la lista de Kent-Rosanoff (2) (1910). La prueba consta de una serie de 100 palabras que se presentan oralmente al sujeto para que responda a cada una de ellas con la primera palabra que se le ocurra. Las palabras van numeradas, conforme se consigna en el anexo I y su presentación a los sujetos se hizo de acuerdo con el orden de presentación.

(1) Cramer, P.: "Word Association". New York, Academic Press 1968. Pág. 23

(2) Esta lista es una traducción de la lista original de Kent-Rosanoff según el texto que aparece en el Manual for Word Association Test del State Psychiatric Institute de Nueva York y que recoge Andrews en su obra: "Methods in Psychology", New York, John Wiley, 1948.

En la valoración de los resultados del test hemos seguido los siguientes criterios:

- a) Índice de variabilidad: número de palabras distintas para la frecuencia total de respuestas a cada uno de los estímulos. Para establecer los análisis comparativos entre las muestras hemos utilizado el índice medio de variabilidad (media aritmética de los índices de variabilidad correspondientes a las 100 palabras estímulo).
- b) Índice de comunalidad: tanto por ciento de las respuestas "comunes". Hemos valorado como respuesta común, ante cada palabra estímulo, aquella contestación que coincide con alguna de las tres respuestas más frecuentes reseñadas en las normas españolas (1).
- c) Porcentaje de respuestas únicas: tanto por ciento de las respuestas que no aparecen en el repertorio de respuestas de las normas citadas o que solamente es contestada por un sujeto de la muestra que ha servido de base a las normas.

(1) Pinillos Díaz, J.L y cols.: "Respuestas españolas al test de asociaciones verbales de Kent y Rosanoff". Madrid, Universidad Complutense, 1976. La muestra que ha servido de base a estas normas está compuesta por 1.000 sujetos normales, de edad comprendida entre los 16 y los 25 años, y de los cuales un 60% son mujeres. Todos ellos eran, en el momento de realizar la prueba, estudiantes universitarios o del curso de Orientación Universitaria del distrito de Madrid.

- d) Porcentaje de respuestas sintagmáticas. Hemos utilizado el criterio expuesto por Saussure (1915) (1): "palabras que contraen entre sí, en virtud de su encadenamiento relaciones fundadas en el carácter lineal de la lengua".
- e) Porcentaje de respuestas paradigmáticas: "palabras que ofrecen algo de común, se asocian a la memoria, y así se forman grupos en el seno de los cuales reinan relaciones muy diversas" (Saussure) (2).
- f) Porcentaje de bloqueos: tanto por ciento de respuestas ausentes en el período de 30 segundos.
- g) Porcentaje de respuestas múltiples. Aplicamos esta valoración cuando el sujeto, a pesar de las instrucciones recibidas, responde con más de una palabra al estímulo verbal.
- h) Tiempo de reacción: media aritmética de los tiempos de reacción correspondientes a cada palabra estímulo.
- i) Porcentaje de respuestas lentas: tanto por ciento de respuestas emitidas con más de 5 segundos de tiempo de reacción.

(1) Saussure, F.: "Curso de Lingüística General". Buenos Aires, Editorial Losada, 1945. Pág. 206.

(2) Saussure, F., op. cit. Pág. 208.

5 - Valoración de las propiedades estadísticas del lenguaje.

Las copias mecanografiadas recogerán literalmente todo el relato verbal previamente grabado, dividiéndose el texto en segmentos de 100 palabras.

Todos los parámetros serán evaluados separadamente en cada fracción de 100 palabras, basándose el análisis comparativo de las muestras en la media aritmética de los valores correspondientes a cada segmento.

Para el cálculo del número de vocablos diferentes en cada grupo de 100 palabras se tendrá en cuenta:

- 1) Todas las formas verbales constituidas por los diversos morfemas flexivos de número, persona, tiempo y modo, se considerarán como repeticiones de la misma palabra.
- 2) Análoga equiparación se aplicará a los artículos, sustantivos, adjetivos y pronombres respecto al género y número.
- 3) Los sufijos aumentativos y diminutivos se contabilizarán como vocablos idénticos a los mismos de que se derivan, no así con los sufijos despectivos.
- 4) Los sustantivos, adjetivos y adverbios, derivados de la misma raíz y utilizados con el mismo significado se computarán como repeticiones de la misma palabra.

- 5) Por el contrario, los homógrafos usados bajo distinta denotación se contarán como vocablos diferentes.

En relación con el cociente adjetivo-verbo se adoptarán las siguientes normas:

- 1) Para el cálculo del número de adjetivos se contarán todos los adjetivos calificativos y determinativos, tanto atributivos como redicativos, excluyéndose los adjetivos sustantivados.
- 2) El recuento de verbos se afectará a todas las formas verbales, incluidas las formas no personales del verbo excepto el participio que según la gramática de la Real Academia Española (1973) (1) es un adjetivo verbal.
- 3) El participio de los tiempos compuesto que sirven solo como portadores de la idea verbal que se conjuga, se contará como forma verbal. En este caso, el cálculo se hará sobre la base de un verbo solamente.

Finalmente, en el tercer aspecto estadístico, el pronombre personal yo, se tendrá en cuenta todas las referencias personales del sujeto hablante.

- 1) Pronombre personal de primera persona:
 - a) Formas tónicas (yo, mi, conmigo)
 - b) Formas átonas (me)

(1) Real Academia Española: "Esbozo de una Nueva Gramática de la Lengua Española". Madrid, Espasa Calpe, 1973, pág. 483.

2) Adjetivos posesivos: mi, mio, mia, mios, mias

3) Pronombres personales de primera persona

6 - Valoración de la redundancia del lenguaje

Las 300 palabras iniciales de la conversación grabada se transcriben en copias mecanográficas en las que se suprimen todos los signos de puntuación y se deja en blanco una palabra de cada cuatro. Cuando la palabra a suprimir es un nombre propio o un numeral se omite el vocablo siguiente y se continúa sucesivamente borrando las palabras que ocupen el cuarto lugar. En todo caso, cada muestra deberá contar con 75 palabras borradas.

Las copias mecanográficas se distribuirán a un equipo constituido por cuatro personas (dos estudiantes universitarios y dos estudiantes post-graduados) para que traten colectivamente de adivinar exactamente todas las palabras omitidas.

El índice de predicibilidad del lenguaje ("cloze score") se obtendrá calculando el porcentaje del número de palabras correctamente restauradas.

155

VI RESULTADOS Y DISCUSION

Iniciamos el capítulo de "Resultados y discusión" con una presentación de las características de las muestras de población utilizadas en el presente estudio y su acomodación a los criterios metodológicos adoptados. Seguidamente procedemos a analizar los resultados obtenidos en las tres partes de la investigación sobre la conducta verbal del sujeto esquizofrénico (propiedades asociativas, propiedades estadísticas y propiedades transicionales).

Estos resultados han sido elaborados con arreglo a las siguientes comparaciones:

- 1 - esquizofrénicos vs. normales
- 2 - esquizofrénicos agudos vs. esquizofrénicos crónicos.
- 3 - esquizofrénicos con personalidad premorbose normal vs. esquizofrénicos con personalidad premorbose anormal.
- 4 - efecto de la interacción cronicidad y personalidad.

En cada variable analizada, exponemos sucesivamente las distribuciones de los valores obtenidos en los grupos de normales, esquizofrénicos agudos, esquizofrénicos crónicos, esquizofrénicos con personalidad premorbose normal y esquizofrénicos con personalidad premorbose anormal, para concluir con el correspondiente análisis de va-

rianza en el que hemos utilizado las siguientes fuentes de variación: diagnóstico, cronicidad, personalidad e interacción cronicidad-personalidad.

Finalmente, hemos tratado de hacer un análisis global de los resultados obtenidos.

A - Características y adecuación de las muestras a los criterios metodológicos.

Las tablas I a V recogen las características demográficas y clínicas de las muestras, exponiéndose en la tabla VI una comparación de las características del grupo total de esquizofrénicos (N = 48) y del grupo de control (N = 24). En ninguna de las variables demográficas: sexo, edad, nivel sociocultural y cociente intelectual verbal, se ha podido constatar diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras, por lo que podemos estimar que estas variables se encuentran suficientemente controladas.

Los grupos de esquizofrénicos agudos (tabla II) y de esquizofrénicos crónicos (tabla III) presentan un perfil muy distinto a expensas de dos parámetros: edad y tiempo de hospitalización.

La edad media del grupo de esquizofrénicos agudos es mucho menor que la correspondiente al grupo de crónicos (26.75 años vs. 49.37 años).

En cuanto a la duración del tiempo total de hospitalización, la comparación ofrece obviamente una más prolongada estancia hospitalaria en el grupo de esquizo -

frénicos crónicos (12.75 años vs. 0.26 años). Esta diferencia tan marcada en la duración de la hospitalización total, a favor del grupo de esquizofrénicos crónicos, hace que no podamos descartar en este grupo evolutivo la interacción de los efectos de la institucionalización, confundándose estas dos variables, cronicidad y duración de la hospitalización, en el presente estudio.

TABLA I
GRUPO DE NORMALES
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

SEXO	VARONES	13
	HEMRAS	11
EDAD MEDIA	38.75	DESVIACION TIPICA 12.66
	ALTO	1
	MEDIO ALTO	2
	MEDIO	4
	MEDIO BAJO	11
	BAJO	6
COCIENTE INTELECTUAL VERBAL	MEDIA	98.20
	DESVIACION TIPICA	5.65

TABLA II
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CLINICAS

	SEXO	VARONES	13
		HEMBRAS	11
EDAD MEDIA	26.75	DESVIACION TIPICA	9.76
		ALTO	1
		MEDIO ALTO	3
NIVEL SOCIOCULTURAL		MEDIO	3
		MEDIO BAJO	14
		BAJO	3
		MEDIA	100.37
COEFICIENTE INTELECTUAL VERBAL		DESVIACION TIPICA	11.61
		NORMAL	12
PERSONALIDAD PREPSICOTICA		ANORMAL	12
		MEDIA	97.70
TIEMPO TOTAL HOSPITALIZACION (DIAS)		DESVIACION TIPICA	113.33

TABLA III
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y CLINICAS

	SEXO	VARONES	14
		HEMRAS	10
EDAD MEDIA	49.37	DESVIACION TIPICA	7.99
		ALTO	-
		MEDIO ALTO	1
NIVEL SOCIOCULTURAL		MEDIO	8
		MEDIO BAJO	7
		BAJO	8
		MEDIA	95.62
COCIENTE INTELECTUAL VERBAL		DESVIACION TIPICA	8.56
		NORMAL	12
PERSONALIDAD PREPSICOTICA		ANORMAL	12
		MEDIA	12.75
TIEMPO TOTAL HOSPITALIZACION (DIAS)		DESVIACION TIPICA	7.09

TABLA IV

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD
PREPSICOTICA NORMAL

SEXO	VARONES	16
	HEMRAS	8
NIVEL SOCIOCULTURAL	ALTO	1
	MEDIO ALTO	2
	MEDIO	3
	MEDIO BAJO	12
	BAJO	6
COCIENTE INTELLECTUAL VERBAL	MEDIA	96.83
	DESVIACION TIPICA	7.87

TABLA V

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD
PREPSICOTICA ANORMAL

SEXO	VARONES	10
	HEMBRAS	14
NIVEL SOCIOCULTURAL	ALTO	--
	MEDIO ALTO	2
	MEDIO	7
	MEDIO BAJO	10
	BAJO	5
COCIENTE INTELLECTUAL VERBAL	MEDIA	99.87
	DESVIACION TIPICA	12.45

TABLA VI

COMPARACION DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS N=48		GRUPO DE NORMALES N=24		SIGNIFICACION
SEXO	VARONES 27 HEMRAS 21	SEXO	VARONES 13 HEMRAS 11	N.S.
EDAD	MEDIA 38.06 D.TIPICA 14.44	EDAD	MEDIA 38.75 D.TIPICA 12.66	N.S.
NIVEL	ALTO 1 MEDIO ALTO 4	NIVEL	ALTO 1 MEDIO ALTO 2	N.S.
SOCIO	MEDIO 11	SOCIO	MEDIO 4	
CULTURAL	MEDIO BAJO 21 BAJO 11	CULTURAL	MEDIO BAJO 11 BAJO 6	
COCIENTE	MEDIA 98.35	COCIENTE	MEDIA 98.20	N.S.
VERBAL	D.TIPICA 10.42	VERBAL	D.TIPICA 5.65	

B - Propiedades asociativas

1 Esquizofrénicos vs. normales

Los resultados obtenidos rechazan parcialmente los supuestos formulados en la hipótesis primera: "los esquizofrénicos no difieren de los sujetos normales en las siguientes propiedades asociativas del lenguaje: variabilidad, comunalidad, porcentaje de respuestas únicas, porcentaje de respuestas sintagmáticas, porcentaje de respuestas paradigmáticas, porcentaje de bloqueos, porcentaje de respuestas múltiples, tiempo de reacción y porcentaje de respuestas lentas". En 6 de los 9 parámetros estudiados no se confirmó la predicción expresada en la hipótesis.

a) Indices de variabilidad, comunalidad y de respuestas únicas.

Iniciamos el análisis de los resultados del test de asociación verbal con los tres tipos de índices comúnmente usados por los autores en trabajos de este tipo (Luria, 1974): Variabilidad, comunalidad y respuestas únicas.

El grupo total de esquizofrénicos presenta una variabilidad de respuestas asociativas mayor que el grupo normal (72.67 vs. 60.84; tablas VII a XII), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.01$).

Como ya hemos adelantado, hemos considerado como índice de comunalidad el tanto por ciento de la suma de las frecuencias de las tres respuestas más repetidas. Puso bien, el grupo total de esquizofrénicos exhibe una menor comunalidad en las respuestas del test de asociación verbal en relación al grupo de control (26.62 vs. 38.83; tablas XIII a XVIII), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.01$).

En principio, la comunalidad por sí solo no puede explicar de modo absoluto la variabilidad. "No se puede afirmar simplemente que comunalidad y variabilidad sean fenómenos inversamente correspondientes" (Fernández Trespalacios, 1976) (1). La baja comunalidad indica alta variabilidad sólo en el caso de que sea alto el índice de respuestas únicas. A este respecto, encontramos que el grupo total de esquizofrénicos presenta un porcentaje de respuestas únicas muy superior al del grupo normal (41.64 vs. 19.41; Tablas XIX a XXIV), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.01$).

Con esto el hecho constatado y significativo es que la mayor variabilidad de la conducta verbal asociativa

(1) J.L. Fernández Trespalacios: "Estudio comparativo de la conducta verbal asociativa de norteamericanos y españoles". Revista de Psicología General y Aplicada, 31, 139, 1976. Pág. 191.

de los esquizofrénicos, se explica en virtud no sólo de la menor comunalidad sino también de la mayor individualidad de las respuestas.

Esta mayor heterogeneidad de respuestas en el grupo esquizofrénico, asociado a menor número de respuestas "primarias" y a un incremento de las respuestas ideosincrásicas, corresponde plenamente con los resultados de la mayor parte de las investigaciones en áreas socio-lingüísticas anglosajonas.

Los hallazgos, por otra parte, apoyan los aspectos descriptivos de las diversas teorías sobre el lenguaje esquizofrénico: la "relación" de las asociaciones de Bleuler (1960), la "relajación" ideativa de Fish (1976) y la intrusión asociativa de Broen y Storms (1966).

b) Porcentaje de respuestas sintagmáticas y paradigmáticas.

Los resultados obtenidos no arrojan diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de respuestas sintagmáticas (tablas XXV a XXX) y paradigmáticas (tablas XXXI a XXXVI), de la muestra total de esquizofrénicos y del grupo de control.

Nuestra evidencia descarta la posibilidad de in-

interpretar el pensamiento y el lenguaje esquizofrénico sobre la base de una regresión hacia pautas lingüísticas más primitivas (predominio de respuestas sintagmáticas).

c) Porcentaje de bloqueos

Aunque el porcentaje de bloqueos es más del doble en el grupo total de esquizofrénicos en relación al grupo normal (1.08 vs. 0.42; tablas XXXVII a XLII) sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa.

d) Porcentaje de respuestas múltiples

La inclusión de nuestra sistemática de estudio del índice de respuestas múltiples, que apenas se menciona en la bibliografía sobre la conducta verbal asociativa del paciente esquizofrénico, nos ha proporcionado uno de los indicadores más sensitivos para discriminar el grupo total de esquizofrénicos del grupo normal. Así, los esquizofrénicos han presentado un porcentaje de respuestas múltiples muy elevado (15.21 vs. 0.87; tablas XLIII a XLVIII), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.01$).

e) Tiempo de reacción y porcentaje de respuestas lentas.

Finalmente, tanto el tiempo de reacción como el porcentaje de respuestas lentas, permiten discriminar el

grupo total de esquizofrénicos del grupo de control.

El tiempo medio de respuesta, expresado en segundos, es más prolongado en el grupo esquizofrénico que en el grupo normal (3.89 vs. 2.86; tablas XLIX a LIV), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.01$). Análogamente, el porcentaje de respuestas lentas es más elevado en el grupo esquizofrénico que en el grupo de control (18.42 vs. 7.79; tablas LV a LX), siendo también la diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.01$).

Estos hallazgos pueden estar condicionados por dos circunstancias. En primer lugar, la menor proporción de respuestas comunes en el sujeto esquizofrénico justificaría la prolongación del tiempo de latencia ya que desde antiguo se conoce como ley de Marbe (Woodworth, 1938) esta relación entre la frecuencia de asociación verbal y la velocidad de respuesta, relación comprobada posteriormente por Laffal (1955) que encontró que las respuestas con una larga latencia ocurrían preferentemente en las respuestas poco comunes emitidas por el grupo. Por otra parte, no puede descartarse la posible acción retardadora de la actividad psicomotora ocasionada por la medicación neuroléptica en el grupo esquizofrénico.

2 Esquizofrénicos agudos vs. esquizofrénicos crónicos

Desde el punto de vista de la conducta verbal asociativa, los resultados obtenidos confirman parcialmente los supuestos formulados en la hipótesis 4ª: "los esquizofrénicos agudos no difieren de los esquizofrénicos crónicos en ninguna de las variables anteriormente citadas".

De las nueve variables estudiadas, solamente dos, el porcentaje de respuestas únicas y el porcentaje de respuestas múltiples, arrojan resultados contrarios a la dirección prevista en la hipótesis.

El grupo de esquizofrénicos crónicos presenta un porcentaje de respuestas únicas más alto que el grupo de esquizofrénicos agudos (46.83 vs. 36.45; tablas XXI y XX), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$). De los tres parámetros básicos que caracterizan la conducta verbal asociativa (variabilidad, comunalidad y porcentaje de respuestas únicas) solamente este último muestra una relación significativa con la variable cronicidad.

El porcentaje de respuestas múltiples constituye también un indicador altamente sensitivo no solo para discriminar el grupo experimental del grupo de control sino para diferenciar los dos grupos evolutivos de la muestra esquizofrénica: agudos y crónicos. En el grupo de crónicos,

la cuantía del porcentaje de respuestas múltiples ha sido muy superior al correspondiente en el grupo de agudos (22.08 vs. 8.33; tablas XLV y XLIV), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.01$).

3) Esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal vs. esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal.

Desde el punto de vista de la conducta verbal asociativa, los resultados obtenidos confirman plenamente los supuestos formulados en la hipótesis quinta: "los esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal no difieren de los esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal en ninguna de las variables anteriormente citadas".

Las diferencias en los valores obtenidos entre el grupo de esquizofrénicos con personalidad premorbose normal y el grupo de esquizofrénicos con personalidad premorbose anormal, no son estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas:

- variabilidad
- comunalidad
- porcentaje de respuestas únicas
- porcentaje de respuestas sintagmáticas
- porcentaje de respuestas paradigmáticas
- porcentaje de bloqueos
- porcentaje de respuestas múltiples
- tiempo de reacción
- porcentaje de respuestas lentas

La evidencia obtenida, no concede ningún apoyo a las opiniones mantenidas por algunos autores sobre el papel relevante de la personalidad premorbosea en el determinismo de la desviación de la conducta asociativa verbal del paciente esquizofrénico.

4 Efecto de interacción

En ninguna de las variables de la conducta verbal asociativa del paciente esquizofrénico que hemos estudiado (variabilidad, comunalidad, respuestas únicas, respuestas sintagmáticas, respuestas paradigmáticas, bloqueos, respuestas múltiples, tiempo de reacción y respuestas lentas) se ha podido detectar un efecto de interacción estadísticamente significativo. En el análisis de varianza correspondiente a cada una de las variables señaladas, la fuente de variación B X C (cronicidad X personalidad) no ha permitido evidenciar una interacción estadísticamente significativa.

GRUPO DE NORMALES
INDICE DE VARIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS

PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD
1	25	21	72.5	41	45.83	61	91.6	81	58.3
2	33.3	22	75	42	79.16	62	45.83	82	58.33
3	66.6	23	37.5	43	58.33	63	62.5	83	75
4	83.3	24	41.6	44	62.5	64	75	84	70.83
5	33.3	25	54.16	45	91.6	65	76.6	85	50
6	47.82	26	91.6	46	79.16	66	54.16	86	75
7	45.8	27	45.83	47	50	67	66.6	87	79.16
8	82.6	28	37.5	48	33.3	68	75	88	87.5
9	69.16	29	37.5	49	54.16	69	37.5	89	58.3
10	79.16	30	79.16	50	79.16	70	83.3	90	45.83
11	33.3	31	82.6	51	62.5	71	41.6	91	54.16
12	41.6	32	62.5	52	37.5	72	41.6	92	50
13	83.3	33	49.83	53	54.16	73	75	93	95.83
14	52.17	34	58.3	54	54.16	74	33.3	94	54.16
15	87.87	35	49.83	55	62.5	75	62.5	95	79.16
16	70.83	36	58.33	56	79.16	76	56	96	79.16
17	66.6	37	41.6	57	62.5	77	75	97	79.16
18	83.3	38	45.83	58	79.16	78	41.6	98	54.16
19	70.83	39	91.66	59	62.5	79	66.6	99	76.6

$\bar{X} =$
60.849

$\sigma =$
17.324

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
INDICE DE VARIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS

PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD
1	50	21	62.5	41	54.1	61	91.6	81	75
2	50	22	91.6	42	100	62	58.3	82	62.5
3	95.8	23	37.5	43	54.1	63	66.6	83	69.5
4	78.3	24	50	44	75	64	70.8	84	91.6
5	41.7	25	69.5	45	100	65	58.3	85	66.6
6	82.6	26	100	46	87.5	66	66.6	86	58.3
7	47.8	27	45.8	47	73.9	67	81.8	87	70.8
8	95.8	28	43.5	48	50	68	93.3	88	86.3
9	79.2	29	81.8	49	75	69	54.1	89	83.3
10	81.8	30	87.5	50	87.5	70	93.3	90	86.9
11	45.8	31	82.6	51	70.8	71	58.3	91	65.2
12	68.2	32	87.5	52	45.9	72	45.4	92	79.1
13	87.5	33	70.8	53	75	73	75	93	82.6
14	70.8	34	79.1	54	58.3	74	62.5	94	62.5
15	37.5	35	83.3	55	54.1	75	58.3	95	75
16	60.8	36	62.5	56	78.2	76	47.8	96	87.5
17	75	37	50	57	62.5	77	78.2	97	79.1
18	87.5	38	69.5	58	83.3	78	62.5	98	70.8
19	91.6	39	91.6	59	75	79	62.5	99	75
20	47.8	40	66.6	60	66.6	80	62.5	100	81.8

$\bar{X} =$
70.74

$\sigma =$
15.70

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
INDICE DE VARIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS

PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD
1	50	21	54.16	41	58.3	61	83.3	81	75
2	45.88	22	79.16	42	100	62	87.5	82	58.33
3	95.65	23	50	43	66.6	63	66.66	83	66.66
4	73.91	24	54.16	44	83.3	64	66.6	84	95.83
5	43.47	25	66.6	45	91.6	65	69.56	85	37.5
6	81.81	26	95.83	46	83.3	66	66.6	86	82.60
7	54.16	27	66.6	47	45.83	67	82.6	87	95.83
8	86.95	28	54.16	48	54.16	68	79.16	88	87.5
9	83.3	29	87.5	49	79.16	69	50	89	87.5
10	79.16	30	62.5	50	91.6	70	83.3	90	70.83
11	45.83	31	95.65	51	91.6	71	66.6	91	70.83
12	62.5	32	87.5	52	54.16	72	75	92	91.3
13	87.5	33	62.5	53	83.3	73	90.90	93	86.95
14	60.86	34	87.5	54	66.6	74	56.52	94	66.6
15	50	35	66.6	55	83.3	75	79.16	95	83.3
16	79.16	36	75	56	91.6	76	60.86	96	95.65
17	83.3	37	79.16	57	66.6	77	91.6	97	75
18	86.95	38	86.95	58	91.6	78	70.83	98	87.5
19	87.5	39	91.6	59	75	79	52.17	99	87.5

$\bar{X} =$
74.38
 $\sigma =$
15.07

INDICE DE VARIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS

PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD
1	66.6	21	66.6	41	66.6	61	95.83	81	91.66
2	54.16	22	87.5	42	95.83	62	75	82	75
3	95.65	23	50	43	70.83	63	66.6	83	79.16
4	86.95	24	58.33	44	83.3	64	83.33	84	91.60
5	45.83	25	69.56	45	83.3	65	65.2	85	54.16
6	73.91	26	100	46	87.5	66	75	86	75
7	52.17	27	50	47	56.52	67	78.26	87	75
8	86.95	28	58.33	48	50	68	79.16	88	91.3
9	83.33	29	82.60	49	79.16	69	43.47	89	79.16
10	72.72	30	75	50	91.6	70	95.83	90	70.83
11	58.3	31	100	51	91.6	71	79.16	91	69.56
12	73.9	32	87.5	52	50	72	73.91	92	86.95
13	95.83	33	66.6	53	75	73	86.36	93	78.23
14	60.86	34	83.33	54	66.6	74	70.83	94	79.16
15	58.3	35	75	55	79.16	75	70.83	95	87.5
16	73.9	36	66.6	56	91.3	76	56.52	96	95.83
17	79.16	37	62.5	57	66.6	77	95.83	97	66.6
18	86.95	38	79.56	58	87.5	78	75	98	70.83
19	83.33	39	100	59	83.33	79	66.66	99	83.3
20	65.2	40	87.5	60	66.6	80	79.16	100	91.3

$\bar{X} =$
75.77

$r =$
13.56

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
INDICE DE VARIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS

PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD	PALABRA ESTIMULO	VARIABILIDAD
1	33.3	21	54.16	41	50	61	91.66	81	70.83
2	91.6	22	75	42	100	62	79.16	82	58.33
3	91.6	23	37.5	43	45.83	63	66.6	83	56.52
4	73.9	24	45.83	44	75	64	62.5	84	87.5
5	34.7	25	58.33	45	95.65	65	59.16	85	45.83
6	90.9	26	91.6	46	83.3	66	58.33	86	56.52
7	50	27	62.5	47	66.6	67	81.81	87	79.16
8	95.83	28	39.13	48	54.16	68	87.5	88	82.6
9	87.5	29	69.56	49	75	69	56.62	89	83.3
10	91.6	30	66.6	50	83.3	70	79.16	90	82.6
11	33.3	31	82.6	51	83.3	71	58.33	91	70.83
12	60.86	32	87.5	52	50	72	56.52	92	83.3
13	87.5	33	70.83	53	75	73	83.33	93	91.30
14	66.6	34	87.5	54	62.5	74	56.52	94	59.16
15	29.16	35	58.33	55	75	75	58.33	95	75
16	70.83	36	66.6	56	87.5	76	47.82	96	78.26
17	87.5	37	66.6	57	58.33	77	78.26	97	69.16
18	75	38	91.30	58	83.3	78	70.83	98	75

$\bar{x} =$
69.808

$\sigma =$
16.607

TABLA XII
ANALISIS DE VARIANZA
VARIABILIDAD

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	2.203'36	1	2.203'36	** 8'02
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	50'43	1	50'43	0'18
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	90'75	1	90'75	0'33
B x C	2'43	1	2'43	0'01
ERROR	18.399'90	67		
TOTAL	20.746'88			

** P < 0'01

TABLA XIII

GRUPO DE SUJETOS NORMALES
INDICE DE COMUNALIDAD

CASO No	RESPUESTAS COMUNES	CASO No	RESPUESTAS COMUNES	CASO No	RESPUESTAS COMUNES
49	33	59	35	69	39
50	36	60	41	70	35
51	39	61	65	71	43
52	9	62	44	72	37
53	19	63	30	$\bar{X} = 38.83$ $\sigma = 12.53$	
54	38	64	22		
55	42	65	45		
56	49	66	48		
57	55	67	25		
58	43	68	60		

TABLA XIV

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
INDICE DE COMUNALIDAD

CASO No	RESPUESTAS COMUNES	CASO No	RESPUESTAS COMUNES	CASO No	RESPUESTAS COMUNES
1	45	11	21	21	26
2	40	12	41	22	35
3	39	13	33	23	22
4	29	14	21	24	32
5	62	15	48	$\bar{X} = 29.83$ $\sigma = 14.33$	
6	20	16	16		
7	35	17	27		
8	40	18	26		
9	44	19	3		
10	5	20	6		

TABLA XV
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
INDICE DE COMUNALIDAD

CASO №	RESPUESTAS COMUNES	CASO №	RESPUESTAS COMUNES	CASO №	RESPUESTAS COMUNES
25	38	35	2	45	32
26	12	36	27	46	6
27	36	37	11	47	16
28	34	38	6	48	16
29	33	39	32	$\bar{X} = 23.41$ $\sigma = 12.75$	
30	21	40	35		
31	31	41	14		
32	43	42	49		
33	17	43	19		
34	11	44	21		

TABLA XVI

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
INDICE DE COMUNALIDAD

CASO No	RESPUESTAS COMUNES	CASO No	RESPUESTAS COMUNES	CASO No	RESPUESTAS COMUNES
13	33	23	22	45	32
14	21	24	32	46	6
15	48	26	12	47	16
16	16	27	36	48	16
17	27	31	31	$\bar{X} = 24,54$ $\sigma = 11,79$	
18	26	32	43		
19	3	39	32		
20	6	40	35		
21	26	41	14		
22	35	44	21		

TABLA XVII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
INDICE DE COMUNALIDAD

CASO No	RESPUESTAS COMUNES	CASO No	RESPUESTAS COMUNES	CASO No	RESPUESTAS COMUNES
1	45	11	21	37	11
2	40	12	41	38	6
3	39	25	38	42	49
4	29	28	34	43	19
5	62	29	33	$\bar{X} = 28.70$	
6	20	30	21	$\sigma = 15.53$	
7	35	33	17		
8	40	34	11		
9	44	35	2		
10	5	36	27		

TABLA XVIII
ANALISIS DE VARIANZA
COMUNALIDAD

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	2,384'37	1	2,384'37	** 13'04
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	493'83	1	493'83	2'70
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	208'17	1	208'17	1'14
B x C	481'59	1	481'59	2'63
ERROR	12,247'54	67	182'80	
TOTAL	15,815'49			

** P < 0'01

TABLA XIX
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
PORCENTAJE DE RESPUESTAS UNICAS

CASO №	RESPUESTAS UNICAS	CASO №	RESPUESTAS UNICAS	CASO №	RESPUESTAS UNICAS
49	19	59	16	69	12
50	23	60	21	70	18
51	25	61	8	71	21
52	34	62	19	72	13
53	35	63	26	$\bar{X} = 19.41$	
54	19	64	44	$\sigma = 9.17$	
55	11	65	8		
56	16	66	18		
57	9	67	27		
58	17	68	7		

TABLA XX
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
PORCENTAJE DE RESPUESTAS UNICAS

CASO No	RESPUESTAS UNICAS	CASO No	RESPUESTAS UNICAS	CASO No	RESPUESTAS UNICAS
1	21	11	33	21	39
2	13	12	15	22	29
3	20	13	29	23	48
4	37	14	47	24	34
5	9	15	13	$\bar{X} = 36,45$ $\sigma = 20,39$	
6	57	16	58		
7	29	17	32		
8	27	18	41		
9	16	19	71		
10	87	20	70		

TABLA XXI
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
PORCENTAJE DE RESPUESTAS UNICAS

CASO Nº	RESPUESTAS UNICAS	CASO Nº	RESPUESTAS UNICAS	CASO Nº	RESPUESTAS UNICAS
25	19	35	86	45	40
26	62	36	47	46	66
27	24	37	70	47	65
28	31	38	69	48	68
29	34	39	37	$\bar{X} = 46.83$ $\sigma = 19.37$	
30	42	40	27		
31	24	41	47		
32	28	42	15		
33	48	43	49		
34	65	44	61		

TABLA XXII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
 PORCENTAJE DE RESPUESTAS UNICAS

CASO No	RESPUESTAS UNICAS	CASO No	RESPUESTAS UNICAS	CASO No	RESPUESTAS UNICAS
13	29	23	48	45	40
14	47	24	34	46	66
15	13	26	62	47	65
16	58	27	24	48	68
17	32	31	24	$\bar{X} = 44.16$ $\sigma = 17.25$	
18	41	32	28		
19	71	39	37		
20	70	40	27		
21	39	41	47		
22	29	44	61		

TABLA XXIII
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
PORCENTAJE DE RESPUESTAS UNICAS

CASO No	RESPUESTAS UNICAS	CASO No	RESPUESTAS UNICAS	CASO No	RESPUESTAS UNICAS
1	21	11	33	37	70
2	13	12	15	38	69
3	20	25	19	42	15
4	37	28	31	43	49
5	9	29	34	$\bar{X} = 39.12$ $\sigma = 23.16$	
6	57	30	42		
7	29	33	48		
8	27	34	65		
9	16	35	86		
10	87	36	47		

TABLA XXIV

ANALISIS DE VARIANZA
RESPUESTAS UNICAS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	7.908'54	1	7.908'54	** 25'40
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	1.291'69	1	1.291'69	* 4'15
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	305'42	1	305'42	0'98
B x C	622'94	1	622'94	2'00
ERROR	20.860	67	311'34	
TOTAL	30.988'60			

* P < 0'05

** P < 0'01

TABLA XXV

GRUPO DE SUJETOS NORMALES
PORCENTAJE DE RESPUESTAS SINTAGMATICAS

CASO №	RESPUESTAS SINTAGMATICAS	CASO №	RESPUESTAS SINTAGMATICAS	CASO №	RESPUESTAS SINTAGMATICAS
49	23	59	47	69	26
50	38	60	13	70	23
51	27	61	25	71	19
52	76	62	17	72	25
53	58	63	31	$\bar{X} = 32.12$ $\sigma = 14.39$	
54	45	64	44		
55	44	65	26		
56	20	66	20		
57	33	67	33		
58	32	68	26		

TABLA XXVI
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
PORCENTAJE DE RESPUESTAS SINTAGMATICAS

CASO No	RESPUESTAS SINTAGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS SINTAGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS SINTAGMATICAS
1	10	11	48	21	32
2	12	12	36	22	22
3	9	13	17	23	42
4	19	14	23	24	13
5	9	15	26	$\bar{X} = 26.29$ $\sigma = 15.27$	
6	27	16	29		
7	19	17	13		
8	47	18	27		
9	10	19	67		
10	49	20	25		

TABLA XXVII
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
PORCENTAJE DE RESPUESTAS SINTAGMATICAS

CASO №	RESPUESTAS SINTAGMATICAS	CASO №	RESPUESTAS SINTAGMATICAS	CASO №	RESPUESTAS SINTAGMATICAS
25	5	35	35	45	36
26	26	36	20	46	42
27	15	37	39	47	25
28	6	38	69	48	57
29	19	39	15	$\bar{X} = 25.62$ $\sigma = 17.00$	
30	13	40	4		
31	12	41	43		
32	11	42	7		
33	27	43	16		
34	40	44	33		

TABLA XXVIII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
 PORCENTAJE DE RESPUESTAS SINTAGMATICAS

CASO No	RESPUESTAS SINTAGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS SINTAGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS SINTAGMATICAS
13	17	23	42	45	36
14	23	24	13	46	42
15	26	26	26	47	25
16	29	27	15	48	57
17	13	31	12	$\bar{X} = 27.29$ $\sigma = 15.02$	
18	27	32	11		
19	67	39	15		
20	25	40	4		
21	32	41	43		
22	22	44	33		

TABLA XXIX
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
PORCENTAJE DE RESPUESTAS SINTAGMATICAS

CASO No	RESPUESTAS SINTAGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS SINTAGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS SINTAGMATICAS
1	10	11	48	37	39
2	12	12	36	38	69
3	9	25	5	42	7
4	59	28	6	43	16
5	9	29	19	$\bar{X} = 24.62$ $\sigma = 17.12$	
6	27	30	13		
7	19	33	27		
8	47	34	40		
9	10	35	35		
10	49	36	20		

TABLA XXX
 ANALISIS DE VARIANZA
 RESPUESTAS SINTAGMATICAS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	628'50	1	628'50	2'31
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	9'19	1	9'19	0'03
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	99'19	1	99'19	0'36
B x C	3'56	1	3'56	0'01
ERROR	18.216'64	67	271'89	
TOTAL	18.957'09			

TABLA XXXI
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
PORCENTAJE DE RESPUESTAS PARADIGMATICAS

CASO №	RESPUESTAS PARADIGMATICAS	CASO №	RESPUESTAS PARADIGMATICAS	CASO №	RESPUESTAS PARADIGMATICAS
49	73	59	39	69	73
50	56	60	85	70	76
51	72	61	69	71	73
52	19	62	76	72	71
53	36	63	59	$\bar{X} = 62.66$ $\sigma = 15.64$	
54	51	64	46		
55	56	65	72		
56	79	66	74		
57	63	67	59		
58	58	68	69		

TABLA XXXII
 GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
 PORCENTAJE DE RESPUESTAS PARADIGMATICAS

CASO No	RESPUESTAS PARADIGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS PARADIGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS PARADIGMATICAS
1	83	11	48	21	42
2	76	12	57	22	65
3	48	13	71	23	42
4	59	14	44	24	74
5	84	15	71	$\bar{X} = 57.83$ $\sigma = 19.88$	
6	47	16	45		
7	66	17	70		
8	46	18	67		
9	81	19	14		
10	19	20	33		

TABLA XXXIII
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
PORCENTAJE DE RESPUESTAS PARADIGMATICAS

CASO №	RESPUESTAS PARADIGMATICAS	CASO №	RESPUESTAS PARADIGMATICAS	CASO №	RESPUESTAS PARADIGMATICAS
25	94	35	23	45	60
26	58	36	72	46	29
27	80	37	40	47	53
28	83	38	18	48	22
29	71	39	69	$\bar{X} = 60.42$ $\sigma = 22.92$	
30	81	40	84		
31	83	41	47		
32	84	42	86		
33	56	43	70		
34	39	44	48		

TABLA XXXIV

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
 PORCENTAJE DE RESPUESTAS PARADIGMATICAS

CASO No	RESPUESTAS PARADIGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS PARADIGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS PARADIGMATICAS
13	71	23	42	45	60
14	44	24	74	46	29
15	71	26	58	47	53
16	45	27	80	48	22
17	70	31	83	$\bar{X} = 56.45$ $\sigma = 20.02$	
18	67	32	84		
19	14	39	69		
20	33	40	84		
21	42	41	47		
22	65	44	48		

TABLA XXXV

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
 PORCENTAJE DE RESPUESTAS PARADIGMATICAS

CASO No	RESPUESTAS PARADIGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS PARADIGMATICAS	CASO No	RESPUESTAS PARADIGMATICAS
1	83	11	48	37	40
2	76	12	57	38	18
3	84	25	94	42	86
4	59	28	83	43	70
5	84	29	71	$\bar{X} = 61.79$ $\sigma = 22.55$	
6	47	30	81		
7	66	33	56		
8	46	34	39		
9	81	35	23		
10	19	36	72		

TABLA XXXVI

ANALISIS DE VARIANZA
RESPUESTAS PARADIGMATICAS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	200'05	1	200'05	0'47
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	80'00	1	80'00	0'19
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	341'16	1	341'16	0'81
B x C	192'19	1	192'19	0'45
ERROR	28.380'86	67	423'59	
TOTAL	29.194'27			

TABLA XXXVII

GRUPO DE SUJETOS NORMALES
PORCENTAJE DE BLOQUEOS

CASO №	BLOQUEOS	CASO №	BLOQUEOS	CASO №	BLOQUEOS
49	0	59	1	69	0
50	0	60	0	70	1
51	0	61	0	71	0
52	1	62	0	72	0
53	1	63	1	$\bar{X} = 0.42$ $\sigma = 0.65$	
54	0	64	2		
55	0	65	0		
56	0	66	2		
57	0	67	0		
58	0	68	1		

TABLA XXXVIII

GRUPO DE ESQUIZIFRENICOS AGUDOS
PORCENTAJE DE BLOQUEOS

CASO №	BLOQUEOS	CASO №	BLOQUEOS	CASO №	BLOQUEOS
1	0	11	0	21	2
2	6	12	0	22	0
3	0	13	0	23	3
4	0	14	4	24	0
5	0	15	0	$\bar{X} = 1.33$ $\sigma = 1.92$	
6	0	16	0		
7	3	17	2		
8	4	18	0		
9	0	19	0		
10	3	20	5		

TABLA XXXIX
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
PORCENTAJE DE BLOQUEOS

CASO №	BLOQUEOS	CASO №	BLOQUEOS	CASO №	BLOQUEOS
25	0	35	1	45	0
26	0	36	0	46	3
27	0	37	0	47	1
28	1	38	1	48	2
29	0	39	0	$\bar{X} = 0.93$ $\sigma = 1.09$	
30	0	40	0		
31	2	41	2		
32	0	42	1		
33	1	43	0		
34	4	44	1		

TABLA XL

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
PORCENTAJE DE BLOQUEOS

CASO No	BLOQUEOS	CASO No	BLOQUEOS	CASO No	BLOQUEOS
13	0	23	3	45	0
14	4	24	0	46	3
15	0	26	0	47	1
16	0	27	0	48	2
17	2	31	2	$\bar{X} = 1.12$ $\sigma = 1.48$	
18	0	32	0		
19	0	39	0		
20	5	40	0		
21	2	41	2		
22	0	44	1		

TABLA XLI

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
PORCENTAJE DE BLOQUEOS

CASO №	BLOQUEOS	CASO №	BLOQUEOS	CASO №	BLOQUEOS
1	0	11	0	37	0
2	6	12	0	38	1
3	0	25	0	42	1
4	0	28	1	43	0
5	0	29	0	$\bar{X} = 1.04$ $\sigma = 1.68$	
6	0	30	0		
7	3	33	1		
8	4	34	4		
9	0	35	1		
10	3	36	0		

TABLA XLII
ANALISIS DE VARIANZA
BLOQUEOS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	7'43	1	7'43	3'76
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	2'96	1	2'96	1'50
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	0'08	1	0'08	0'04
B x C	0'08	1	0'08	0'04
ERROR	132'34	67	1'97	
TOTAL	142'90			

TABLA XLIII
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
PORCENTAJE DE RESPUESTAS MÚLTIPLES

CASO №	RESPUESTAS MÚLTIPLES	CASO №	RESPUESTAS MÚLTIPLES	CASO №	RESPUESTAS MÚLTIPLES
49	1	59	1	69	1
50	2	60	0	70	1
51	1	61	0	71	0
52	0	62	0	72	3
53	1	63	8	$\bar{X} = 0.87$ $\sigma = 1.70$	
54	1	64	0		
55	0	65	0		
56	1	66	0		
57	0	67	0		
58	0	68	0		

TABLA XLIV

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
PORCENTAJE DE RESPUESTAS MULTIPLES

CASO Nº	RESPUESTAS MULTIPLES	CASO Nº	RESPUESTAS MULTIPLES	CASO Nº	RESPUESTAS MULTIPLES
1	3	11	0	21	3
2	0	12	0	22	14
3	3	13	0	23	40
4	6	14	0	24	2
5	3	15	0	$\bar{X} = 8.33$ $\sigma = 12.24$	
6	9	16	0		
7	15	17	15		
8	5	18	15		
9	0	19	23		
10	44	20	0		

TABLA XLV
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
PORCENTAJE DE RESPUESTAS MULTIPLES

CASO №	RESPUESTAS MULTIPLES	CASO №	RESPUESTAS MULTIPLES	CASO №	RESPUESTAS MULTIPLES
25	0	35	78	45	1
26	30	36	11	46	50
27	3	37	57	47	50
28	0	38	28	48	40
29	0	39	27	$\bar{X} = 22.08$ $\sigma = 22.01$	
30	21	40	0		
31	7	41	21		
32	9	42	1		
33	0	43	19		
34	34	44	43		

TABLA XLVI

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
 PORCENTAJE DE RESPUESTAS MULTIPLES

CASO No	RESPUESTAS MULTIPLES	CASO No	RESPUESTAS MULTIPLES	CASO No	RESPUESTAS MULTIPLES
13	0	23	40	45	1
14	0	24	2	46	50
15	0	26	36	47	50
16	0	27	3	48	40
17	15	31	7	$\bar{X} = 16.62$ $\sigma = 17.70$	
18	15	32	9		
19	23	39	27		
20	0	40	0		
21	3	41	21		
22	14	44	43		

TABLA XLVII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
 PORCENTAJE DE RESPUESTAS MULTIPLES

CASO Nº	RESPUESTAS MULTIPLES	CASO Nº	RESPUESTAS MULTIPLES	CASO Nº	RESPUESTAS MULTIPLES
1	3	11	0	37	57
2	0	12	0	38	28
3	3	25	0	42	1
4	6	28	0	43	19
5	3	29	0	$\bar{X} = 14.04$ $\sigma = 20.63$	
6	9	30	21		
7	15	33	0		
8	5	34	34		
9	0	35	78		
10	44	36	11		

TABLA XLVIII
ANALISIS DE VARIANZA
RESPUESTAS MULTIPLES

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	3.345'46	1	3.345'46	** 13'96
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	2.352'00	1	2.352'00	* 9'82
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	79'87	1	79'87	0'33
B x C	4'03	1	4'03	0'01
ERROR	16.047'28	67	239'51	
TOTAL	21.828'66			

** P < 0'01

TABLA XLIX
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
TIEMPO DE REACCION

CASO No	TIEMPO DE REACCION	CASO No	TIEMPO DE REACCION	CASO No	TIEMPO DE REACCION
49	2.56	59	3.05	69	3.26
50	2.62	60	2.39	70	2.84
51	4.43	61	1.95	71	3.16
52	3.58	62	2.52	72	2.81
53	2.40	63	4.20	$\bar{X} = 2.86$ $\sigma = 0.83$	
54	2.06	64	4.58		
55	2.76	65	2.58		
56	2.91	66	2.95		
57	1.58	67	3.98		
58	1.92	68	1.54		

TABLA L
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
TIEMPO DE REACCION

CASO No	TIEMPO DE REACCION	CASO No	TIEMPO DE REACCION	CASO No	TIEMPO DE REACCION
1	3.53	11	2.11	21	1.88
2	4.75	12	1.74	22	2.32
3	3.46	13	4.66	23	5.10
4	5.17	14	4.84	24	3.70
5	2.44	15	2.77	$\bar{X} = 3.73$ $\sigma = 1.37$	
6	1.64	16	3.26		
7	6.82	17	4.72		
8	4.14	18	4.06		
9	3.30	19	3.76		
10	-	20	5.80		

TABLA LI
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
TIEMPO DE REACCION

CASO №	TIEMPO DE REACCION	CASO №	TIEMPO DE REACCION	CASO №	TIEMPO DE REACCION
25	3.26	35	4.20	45	2.22
26	5.74	36	4.31	46	3.40
27	3.36	37	2.85	47	4.82
28	3.07	38	4.24	48	3.72
29	4.09	39	3.24	$\bar{X} = 4.00$ $\sigma = 1.44$	
30	5.62	40	2.18		
31	3.82	41	4.14		
32	2.91	42	3.40		
33	8.75	43	5.00		
34	5.52	44	3.24		

TABLA LII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
 TIEMPO DE REACCION

CASO No	TIEMPO DE REACCION	CASO No	TIEMPO DE REACCION	CASO No	TIEMPO DE REACCION
13	4.66	23	5.10	45	2.22
14	4.84	24	3.70	46	3.40
15	2.77	26	5.74	47	4.82
16	3.26	27	3.36	48	3.72
17	4.72	31	3.82	$\bar{X} = 3.73$ $\sigma = 1.09$	
18	4.06	32	2.91		
19	3.76	39	3.24		
20	5.80	40	2.18		
21	1.88	41	4.14		
22	2.32	44	3.24		

TABLA LIII
 GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTINA ANORMAL
 TIEMPO DE REACCION

CASO No	TIEMPO DE REACCION	CASO No	TIEMPO DE REACCION	CASO No	TIEMPO DE REACCION
1	3.53	11	2.11	37	2.85
2	4.75	12	1.74	38	4.24
3	3.46	25	3.26	42	3.40
4	5.17	28	3.07	43	5.00
5	2.44	29	4.09	$\bar{X} = 4.06$ $\sigma = 1.64$	
6	1.64	30	5.62		
7	6.82	33	8.75		
8	4.14	34	5.52		
9	3.30	35	4.20		
10	-	36	4.31		

TABLA LIV
ANALISIS DE VARIANZA
TIEMPO DE REACCION

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	16'72	1	16'72	** 10'47
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	1'19	1	1'19	0'74
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	1'11	1	1'11	0'69
B x C	5'14	1	5'14	3'22
ERROR	107'00	67	1'59	
TOTAL	131'18			

** P < 0'01

TABLA LV
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
PORCENTAJE DE RESPUESTAS LENTAS

CASO No	RESPUESTAS LENTAS	CASO No	RESPUESTAS LENTAS	CASO No	RESPUESTAS LENTAS
49	7	59	9	69	11
50	6	60	3	70	3
51	21	61	2	71	9
52	14	62	5	72	5
53	2	63	16	$\bar{X} = 7.79$ $\sigma = 6.10$	
54	4	64	24		
55	6	65	7		
56	7	66	8		
57	0	67	13		
58	4	68	1		

TABLA LVI
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
PORCENTAJE DE RESPUESTAS LENTAS

CASO №	RESPUESTAS LENTAS	CASO №	RESPUESTAS LENTAS	CASO №	RESPUESTAS LENTAS
1	7	11	5	21	0
2	21	12	1	22	7
3	15	13	26	23	31
4	26	14	11	24	17
5	4	15	4	$\bar{X} = 15.73$ $\sigma = 12.88$	
6	0	16	6		
7	50	17	26		
8	22	18	23		
9	8	19	17		
10	-	20	35		

TABLA LVII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
 PORCENTAJE DE RESPUESTAS LENTAS

CASO №	RESPUESTAS LENTAS	CASO №	RESPUESTAS LENTAS	CASO №	RESPUESTAS LENTAS
25	14	35	15	45	4
26	51	36	23	46	12
27	16	37	3	47	32
28	10	38	23	48	15
29	18	39	8	$\bar{X} = 21$ $\sigma = 16.02$	
30	42	40	3		
31	21	41	20		
32	12	42	16		
33	64	43	38		
34	41	44	3		

TABLA LVIII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
 PORCENTAJE DE RESPUESTAS LENTAS

CASO No	RESPUESTAS LENTAS	CASO No	RESPUESTAS LENTAS	CASO No	RESPUESTAS LENTAS
13	26	23	31	45	4
14	11	24	17	46	12
15	4	26	51	47	32
16	6	27	16	48	15
17	26	31	21	$\bar{X} = 16.66$ $\sigma = 12.39$	
18	23	32	12		
19	17	39	8		
20	35	40	3		
21	0	41	20		

TABLA LIX

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
PORCENTAJE DE RESPUESTAS LENTAS

CASO №	RESPUESTAS LENTAS	CASO №	RESPUESTAS LENTAS	CASO №	RESPUESTAS LENTAS
1	7	11	5	37	3
2	21	12	1	38	23
3	15	25	14	42	16
4	26	28	10	43	38
5	4	29	18	$\bar{x} = 20,27$ $\sigma = 16,77$	
6	0	30	42		
7	50	33	64		
8	22	34	41		
9	8	35	15		
10	-	36	23		

TABLA LX

ANALISIS DE VARIANZA
RESPUESTAS LENTAS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	1.781'00	1	1.781'00	10'88 **
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	338'99	1	338'99	2'07
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	134'59	1	134'59	0'82
B x C	405'71	1	405'71	2'48
ERROR	10.960'26	67	163'58	
TOTAL	13.620'62			

** P < 0'01

C - Propiedades estadísticas

1 Esquizofrénicos vs. normales

Los resultados obtenidos confirman parcialmente la hipótesis segunda: "los esquizofrénicos no difieren de los sujetos normales en las siguientes propiedades estadísticas del lenguaje: porcentajes de palabras distintas, de adjetivos, de verbos, razón adjetivo-verbo y porcentaje de auto-referencias".

Las diferencias en los valores obtenidos entre el grupo total de esquizofrénicos y el grupo de control, no son estadísticamente significativas en las siguientes variables:

- porcentaje de palabras distintas (tablas LXI a LXVI).
- porcentaje de adjetivos (tablas LXVII a LXXII)
- porcentaje de verbos (tablas LXXIII a LXXVIII)
- razón adjetivo-verbo (tablas LXXIX a LXXXIV)

Solamente en una variable estadística el porcentaje de autoreferencias, se puede discriminar significativamente la muestra experimental, (grupo total de pacientes esquizofrénicos) de la muestra de control (grupo de suje -

tos normales 2.71 vs. 0.94; tablas LXXXV a XC) siendo la diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.01$).

Este hallazgo parece confirmar el alto grado de egocentrismo y actitud autoreferencial que posee el lenguaje espontáneo esquizofrénico, expresado por el empleo frecuente de pronombres personales de 1ª persona.

Por el contrario, en líneas generales, los datos proporcionados por la estadística lingüística no apoyan la supuesta relación entre trastorno esquizofrénico y alteración de la estructura del lenguaje. En realidad, la estructura del lenguaje, en la medida en que está reflejada en los índices lingüísticos cuantitativos, resulta independiente de la anormalidad psicótica.

2 Esquizofrénicos agudos vs. esquizofrénicos crónicos

Desde el punto de vista de las propiedades estadísticas del lenguaje espontáneo los resultados confirman plenamente los supuestos formulados en la hipótesis cuarta: "los esquizofrénicos agudos no difieren de los esquizofrénicos crónicos en ninguna de las variables anteriormente citadas.

Las diferencias en los valores obtenidos entre el grupo de esquizofrénicos agudos y el grupo de esquizofrénicos crónicos, no son estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas:

- porcentaje de palabras distintas (tablas LXII y LXIII).
- porcentaje de adjetivos (tablas LXVIII y LXIX)
- porcentaje de verbos (tablas LXXIV y LXXV)
- razón adjetivo-verbo (tablas LXXX y LXXXI)
- porcentaje de autoreferencias (tablas LXXXVI y LXXXVII).

El porcentaje de autoreferencias que permitía discriminar significativamente entre el grupo experimental (total de esquizofrénicos) y el grupo de control (sujetos normales) no arroja diferencia significativa en la compa-

ración de los grupos de esquizofrénicos agudos y esquizofrénicos crónicos.

La evidencia obtenida según estrictos criterios estadísticos, no confirma el posible papel asignado a la cronicidad y/o hospitalización en la estructura del lenguaje espontáneo del paciente psicótico.

3 Esquizofrénicos de personalidad premorbose normal vs. esquizofrénicos de personalidad premorbose anormal.

Desde el punto de vista de las propiedades estadísticas del lenguaje, los resultados obtenidos confirman plenamente los supuestos formulados en la hipótesis quinta: "los esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal no difieren de los esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal en ninguna de las variables anteriormente citadas".

Las diferencias en los valores obtenidos entre el grupo de esquizofrénicos con personalidad premorbose normal y el grupo de esquizofrénicos con personalidad premorbose anormal, no son estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas:

- porcentaje de palabras distintas (tablas LXIV y LXV).
- porcentaje de adjetivos (tablas LXX y LXXI)
- porcentaje de verbos (tablas LXXVI y LXXVII)
- razón adjetivo-verbo (tablas LXXXII y LXXXIII)
- porcentaje de autoreferencias (tablas LXXXVIII y LXXXIX).

Tampoco el porcentaje de autoreferencias permite discriminar significativamente los dos grupos de población esquizofrénicos separados según la personalidad previa.

La evidencia obtenida, según criterios estrictamente estadísticos, no concede ningún apoyo a las opiniones mantenidas por ciertos autores sobre el papel relevante de la personalidad premorbosea en el determinismo de la anomalía lingüística del paciente esquizofrénico.

4 Efecto de interacción

En ninguna de las propiedades estadísticas del lenguaje espontáneo esquizofrénico que hemos estudiado (porcentaje de palabras distintas, de adjetivos, de verbos, razón adjetivo-verbo y porcentaje de autoreferencias) se ha podido detectar un efecto de interacción estadísticamente significativo. En el análisis de varianza correspondiente a cada una de las variables señaladas, la fuente de variación B x C (cronicidad x personalidad) no ha permitido evidenciar una interacción estadísticamente significativa.

TABLA LXI
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
PORCENTAJE DE PALABRAS DISTINTAS

CASO №	PALABRAS DISTINTAS	CASO №	PALABRAS DISTINTAS	CASO №	PALABRAS DISTINTAS
49	46.75	59	52.60	69	53.00
50	48.66	60	46.00	70	49.33
51	55.33	61	51.50	71	49.00
52	43.60	62	45.50	72	49.00
53	53.25	63	50.66	$\bar{X} = 51.00$ $\sigma = 6.18$	
54	49.00	64	54.50		
55	41.75	65	52.50		
56	43.50	66	48.33		
57	50.75	67	59.50		
58	59.00	68	71.00		

TABLA LXII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
PORCENTAJE DE PALABRAS DISTINTAS

CASO No	PALABRAS DISTINTAS	CASO No	PALABRAS DISTINTAS	CASO No	PALABRAS DISTINTAS
1	45.4	11	52.8	21	61.8
2	48.0	12	57.6	22	53.5
3	59.3	13	61.0	23	49.7
4	50.5	14	50.4	24	46.6
5	54.6	15	53.4	$\bar{X} = 53.04$ $\sigma = 5.56$	
6	51.3	16	60.5		
7	42.0	17	45.0		
8	55.0	18	49.6		
9	55.5	19	50.6		
10	58.5	20	60.5		

TABLA LXIII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
PORCENTAJE DE PALABRAS DISTINTAS

CASO №	PALABRAS DISTINTAS	CASO №	PALABRAS DISTINTAS	CASO №	PALABRAS DISTINTAS
25	51.20	35	49.40	45	51.20
26	56.20	36	52.33	46	46.66
27	53.80	37	54.50	47	55.00
28	55.40	38	50.66	48	51.66
29	51.20	39	51.00	$\bar{X} = 51.98$ $\sigma = 3.70$	
30	54.00	40	55.50		
31	40.66	41	57.50		
32	53.66	42	50.25		
33	50.25	43	56.80		
34	51.00	44	47.60		

TABLA LXIV

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
PORCENTAJE DE PALABRAS DISTINTAS

CASO No	PALABRAS DISTINTAS	CASO No	PALABRAS DISTINTAS	CASO No	PALABRAS DISTINTAS
13	61.00	23	49.70	45	51.20
14	50.40	24	46.60	46	46.66
15	53.40	26	56.20	47	55.00
16	60.50	27	53.80	48	51.66
17	45.00	31	40.66	$\bar{X} = 52.63$ $\sigma = 5.37$	
18	49.60	32	53.66		
19	50.60	39	51.00		
20	60.50	40	55.50		
21	61.80	41	57.50		
22	53.50	44	47.60		

TABLA LXV

GRUPOS DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
PORCENTAJE DE PALABRAS DISTINTAS

CASO №	PALABRAS DISTINTAS	CASO №	PALABRAS DISTINTAS	CASO №	PALABRAS DISTINTAS
1	45.40	11	52.80	37	54.50
2	48.00	12	57.60	38	50.66
3	59.30	25	51.20	42	50.25
4	50.50	28	55.40	43	56.80
5	54.60	29	51.20	$\bar{X} = 52.39$ $\sigma = 4.04$	
6	51.30	30	54.00		
7	42.00	33	50.25		
8	55.00	34	51.00		
9	55.50	35	49.40		
10	58.50	36	52.33		

TABLA LXVI

ANALISIS DE VARIANZA
PALABRAS DISTINTAS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G. E.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	36'47	1	36'47	1'20
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	13'75	1	13'75	0'45
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	0'63	1	0'63	0'02
B x C	7'29	1	7'29	0'24
ERROR	2.026'85	67	30'25	
TOTAL	2.085'00			

TABLA LXVII
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
PORCENTAJE DE ADJETIVOS

CASO №	ADJETIVOS	CASO №	ADJETIVOS	CASO №	ADJETIVOS
49	7.75	59	6.00	69	6.50
50	6.66	60	7.00	70	5.33
51	8.50	61	4.50	71	8.33
52	4.00	62	4.00	72	4.50
53	8.75	63	7.00	$\bar{X} = 6.91$ $\sigma = 2.53$	
54	7.60	64	13.50		
55	5.75	65	6.75		
56	8.75	66	5.66		
57	11.25	67	5.50		
58	10.25	68	2.00		

TABLA LXVIII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
PORCENTAJE DE ADJETIVOS

CASO No	ADJETIVOS	CASO No	ADJETIVOS	CASO No	ADJETIVOS
1	7.4	11	8.4	21	8.6
2	3.5	12	6.3	22	10.5
3	4.3	13	10.3	23	1.7
4	3.2	14	7.4	24	7.3
5	8.3	15	6.4	$\bar{X} = 6.43$ $\sigma = 2.34$	
6	8.0	16	8.0		
7	4.8	17	5.2		
8	5.2	18	9.6		
9	5.0	19	3.6		
10	6.5	20	4.5		

TABLA LXIX

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
PORCENTAJE DE ADJETIVOS

CASO №	ADJETIVOS	CASO №	ADJETIVOS	CASO №	ADJETIVOS
25	6.80	35	7.20	45	11.80
26	6.60	36	9.83	46	8.00
27	5.40	37	6.00	47	3.00
28	10.00	38	6.83	48	5.33
29	6.00	39	6.00	$\bar{X} = 7.09$ $\sigma = 1.91$	
30	8.60	40	5.50		
31	5.33	41	6.75		
32	9.00	42	9.00		
33	5.50	43	7.60		
34	6.60	44	7.40		

TABLA LXX
 GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
 PORCENTAJE DE ADJETIVOS

CASO №	ADJETIVOS	CASO №	ADJETIVOS	CASO №	ADJETIVOS
13	10.30	23	1.70	45	11.80
14	7.40	24	7.30	46	8.00
15	6.40	26	6.60	47	3.00
16	8.00	27	5.40	48	5.33
17	5.20	31	5.33	$\bar{X} = 6.80$ $\sigma = 2.45$	
18	9.60	32	9.00		
19	3.60	39	6.00		
20	4.50	40	5.50		
21	8.60	41	6.75		
22	10.50	44	7.40		

TABLA LXXI

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
PORCENTAJE DE ADJETIVOS

CASO No	ADJETIVOS	CASO No	ADJETIVOS	CASO No	ADJETIVOS
1	7.40	11	8.40	37	6.00
2	3.50	12	6.30	38	6.83
3	4.30	25	6.80	42	9.00
4	3.20	28	10.00	43	7.60
5	8.30	29	6.00	$\bar{X} = 6.70$ $\sigma = 1.84$	
6	8.00	30	8.60		
7	4.80	33	5.50		
8	5.20	34	6.60		
9	5.00	35	7.20		
10	6.50	36	9.83		

TABLA LXXII

ANALISIS DE VARIANZA
ADJETIVOS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	0'41	1	0'41	0'07
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	5'37	1	5'37	0'96
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	0'10	1	0'10	0'01
B x C	10'13	1	10'13	1'82
ERROR	372'11	67	5'55	
TOTAL	388'14			

TABLA LXXIII
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
PORCENTAJE DE VERBOS

CASO №	VERBOS	CASO №	VERBOS	CASO №	VERBOS
49	21.75	59	24.20	69	27.00
50	23.66	60	16.00	70	23.66
51	16.33	61	24.25	71	15.33
52	26.20	62	23.50	72	23.00
53	20.00	63	21.00	$\bar{X} = 21.16$ $\sigma = 3.714$	
54	25.40	64	20.50		
55	21.25	65	22.50		
56	12.50	66	22.66		
57	20.00	67	17.50		
58	22.75	68	17.00		

TABLA LXXIV
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
PORCENTAJE DE VERBOS

CASO No	VERBOS	CASO No	VERBOS	CASO No	VERBOS
1	23.0	11	18.8	21	19.6
2	25.0	12	24.0	22	18.5
3	15.6	13	20.6	23	23.5
4	24.2	14	23.8	24	23.0
5	19.3	15	25.0	$\bar{X} = 21.85$ $\sigma = 2.75$	
6	19.6	16	22.5		
7	23.8	17	27.0		
8	24.6	18	22.6		
9	21.0	19	21.6		
10	19.0	20	18.5		

TABLA LXXV
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
PORCENTAJE DE VERBOS

CASO №	VERBOS	CASO №	VERBOS	CASO №	VERBOS
25	18.00	35	22.20	45	17.40
26	20.00	36	19.50	46	18.33
27	17.20	37	19.25	47	27.00
28	22.00	38	23.83	48	19.00
29	21.80	39	13.66	$\bar{X} = 20.67$ $\sigma = 2.84$	
30	22.20	40	26.00		
31	22.33	41	22.50		
32	20.66	42	19.50		
33	21.25	43	21.00		
34	20.40	44	21.20		

TABLA LXXVI

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
PORCENTAJE DE VERBOS

CASO №	VERBOS	CASO №	VERBOS	CASO №	VERBOS
13	20.60	23	23.50	45	17.40
14	23.80	24	23.00	46	18.33
15	25.00	26	20.00	47	27.00
16	22.50	27	17.20	48	19.00
17	27.00	31	22.33	$\bar{x} = 21.31$ $\sigma = 3.27$	
18	22.60	32	20.66		
19	21.60	39	13.66		
20	18.50	40	26.00		
21	19.60	41	22.50		
22	18.50	44	21.20		

TABLA LXXVII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
PORCENTAJE DE VERBOS

CASO №	VERBOS	CASO №	VERBOS	CASO №	VERBOS
1	23.00	11	18.80	37	19.25
2	25.00	12	24.00	38	23.83
3	15.60	25	18.00	42	19.50
4	24.20	28	22.00	43	21.00
5	19.30	29	21.80	$\bar{X} = 21.20$ $\sigma = 2.39$	
6	19.60	30	22.20		
7	23.80	33	21.25		
8	24.60	34	20.40		
9	21.00	35	22.20		
10	19.00	36	19.50		

TABLA LXXVIII

ANALISIS DE VARIANZA
VERBOS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	0'09	1	0'09	0'00
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	17'13	1	17'13	1'59
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	0'25	1	0'25	0'02
B x C	3'56	1	3'56	0'33
ERROR	318'60	67	10'72	
TOTAL	739'65			

TABLA LXXIX
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
RAZON ADJETIVO/VERBO

CASO №	ADJETIVO/ VERBO	CASO №	ADJETIVO/ VERBO	CASO №	ADJETIVO/ VERBO
49	0.36	59	0.25	69	0.24
50	0.28	60	0.44	70	0.22
51	0.52	61	0.18	71	0.54
52	0.15	62	0.17	72	0.19
53	0.44	63	0.33	$\bar{X} = 0.34$ $\sigma = 0.16$	
54	0.30	64	0.66		
55	0.27	65	0.30		
56	0.70	66	0.25		
57	0.56	67	0.31		
58	0.45	68	0.12		

TABLA LXXX
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
RAZON ADJETIVO/VERBO

CASO №	ADJETIVO/VERBO	CASO №	ADJETIVO/VERBO	CASO №	ADJETIVO/VERBO
1	0.50	11	0.44	21	0.44
2	0.14	12	0.26	22	0.57
3	0.27	13	0.50	23	0.74
4	0.13	14	0.31	24	0.32
5	0.43	15	0.25	$\bar{X} = 0.30$ $\sigma = 0.12$	
6	0.40	16	0.35		
7	0.22	17	0.19		
8	0.21	18	0.42		
9	0.23	19	0.17		
10	0.34	20	0.24		

TABLA LXXXI
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
RAZON ADJETIVO/VERBO

CASO №	ADJETIVO/VERBO	CASO №	ADJETIVO/VERBO	CASO №	ADJETIVO/VERBO
25	0.37	35	0.32	45	0.68
26	0.33	36	0.50	46	0.43
27	0.31	37	0.31	47	0.11
28	0.45	38	0.28	48	0.28
29	0.27	39	0.44	$\bar{X} = 0.35$ $\sigma = 0.11$	
30	0.38	40	0.21		
31	0.23	41	0.30		
32	0.43	42	0.46		
33	0.25	43	0.36		
34	0.32	44	0.35		

TABLA LXXXII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
 RAZON ADJETIVO/VERBO

CASO №	ADJETIVO/VERBO	CASO №	ADJETIVO/VERBO	CASO №	ADJETIVO/VERBO
13	0.50	23	0.74	45	0.68
14	0.31	24	0.32	46	0.43
15	0.25	26	0.33	47	0.11
16	0.35	27	0.31	48	0.28
17	0.19	31	0.24	$\bar{X} =$	0.36
18	0.42	32	0.43	$\sigma =$	0.15
19	0.17	39	0.44		
20	0.24	40	0.21		
21	0.44	41	0.30		
22	0.57	44	0.35		

TABLA LXXXIII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
 RAZON ADJETIVO/VERBO

CASO №	ADJETIVO/VERBO	CASO №	ADJETIVO/VERBO	CASO №	ADJETIVO/VERBO
1	0.50	11	0.44	37	0.31
2	0.14	12	0.26	38	0.28
3	0.27	25	0.38	42	0.46
4	0.13	28	0.45	43	0.35
5	0.43	29	0.27	$\bar{X} = 0.33$	
6	0.40	30	0.38	$\sigma = 0.10$	
7	0.22	33	0.26		
8	0.21	34	0.32		
9	0.23	35	0.32		
10	0.34	36	0.50		

TABLA LXXXIV

ANALISIS DE VARIANZA
RAZON ADJETIVO-VERBO

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	0'00	1	0'00	0'00
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	0'00	1	0'00	0'11
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	0'01	1	0'01	0'45
B x C	0'02	1	0'02	1'10
ERROR	1'43	67	0'02	
TOTAL	1'45			

TABLA LXXXV
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
PORCENTAJE DE AUTOREFERENCIAS

CASO №	AUTOREFERENCIAS	CASO №	AUTOREFERENCIAS	CASO №	AUTOREFERENCIAS
49	0.25	59	1.40	69	0.00
50	0.33	60	1.00	70	2.33
51	0.66	61	0.25	71	0.66
52	3.40	62	0.00	72	0.00
53	0.75	63	3.33	$\bar{X} = 0.94$ $\sigma = 1.07$	
54	2.80	64	0.50		
55	0.75	65	1.25		
56	0.00	66	0.00		
57	0.00	67	2.00		
58	0.00	68	1.00		

TABLA LXXXVI

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
PORCENTAJE DE AUTOREFERENCIAS

CASO No	AUTOREFERENCIAS	CASO No	AUTOREFERENCIAS	CASO No	AUTOREFERENCIAS
1	3.40	11	0.00	21	3.00
2	1.00	12	9.00	22	1.00
3	5.60	13	5.60	23	2.50
4	3.20	14	5.00	24	0.00
5	12.30	15	0.80	$\bar{X} = 3.23$ $\sigma = 3.18$	
6	0.00	16	4.00		
7	0.60	17	8.50		
8	1.60	18	1.00		
9	0.00	19	2.60		
10	2.70	20	4.00		

TABLA LXXXVII
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
PORCENTAJE DE AUTOREFERENCIAS

CASO No	AUTOREFERENCIAS	CASO No	AUTOREFERENCIAS	CASO No	AUTOREFERENCIAS
25	0.80	35	5.40	45	8.20
26	1.20	36	1.33	46	2.00
27	1.00	37	2.50	47	1.00
28	2.00	38	0.66	48	7.66
29	2.40	39	0.33	$\bar{X} =$	2.19
30	1.20	40	2.00	$\sigma =$	2.30
31	1.33	41	3.75		
32	0.33	42	0.00		
33	5.75	43	1.00		
34	0.00	44	0.80		

TABLA LXXXVIII

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
PORCENTAJE DE AUTOREFERENCIAS

CASO No	AUTOREFERENCIAS	CASO No	AUTOREFERENCIAS	CASO No	AUTOREFERENCIAS
13	5.60	23	2.50	45	8.20
14	5.00	24	0.00	46	2.00
15	0.80	26	1.20	47	1.00
16	4.00	27	1.00	48	7.66
17	8.50	31	1.33		$\bar{X} = 2.82$
18	1.00	32	0.33		$\sigma = 2.54$
19	2.60	39	0.33		
20	4.00	40	2.00		
21	3.00	41	3.75		
22	1.00	44	0.80		

TABLA LXXXIX

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
PORCENTAJE DE AUTOREFERENCIAS

CASO №	AUTOREFERENCIAS	CASO №	AUTOREFERENCIAS	CASO №	AUTOREFERENCIAS
1	3.40	11	0.00	37	2.50
2	1.00	12	9.00	38	0.66
3	5.60	25	0.80	42	0.00
4	3.20	28	2.00	43	1.00
5	12.30	29	2.40	$\bar{X} = 2.60$ $\sigma = 3.07$	
6	0.00	30	1.20		
7	0.60	33	5.75		
8	1.60	34	0.00		
9	0.00	35	5.40		
10	2.70	36	1.33		

TABLA XC

ANALISIS DE VARIANZA
AUTOREFERENCIAS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	50'01	1	50'01	** 8'14
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	12'73	1	12'73	2'07
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	0'56	1	0'56	0'09
B x C	1'30	1	1'30	0'21
ERROR	411'65	67	6'14	
TOTAL	476'26			

* * P < 0'01

D - Propiedades transicionales**1 Esquizofrénicos vs. normales**

Los resultados obtenidos confirman plenamente la hipótesis tercera: "los esquizofrénicos no difieren de los sujetos normales en la redundancia del lenguaje".

La diferencia en los valores obtenidos entre el grupo total de esquizofrénicos y el grupo de control no es estadísticamente significativa (48.82 vs. 47.00; tablas XCI a XCVI).

Nuestros hallazgos contradicen las formulaciones de ciertos autores que afirman que el lenguaje oral y escrito de los esquizofrénicos es menor redundante que el lenguaje normal.

2 Esquizofrénicos agudos vs. esquizofrénicos crónicos

Desde el punto de vista de las propiedades transicionales del lenguaje espontáneo, los resultados confirman plenamente los supuestos formulados en la hipótesis cuarta: "los esquizofrénicos agudos no difieren de los esquizofrénicos crónicos en ninguna de las variables anteriormente citadas".

La diferencia en los valores obtenidos entre el grupo de esquizofrénicos agudos y el grupo de esquizofrénicos crónicos, no es estadísticamente significativa (48.62 vs. 47.77; tablas XCII y XCIII).

Nuestros hallazgos contradicen las opiniones de ciertos autores que mantienen una relación entre duración de la hospitalización y reducción de la redundancia del lenguaje esquizofrénico.

3 Esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal vs. esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal.

Desde el punto de vista de las propiedades transicionales del lenguaje espontáneo, los resultados confirman plenamente los supuestos formulados en la hipótesis quinta: "los esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal no difieren de los esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal en ninguna de las variables anteriormente citadas".

La diferencia en los valores de redundancia obtenidos entre el grupo de esquizofrénicos con personalidad premorbose normal y el grupo de esquizofrénicos con personalidad premorbose anormal, no es estadísticamente significativa, (51.13 vs. 47.25; tablas XCIV y XCV).

La evidencia obtenida mediante el análisis comparativo de la redundancia del lenguaje, nuevamente se enfrenta a las opiniones mantenidas por ciertos autores sobre el papel relevante de la personalidad en el determinismo de la anomalía lingüística del paciente esquizofrénico.

4 Efecto de interacción

En el análisis de varianza correspondiente a la predictibilidad del lenguaje, la fuente de variación B x C (cronicidad x personalidad) no ha permitido evidenciar una interacción estadísticamente significativa.

TABLA XCI
GRUPO DE SUJETOS NORMALES
INDICE DE PREDICIBILIDAD

CASO No	PREDICIBILIDAD	CASO No	PREDICIBILIDAD	CASO No	PREDICIBILIDAD
49	50	59	63.2	69	74
50	42.66	60	32	70	45.33
51	48.66	61	44	71	33.33
52	53.6	62	46	72	50
53	36	63	50.66	\bar{X}	= 47.00
54	42.4	64	34	σ	= 10.82
55	65	65	51		
56	29	66	37.33		
57	49	67	56		
58	51	68	44		

TABLA XCII
 GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS AGUDOS
 INDICE DE PREDICTABILIDAD

CASO No	PREDICTABILIDAD	CASO No	PREDICTABILIDAD	CASO No	PREDICTABILIDAD
1	44	11	49	21	63.2
2	44	12	48	22	39
3	64	13	58	23	60
4	38	14	51	24	33.3
5	52	15	36	$\bar{X} =$	48.62
6	37.3	16	56	$\sigma =$	9.83
7	54	17	53		
8	39	18	33		
9	60	19	49		
10	44	20	62		

TABLA XCIII
GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CRONICOS
INDICE DE PREDICTABILIDAD

CASO No	PREDICTABILIDAD	CASO No	PREDICTABILIDAD	CASO No	PREDICTABILIDAD
25	38	35	38.4	45	52.8
26	45	36	33.3	46	60
27	44.8	37	59	47	52
28	41	38	46.66	48	49.33
29	50.4	39	56	$\bar{X} = 47.77$ $\sigma = 11.61$	
30	56.8	40	46		
31	56	41	49		
32	44	42	52		
33	62	43	49.6		
34	33.6	44	60.8		

TABLA XCIV

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA NORMAL
INDICE DE PREDICTABILIDAD

CASO No	PREDICTABILIDAD	CASO No	PREDICTABILIDAD	CASO No	PREDICTABILIDAD
13	58	23	60.0	45	52.8
14	51	24	33.3	46	60.0
15	36	26	45.0	47	52.0
16	56	27	44.8	48	49.33
17	53	31	56.0	$\bar{X} = 51.13$ $\sigma = 9.09$	
18	33	32	62.0		
19	49	39	56.0		
20	62	40	46.0		
21	63.2	41	49.0		
22	39	44	60.8		

TABLA XCV

GRUPO DE ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREPSICOTICA ANORMAL
INDICE DE PREDICTABILIDAD

CASO №	PREDICTABILIDAD	CASO №	PREDICTABILIDAD	CASO №	PREDICTABILIDAD
1	44	11	49	37	59
2	44	12	48	38	46.66
3	64	25	38	42	52
4	38	28	41	43	49.6
5	52	29	50.4	$\bar{X} = 47.25$ $\sigma = 9.01$	
6	37.3	30	56.8		
7	54	33	62		
8	39	34	33.6		
9	60	35	38.4		
10	44	36	33.3		

TABLA XCVI
ANALISIS DE VARIANZA
PREDICIBILIDAD

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	G.L.	MEDIAS CUADRATICAS	F
DIAGNOSTICO - A (NORMAL VS. ESQUIZOFRENICO)	76'87	1	76'87	0'75
CRONICIDAD - B (ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. CRONICOS)	16'03	1	16'03	0'15
PERSONALIDAD - C (NORMAL VS. ANORMAL)	181'02	1	181'02	1'77
B x C	57'86	1	57'86	0'56
ERROR	6.834'40	67	102'00	
TOTAL	7.166'21			

E - Análisis global de los resultados

En definitiva, de las tres partes bien diferenciadas de la investigación sobre la conducta verbal del sujeto esquizofrénico cuyos resultados acabamos de presentar, solamente en la primera (asociación verbal) los datos obtenidos resultan significativos para la discriminación del grupo normal respecto al grupo esquizofrénico y en cierta medida para separar los dos grupos evolutivos de la muestra patológica. En cambio, en los dos siguientes apartados: propiedades estadísticas y propiedades transicionales, los resultados, a excepción del porcentaje de autoreferencias, son prácticamente nulos de cara a obtener un perfil lingüístico característico del lenguaje esquizofrénico.

Del examen en conjunto de estos datos, surgen varios interrogantes. En primer lugar, ¿por qué estos resultados son tan dispares?, ¿por qué la variabilidad de las respuestas ante los estímulos verbales del Kent-Rosanoff no corresponde a la variabilidad del lenguaje espontáneo?, ¿por qué esta falta de correlación entre los hallazgos en el test de asociación verbal y los datos aportados mediante el análisis cuantitativo del lenguaje espontáneo?.

Realmente, esta cuestión puede expresarse en los

mismos términos con los que Hörmann (1) se plantea el problema: "¿son los fenómenos que aparecen en un test de asociación verbal aplicables a la conducta verbal fuera de la situación experimental?".

Ante todo, hay un dato fundamental que puede explicar la radical separación entre el lenguaje espontáneo y la conducta verbal en la situación experimental del test de asociación. Precisamente, las clases de palabras que con más frecuencia aparecen en el lenguaje cotidiano (artículos, conjunciones, verbos auxiliares, preposiciones y pronombres) tienen escasa representación en los estudios de asociación verbal. Estos términos, calificados por Howes (1957) como intersticiales ya que su función en el flujo del habla es la de unir palabras de diferentes categorías, no solamente apenas aparecen entre las respuestas del test, sino que ni siquiera se encuentran representadas entre los estímulos verbales de la lista de Kent-Rosanoff.

En cambio, los resultados obtenidos en la segunda y tercera partes de la investigación: estilística cuantitativa y medida de la redundancia en el lenguaje espontáneo son coherentes entre sí ya que como Silverman (1973) y Portnoy (1973) han demostrado que existe una correlación

(1) H. Hörmann: "Psycholinguistics". Berlin, Springer-Verlag, 1971. Pág. 118.

marcada entre "cloze score" y diversidad del lenguaje, siendo la redundancia inversamente proporcional a la diversidad del léxico: a mayor diversidad, menor redundancia. A este respecto Jaffe (1966) (1) afirma que "la medida de diversidad del vocabulario es otra medida de la redundancia".

Por otra parte, surge otro interrogante que debemos tratar de contestar: ¿por qué los resultados de nuestra investigación difieren de otros trabajos recogidos en la literatura científica?

A este respecto creemos que la disparidad de hallazgos puede depender de una serie de factores entre los que queremos destacar los siguientes:

- 1 - Falta de control de las variables demográficas, muy especialmente del cociente intelectual verbal y del nivel sociocultural.
- 2 - Diferencias culturales: se disponen de ciertos datos experimentales que muestran diferencias cuantitativas en estudios comparativos entre distintas comunidades sociolingüísticas (Hörmann, 1971 y Fernández Trespalacios, 1976).

(1) Jaffe, J.: "The study of language in Psychiatry", en "American Handbook of Psychiatry" (Editor: S. Arieti). New York, Basis Books, 1966. Pág. 693.

- 3 - Creemos que un factor relevante que puede explicar las diferencias entre los estudios anglosajones y el presente estudio, descansa en la utilización de estrictos criterios nosológicos en la psicosis esquizofrénica, concretamente la sintomatología del "primer rango" de Kurt Schneider, frente a la imprecisión y amplitud diagnóstica imperante en la psiquiatría americana.

Con todas estas cautelas, ¿cuál es el verdadero alcance de nuestra investigación?.

Parece evidente que en relación con el principal objetivo de nuestro trabajo, la especificación de las características del lenguaje en la esquizofrenia, los resultados que acabamos de presentar, al no confirmar la presencia de una desviación de la estructura del lenguaje en los pacientes esquizofrénicos, se sitúan en contra de la noción del lenguaje esquizofrénico.

Con las variables demográficas, intelectual y sociocultural, adecuadamente controladas, nuestros resultados cuestionan seriamente el punto de vista de que los esquizofrénicos presentan una deficiencia general del lenguaje, rechazando, por consiguiente, la propia concepción del lenguaje esquizofrénico.

A este respecto, la investigación de la conducta verbal mediante los tests de asociación verbal, pueden ofrecer resultados muy sugestivos para la comprensión del pensamiento y del lenguaje del sujeto esquizofrénico, pero estos hallazgos no pueden extrapolarse a la conducta verbal fuera de la situación experimental del test de asociación verbal. En este sentido, estamos plenamente identificados con la opinión de Borst (1): "Las reacciones verbales del esquizofrénico parecen hiper-asociativas cuando su percepción del mensaje no está controlada. Su reacción se hace "normal" cuando se pone en evidencia el estímulo hacia el cual responde efectivamente. El lenguaje esquizofrénico se encuentra facilitado por la gramática, la semántica; sus asociaciones respetan las reglas de la sintaxis. En este sentido, se comporta de forma similar a los sujetos de control".

Finalmente, al contemplar nuestros hallazgos, queremos expresar nuestras reservas a la metodología experimental utilizada en esta investigación. Pensamos que el abordaje meramente cuantitativo no parece el más adecuado para valorar un fenómeno tan complejo y rico como es la expresión verbal del esquizofrénico. El lenguaje escrito (transcripción del lenguaje oral espontáneo previamente grabado), tal como ha sido utilizado en el presente estudio, constituye un testimonio incompleto de la complejidad

(1) Borst, A.: "Le langage chez les schizophrènes". *Annales Médico-Psychologiques*, 1, 1, 1976. Pág. 10

de un lenguaje hablado, con su acentuación, su ritmo y sus gestos asociados. Estos fenómenos concomitantes, son los que dan la verdadera significación a un mensaje. Como señala Piro (1): "los sujetos además de emitir señales específicas, codificables y describibles, transmiten señales empáticas, no codificables e inefables".

Parece por consiguiente evidente que la investigación limitada a cuantificar las alteraciones lingüísticas del lenguaje esquizofrénico, sin consideración tanto de los aspectos expresivos extralingüísticos (en el sentido que Saussure, 1915, delimita rigurosamente el dominio de la lingüística) como del contenido del lenguaje, no aporta ninguna contribución para la comprensión de la esquizofrenia.

Nuestros resultados dan la razón a Forrest (2) que en 1965 se atrevía a afirmar: "la idea de que existe un lenguaje esquizofrénico es tan vana como la investigación de un lenguaje poético".

(1) Piro, S.: "Il linguaggio schizofrenico". Milan, Feltrinelli, 1971. Pág. 520

(2) Forrest, D.V.: "Poiesis and the language of schizophrenia". Psychiatry, 28, 1-18, 1965. Pág. 1.

TABLA XCVII

RESULTADOS TOTALES
ESQUIZOFRENICOS VS. NORMALES

	ESQUIZOFRE- NICOS		NORMALES		SIGNIFICACION
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	
	N = 48		N = 24		
VARIABILIDAD	\bar{X} 72.67	σ 15.45	\bar{X} 60.84	σ 17.32	p < 0.01
COMUNALIDAD	\bar{X} 26.62	σ 13.80	\bar{X} 38.83	σ 12.53	p < 0.01
RESPUESTAS UNICAS	\bar{X} 41.64	σ 20.36	\bar{X} 19.41	σ 9.17	p < 0.01
RESPUESTAS SINTAGMATC.	\bar{X} 25.95	σ 15.99	\bar{X} 32.12	σ 14.39	N.S.
RESPUESTAS PARADIGMATICAS	\bar{X} 59.12	σ 21.00	\bar{X} 62.66	σ 15.64	N.S.
BLOQUEOS	\bar{X} 1.08	σ 1.57	\bar{X} .	σ 0.65	N.S.
RESPUESTAS MULTIPLES	\bar{X} 15.21	σ 18.94	\bar{X} 0.87	σ 1.70	p < 0.01
TIEMPO REACCION	\bar{X} 3.39	σ 1.38	\bar{X} 2.86	σ 0.83	p < 0.01
RESPUESTAS LENTAS	\bar{X} 18.42	σ 14.65	\bar{X} 7.79	σ 6.10	p < 0.01
PALABRAS DISTINTAS	\bar{X} 52.51	σ 4.70	\bar{X} 51.00	σ 6.18	N.S.
ADJETIVOS	\bar{X} 6.75	σ 2.14	\bar{X} 6.91	σ 2.53	N.S.
VERBOS	\bar{X} 21.26	σ 2.83	\bar{X} 21.16	σ 3.71	N.S.
RAZON ADJETIVO VERBO	\bar{X} 0.34	σ 0.13	\bar{X} 0.34	σ 0.16	N.S.
AUTOREFERENCIAS	\bar{X} 2.71	σ 2.79	\bar{X} 0.94	σ 1.07	p < 0.01
PREDICTIBILIDAD	\bar{X} 48.82	σ 9.00	\bar{X} 47.00	σ 10.82	N.S.

RESULTADOS TOTALES
ESQUIZOFRENICOS AGUDOS VS. ESQUIZOFRENICOS CRONICOS

	ESQUIZOFRENICOS AGUDOS N= 24	ESQUIZOFRENICOS CRONICOS N= 24	SIGNIFICACION
VARIABILIDAD	\bar{X} 70.74 σ 15.70	\bar{X} 74.38 σ 15.07	N.S.
COMUNALIDAD	\bar{X} 29.83 σ 14.33	\bar{X} 23.41 σ 12.75	N.S.
RESPUESTAS UNICAS	\bar{X} 36.45 σ 20.39	\bar{X} 46.83 σ 19.37	p < 0.05
RESPUESTAS SINTAGMATC.	\bar{X} 26.29 σ 15.27	\bar{X} 25.62 σ 17.00	N.S.
RESPUESTAS PARADIGMATICAS	\bar{X} 57.83 σ 19.88	\bar{X} 60.42 σ 22.92	N.S.
BLOQUEOS	\bar{X} 1.32 σ 1.92	\bar{X} 0.83 σ 1.09	N.S.
RESPUESTAS MULTIPLES	\bar{X} 8.33 σ 12.24	\bar{X} 22.08 σ 22.01	p < 0.01
TIEMPO REACCION	\bar{X} 3.73 σ 1.37	\bar{X} 4.00 σ 1.44	N.S.
RESPUESTAS LENTAS	\bar{X} 15.73 σ 12.88	\bar{X} 21.00 σ 16.02	N.S.
PALABRAS DISTINTAS	\bar{X} 53.04 σ 5.56	\bar{X} 51.98 σ 3.70	N.S.
ADJETIVOS	\bar{X} 6.43 σ 2.34	\bar{X} 7.09 σ 1.91	N.S.
VERBOS	\bar{X} 21.85 σ 2.75	\bar{X} 20.67 σ 2.84	N.S.
RAZON ADJETIVO VERBO	\bar{X} 0.30 σ 0.12	\bar{X} 0.35 σ 0.11	N.S.
AUTOREFERENCIAS	\bar{X} 3.23 σ 3.18	\bar{X} 2.19 σ 2.30	N.S.
PREDICTIBILIDAD	\bar{X} 48.62 σ 9.83	\bar{X} 47.77 σ 11.61	N.S.

RESULTADOS TOTALES
ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD PREMORBOSA NORMAL VS. ANORMAL

	ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD NORMAL N = 24		ESQUIZOFRENICOS CON PERSONALIDAD ANORMAL N = 24		SIGNIFICACION
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	
VARIABILIDAD	75.77	13.56	69.81	16.61	N.S.
COMUNALIDAD	24.54	11.79	28.70	15.53	N.S.
RESPUESTAS UNICAS	44.16	17.25	39.12	23.16	N.S.
RESPUESTAS SINTAGMATC.	27.29	15.02	24.62	17.12	N.S.
RESPUESTAS PARADIGMATICAS	56.46	20.02	61.79	22.55	N.S.
BLOQUEOS	1.48		1.68		N.S.
RESPUESTAS MULTIPLES	16.62	17.70	14.04	20.63	N.S.
TIEMPO REACCION	3.73	.9	4.06	1.64	N.S.
RESPUESTAS LENTAS	16.66	12.39	20.27	16.77	N.S.
PALABRAS DISTINTAS	52.63	5.37	52.39	4.04	N.S.
ADJETIVOS	6.80	2.45	6.70	1.84	N.S.
VERBOS	21.31	3.27	21.20	2.39	N.S.
RAZON ADJETIVO VERBO	0.36	0.15	0.33	0.10	N.S.
AUTOREFERENCIAS	2.82	2.54	2.60	3.07	N.S.
PREDICTIBILIDAD	51.13	9.09	47.25	9.01	N.S.

VII - CONCLUSIONES

- 1 - El objetivo de nuestra investigación es el conocimiento de las características lingüísticas de la anormalidad del lenguaje esquizofrénico mediante el análisis cuantitativo de los aspectos formales.
- 2 - Tratamos en este estudio no solo del análisis comparativo de la conducta verbal de una muestra de pacientes esquizofrénicos, sino también de encontrar alguna relación entre lenguaje psicótico y otras dos dimensiones: cronicidad y personalidad prepsicótica.
- 3 - A lo largo de los diversos estudios revisados que tienen como objetivo el conocimiento de la conducta verbal del sujeto esquizofrénico, no hemos encontrado un trabajo experimental que recoja todas las consideraciones siguientes:
 - 1 - El análisis sistemático de los aspectos asociativos, estadísticos y transicionales del lenguaje esquizofrénico.
 - 2 - El empleo de sujetos normales como control.
 - 3 - La separación de la muestra experimental en subgrupos según la evolución (agudos y crónicos) y según la personalidad premórbida (normal y anormal).
 - 4 - La utilización exclusiva de muestras de lenguaje oral.

5 - El emparejamiento de los grupos experimental y de control en las siguientes variables:

- a) sexo
- b) edad
- c) nivel socio-cultural
- d) cociente intelectual verbal

4 - En el presente estudio el análisis sistemático de los aspectos asociativos, estadísticos y transicionales de la conducta verbal de los pacientes esquizofrénicos, se ha realizado utilizando estrictos criterios de selección de las muestras experimental y normal y se han mantenido suficientemente controladas las variables sexo, edad, nivel socio-cultural y cociente intelectual verbal.

5 - Desde el punto de vista de la conducta verbal asociativa, la comparación entre el grupo total de esquizofrénicos y el grupo de control, permite constatar en el grupo psicótico una mayor variabilidad de las respuestas asociativas, así como una menor comunalidad y un porcentaje de respuestas únicas muy superior al grupo normal, siendo todas estas diferencias estadísticamente significativas. Es decir, la mayor variabilidad de la conducta verbal asociativa de los esquizofrénicos, se explica en virtud no sólo de la menor comunalidad sino también de la mayor individualidad de las respuestas.

- 6 - No hemos podido confirmar en el grupo esquizofrénico un predominio de respuestas sintagmáticas, dato que se sitúa en contra de la posibilidad de interpretar el pensamiento y el lenguaje esquizofrénico, sobre la base de una regresión hacia pautas lingüísticas más primitivas.
- 7 - Uno de los indicadores más sensitivos para discriminar el grupo total de esquizofrénicos del grupo normal, es el porcentaje de respuestas múltiples, que se encuentra elevado en el grupo de esquizofrénicos, siendo la diferencia con el grupo de control estadísticamente significativa.
- 8 - Tanto el tiempo de reacción como el porcentaje de respuestas lentas, permiten también discriminar significativamente el grupo total de esquizofrénicos frente al grupo normal, no pudiéndose, sin embargo, descartar la posible acción retardadora de la actividad psicomotora ocasionada por la medicación neuroléptica en el grupo esquizofrénico.
- 9 - De los tres parámetros básicos que caracterizan la conducta verbal asociativa (variabilidad, comunalidad y porcentaje de respuestas únicas), solamente este último muestra una relación estadísticamente significativa con la variable cronicidad: el paciente esquizo-

frénico crónico ofrece un porcentaje más elevado de respuestas únicas respecto al paciente agudo.

- 10 - El porcentaje de respuestas múltiples constituye también un indicador altamente sensitivo no sólo para discriminar el grupo experimental del grupo de control, sino para diferenciar los dos grupos evolutivos de la muestra esquizofrénica: agudos y crónicos. En el grupo de crónicos, la cuantía del porcentaje de respuestas múltiples ha sido muy superior al correspondiente en el grupo de agudos, siendo la diferencia estadísticamente significativa.
- 11 - La evidencia obtenida no concede ningún crédito a las opiniones mantenidas por algunos autores sobre el papel relevante de la personalidad premorbosea en el determinismo de la desviación de la conducta asociativa verbal del paciente esquizofrénico. Las diferencias en los valores obtenidos entre el grupo de esquizofrénicos con personalidad premorbosea normal y el grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal, no son estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas.
- 12 - Solamente en una variable estadística, el porcentaje de autoreferencias, se puede discriminar significativamente la muestra experimental de la muestra de control, confirmando este hallazgo el alto grado de egocentrismo

y la actitud autoreferencia que posee el lenguaje es espontáneo esquizofrénico, expresado por el empleo fre cuente de pronombres personales de primera persona.

- 13 - Por el contrario, en líneas generales, los datos pro porcionados por la estadística lingüística no apoyan la supuesta relación entre trastorno esquizofrénico y alteración de la estructura del lenguaje. En realid dad, la estructura del lenguaje, en la medida en que está reflejada en los índices lingüísticos cuantitativ os, resulta independiente de la anormalidad psicótica.
- 14 - Desde el punto de vista de las propiedades estadística s del lenguaje espontáneo las diferencias en los va lores obtenidos entre el grupo de esquizofrénicos agud os y el grupo de esquizofrénicos crónicos no son estadísticamente significativas en ninguna de las variab les analizada, no confirmando la evidencia obtenida el posible papel asignado a la cronicidad y/o la hospi talización en la estructura del lenguaje espontáneo del paciente esquizofrénico.
- 15 - Asimismo, las diferencias en los valores obtenidos en los parámetros estadístico-lingüísticos entre el grup o de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal y el grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal, no son estadísticamente significa ntas.

cativas, no concediendo ningún apoyo estos resultados a favor del papel relevante de la personalidad prepsicótica en el determinismo de la anomalia lingüística del paciente esquizofrénico.

16 - Desde el punto de vista de las probabilidades transicionales del lenguaje espontáneo, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en los valores que expresan la redundancia del lenguaje entre el grupo esquizofrénico y el grupo normal, como tampoco entre los esquizofrénicos agudos respecto de los crónicos, y entre los esquizofrénicos con buena personalidad premorbose frente a los esquizofrénicos con personalidad premorbose anormal.

17 - En ninguna de las variables que hemos estudiado en las tres partes de la investigación (asociación verbal, estilística cuantitativa y redundancia) se ha podido detectar un efecto de interacción cronicidad x personalidad, estadísticamente significativo.

18 - En definitiva, de las tres partes bien diferenciadas de la investigación sobre la conducta verbal del sujeto esquizofrénico, solamente en la primera (asociación verbal), los datos obtenidos resultan significativos para la discriminación del grupo normal respecto al grupo esquizofrénico y en cierta medida para separar los dos grupos evolutivos de la muestra patológica.

En los dos siguientes apartados: propiedades estadísticas y probabilidades transicionales, los resultados, a excepción del porcentaje de autoreferencias, son prácticamente nulos de cara a obtener un perfil lingüístico característico del lenguaje esquizofrénico.

- 19 - Parece evidente que en relación con el principal objetivo de nuestra investigación, la especificación de las características del lenguaje en la esquizofrenia, los resultados al no confirmar la presencia de una deviación de la estructura del lenguaje en los pacientes esquizofrénicos, se sitúan en contra de la noción del lenguaje esquizofrénico. Con las variables demográficas, intelectual y sociocultural, adecuadamente controladas, nuestros resultados cuestionan seriamente el punto de vista de que los esquizofrénicos presentan una deficiencia general del lenguaje, rechazando por consiguiente la propia concepción del lenguaje esquizofrénico.
- 20 - La investigación de la conducta verbal mediante los tests de asociación verbal pueden ofrecer resultados muy sugestivos para la comprensión del pensamiento y del lenguaje del sujeto esquizofrénico, pero estos hallazgos no pueden extrapolarse a la conducta verbal fuera de la situación experimental del test de asociación verbal.

21 - Finalmente, al contemplar nuestros hallazgos queremos expresar nuestras reservas por la metodología experimental utilizada en esta investigación. Pensamos que el abordaje meramente cuantitativo no parece el más adecuado para valorar un fenómeno tan complejo y rico como es la expresión verbal del esquizofrénico. El lenguaje escrito (transcripción del lenguaje oral espontáneo previamente grabado), tal como ha sido utilizado en el presente estudio constituye un testimonio incompleto de la complejidad del lenguaje hablado, con su acentuación, su ritmo y sus gestos asociados. Estos fenómenos concomitantes son los que dan la verdadera significación a un mensaje. Parece por consiguiente evidente que la investigación limitada a cuantificar las alteraciones lingüísticas del lenguaje esquizofrénico, sin considerar tanto los aspectos expresivos extralingüísticos, las señales empáticas, no codificables e inefables, como el propio contenido del lenguaje, no aporta ninguna contribución relevante para la comprensión de la esquizofrenia.

VIII - BIBLIOGRAFIA

Anderson, E.W. y Mallinson, W.P. :

"Psychogenic episodes in the course of major psychoses". J. ment. Sci., 87, 383, 1941. Pág. 259.

Arieti, S. :

"Autistic thought, its formal mechanism and its relationship to schizophrenia". Journal of nervous and mental disease, III, 288-303, 1950.

Arieti, S. :

"Interpretation of schizophrenia". New York, Robert Brunner, 1955.

Ayllon, T. y Azrin, N. :

"The token economy". New York, Appleton-Century-Crofts, 1968.

Bannister, D. :

"The nature and measurement of schizophrenic thought disorder". J. ment. Sci., 108, 825, 1962.

Bannister, D. y Salmon, P. :

"Schizophrenic thought disorder specific or diffuse?". Brit. J. med. Psychol., 39, 215, 1966.

Bannister, D. y Fransella, F. :

"A grid test of schizophrenic thought disorder". Brit. J. Soc. Clin. Psychiat., 5, 95, 1966.

Barison, F. :

"L'astrazione formale del pensiero queale sintomo di schizofrenia". Schizofrenie, 3, 1, 1934.

Bateson, G. ; Jackson, D. ; Haley, J. y Weakland, J. :
"Toward a theory of schizophrenia". Behav. Sci., 1, 251, 1956.

Benjamin, J.D. :

"Un método para distinguir y valorar los desórdenes formales del pensamiento en la esquizofrenia", en "Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia" (J.A. Kasanin). Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1968.

Bente, D. y Römer, M. :

"Quantitative Textanalysen zum Sprachwandel Hölderlins in der Psychose". Confin. Psychiat., 12, 57-64, 1969.

Bertoch, D. J. :

"Encoder-decoder variables level of response uncertainty and verbal redundancy of psychiatric patients". Tesis doctoral University of Utah, 1966.

Blanfarb, H. :

"A demonstration of verbal abstracting ability in chronic schizophrenics under enriched stimulus and instructional conditions". Journal of Consulting Psychology., 26, 471-475, 1962.

Bleuler, E. :

"Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias". Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1960.

Bobon, J. :

"Préambule à l'étude des neologismes et des glossolalies". Journ. belge neurol. psychiat., 43, 113, 1943.

Bobon, J. :

"Nouvelle observation de schizoparalexie et schizoparagraphie"
Acta Neural. psychtr. belg., 52, 286, 1952.

Bobon, J. :

"Introduction historique à l'étude des neologismes et des
glossolalies en psychopathologie". Paris, Masson-Vaillant-
Carmagne, 1952.

Bobon, J. :

"Psychopathologie de l'expression". Paris, Masson, 1962.

Boder, D.F. :

"The adjective-verb quotient". Psychological Record, 3,
309-343, 1940.

Borst, A. :

"Le langage chez les schizophreⁿes". Annales Médico-Psycholo
giques, 1, 1, 1976.

Brengelman, J.C. :

"Expressive movements and abnormal behavior", en "Handbook
of abnormal psychology (Editor: H.J. Eysenck). London, Pit-
man Medical Publishing Co., 1960.

Broen, W.E. y Storms, L.H. :

"Lawful disorganization: the process underlying a schizophre
nic syndrome". Psychological Review, 73, 265-279, 1966.

Broen, W.E. y Storms, L.H. :

"A theory of response interference in schizophrenia", en

"Progress in experimental personality research" (B.A. Maher).
New York, Academic Press, 1967.

Buss, A. H. y Lang, P.J. :

"Psychological deficit in schizophrenia : affect, reinforcement and concept attainment". *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 2-24, 1965.

Callieri, B. y Semerari, A. :

"La simulazione di malattia mentale". Roma, Abbruzzini, 1959.

Callieri, B. y Frighi, L. :

"Contributo psicopatologico allo studio dei disturbi della comunicazione negli schizofrenici". *Il Verri*, 15, 45, 1964.

Cameron, N. :

"Análisis experimental del pensamiento esquizofrénico", en
"Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia" (J.A. Kasanin)
Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1968.

Cénac, M. :

"Les glossolalies". París, Jouve, 1925.

Cotard, L. :

"Etude séméiologique du psittacisme". París, Tesis, 1909.

Cramer, P. :

"Response entropy as a function of the affective quality of the stimulus". *Psychonomic Science*, 3, 347-348, 1965.

Cramer, P. :

"Word association". New York, Academic Press, 1968.

Crider, A. B. ; Grinspoon, L. y Maher, B.A. :

"Autonomic and psychomotor correlates of premorbid adjustment in schizophrenia". Psychosomatic Medicine, 27, 301-306, 1965.

Critchley, M. :

"The neurology of psychotic speech". British Journal of Psychiatry, 110, 353-65, 1964.

Chapman, L.J. ; Chapman, J.P y Miller, G.A. :

"A theory of verbal behavior in schizophrenia", en "Progress in experimental personality research". (B.A. Maher). New York, Academic Press, 1964.

Chaslin, P. :

"Eléments de séméiologie et clinique mentales". Paris, Asselin et Houzeau, 1912.

Cheek, F. y Amarel, M :

"Studies in the sources of variation in cloze scores". J. abnorm. Psychol., 73, 424-30, 1968.

Deckner, C.W. y Blanton, R.L. :

"Effect of context and strength of association on schizophrenic verbal behavior". J. abnorm. Psychol., 74, 348-351 1969.

Deering, G. :

"Affective stimuli and disturbance of thought processes". Journal of Consulting Psychology., 27, 338-343, 1963.

Deese, J. :

"The structure of association in language and thought".
Baltimore, Johns Hopkins Press, 1965.

De Martis, D. y Petrella, F. :

"Le stereotipie. Studio psicologico e clinico". Riv. sper.
Freniatr., 88, 946, 1964.

Dodecki, P.R. ; Polidoro, L.G. y Cromwell, R.L. :

"Commonality and stability of word association responses in
good and poor premorbid schizophrenics". Journal of Abnor-
mal Psychology, 70, 312-316, 1965.

Ellsworth, R.B. :

"The regression of schizophrenic language". Journal of Con-
sulting Psychology. 15, 387-39, 1951.

Entwisle, D.R. ; Forsyth, D.F. y Muuss, R. :

"The syntactic-paradigmatic shift in children's word associa-
tions". Journal of verbal learning and verbal behavior, 3,
19-29, 1964.

Ey, H. :

"Groupe des schizophrénies". Encyclopéd. med. chi., Psychia-
trie 37282, A 10, 1955.

Eyenck, S.B.G. :

"A dimensional analysis of mental abnormality". Tesis doc-
toral, University of London, 1955.

Fairbanks, H. :

"The quantitative differentiation of samples of spoken language". Psychological Monographs, 56 (255), 19-38, 1944.

Farina, A. ; Garnezy, N. y Barry, H. :

"Relationship of marital status to incidence and prognosis of schizophrenia". Journal of Abnormal and Social Psychology 67, 624-630, 1963.

Feldstein, S. y Jaffe, J. :

"Vocabulary diversity of schizophrenics and normals". Journal of speech and hearing research, 5, 76-78, 1962.

Fernández Trespacios, J. L. :

"Estudio comparativo de la conducta verbal asociativa de norteamericanos y españoles". Revista de Psicología general y Aplicada, 31, 139, 1976.

Fish, F. :

"Fish's schizophrenia" (Editor: M. Hamilton). Bristol, John Wright, 1976.

Flavel, J.H. :

"Abstract thinking and social behavior in schizophrenia". Journ. soc. abnorm. psychol. 52, 208, 1956.

Flavel, J.H. ; Draguns, J. ; Feinberg, L.D. y Budin, W. :

"A microgenetic approach to word association". J. abnorm. soc. Psychol., 1, 7, 1958.

Flegel, H. :

"Schizophasie in linguistischer Deutung. Berlin, Springer, 1965.

Flekkoy, K. ; Astrup, C. y Hartmann, T. :

"Word associations in schizophrenics: a ten-year follow-up"
Acta Psychiatrica Scandinava, 209-216, 1968.

Flournoy, Th. :

"Sonnambulisme et glossolalie". Arch. psychol, 9, 208, 1910.

Forrest, D.V. :

"Poiesis and the language of schizophrenia". Psychiatry ,
28, 1-18, 1965.

Fretet, J. : "Syntaxe d'une schizophasique". Ann. méd.

psychol., 1, 777, 1937.

Fuller, G.D. y Kates, S.L. :

"Word association repertoires of schizophrenics and normals".
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33, 4,
497-500, 1969.

Galton, F., citado en E. Heidbreder. :

"Psicologías del siglo XX". Buenos Aires, Paidós, 1967.

Garmezy, N. :

"The prediction of performance in schizophrenia", en "Psychopathology of schizophrenia" (P. Hoch). New York, Grune y Stratton, 1966.

Goldstein, K. :

"Enfoque metodológico para el estudio del desorden del pensamiento esquizofrénico", en "Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia" (J.A. Kasanin). Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1968.

Guiraud, P. :

"Analyse du symptôme stéréotypé". *L'Encéphale*, 2,4, 1936.

Guiraud, P. :

"Problèmes et Méthodes de la statistique linguistique". Paris, P.U.F., 1960.

Hammer, M. y Salzinger, K. :

"Some formal characteristics of schizophrenic speech as a measure of social deviance". *Annals of the N.Y. Academy of Sciences*, 105, 861-889, 1964.

Hart, D.S. y Payne, R.W. :

"Language Structure and predictability in overinclusive patients". *Brit. J. Psychiat.*, 123, 643-62, 1973.

Higgins, J. ; Mednick, S.A. y Philip, F.J. :

"Associative disturbance as a function of chronicity in schizophrenia". *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 451-452, 1965.

Hollingshead, A.B. y Redlich, F.C. :

"Social class and mental illness". New York, John Wiley, 1958.

Honigfeld, G. :

"Cloze analysis in the evaluation of central determinants of comprehensibility" en "Research in verbal behavior and some neurophysiological implications" (K. Salzinger). New York, Academic Press, 1967.

Hörmann, H. :

"Psycholinguistics". Berlin, Springer-Verlag, 1971.

Hoves, D. :

"On the relation between the probability of a word as an association and in general linguistic usage". J. abnorm. soc. Psychol., 54, 75-85, 1957.

Hunt, J.M. y Cofer, C.N. :

"Psychological deficit in schizophrenia", en "Personality and the behavior disorders" (Editor, J.M. Hunt). New York, Ronald Press, 1944.

Hunt, W.A. y Jones, N.F. :

"Clinical judgment of some aspects of schizophrenic thinking" Journal of Clinical Psychology. 14, 235-239, 1958.

Jaffe, J. :

"The study of language in psychiatry", en "American Handbook of Psychiatry" (Editor: S. Arieti). Tomo III, New York, Basic Books, 1966.

Jakobson, R. :

"Semiología, afasia y discurso psicótico". Buenos Aires, Rodolfo Alonso Editor, 1973.

Jenkins, J.J. :

"Commonality of associations as an indicator of more general patterns of verbal behavior". En "Style and language" (Editor: T.A. Seblock), New York, Wiley, 1960.

Johannsen, W.J. :

"Motivation in schizophrenic performance". Psychological Reports, 15, 839, 1964.

Johnson, R.C. ; Weiss, R.L. y Zelhart, P.F. :

"Similarities and differences between normal and psychotic subjects in response to verbal stimuli". Journal of abnormal and Social Psychology., 68, 221-226, 1964.

Jung, J. :

Experimental Studies of factors affecting word associations". Psychol. Bull., 66, 125-133, 1906.

Kahlbaum, K. :

"Die Katatonie oder das Spannungsirresein". Berlin, Hirschwald, 1874.

Kasanin, J.A. :

"Lenguaje y Pensamiento en la esquizofrenia". Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1968.

Kelly, G.A. :

"The psychology of personal constructs". New York, Norton, 1955.

Kent, G.H. y Rosanoff, A. S. :

"A study of association in insanity". Amer. J. Insanity.,
67, 317-390, 1910.

Kent, G.H. y Rosanoff, A.S. :

"Normas españolas para el test de asociaciones verbales".
Publicaciones cátedra de Psicología. Universidad Complut.
Madrid, 1976.

Kisker, G.W. :

"The disorganized personality". New York, Mc Graw-Hill, 1964.

Kleist, K. :

"Über Sprachstörungen bei Geisteskranken". Zeitsbl. Neurol.,
7, 812, 1913.

Kleist, K. :

"Aphasie und Geisteskrankheiten". Münchn. med. Wchschr.,
61, 8, 1914.

Kraepelin, E. :

"Lehrbuch der Psychiatrie". Leipzig, Barth, 1915.

Kussmaul, A. :

"Les troubles de la parole". Paris, Baillièrre, 1884.

Laffal, J. :

"Response faults in word association as a function of res-
ponse entropy". J. abnorm. soc. Psychol., 50, 2, 265-270,
1955.

Lanteri-Laura, G. :

"Introduction historique à la pathologie de la communication".
Encyclopéd. méd. chir., Psychiatrie., 37129 A 10, 1970.

Lewis, N.D.C. :

"Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia" (J.A. Kasanin)
Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1968.

Lorenz, N. y Cobb, S. :

"Language patterns in psychotic and psychoneurotic patients"
Archives of Neurology and Psychiatry., 72, 665-673, 1954.

Luria, A.R. : "A child's speech responses and the social
environment" (traducción inglesa). Soviet Psychology, 13, 1,
1974.

Mc Gaughran, L.S. y Moran, L.J. :

"Conceptual level vs. conceptual area analysis of object-
sorting behavior of schizophrenic and non-psychiatric groups".
Journal of Abnormal and social psychology, 52, 43, 1956.

Mc Ghie, A. :

"Studies of cognitive disorders in schizophrenia" en "Recent
developments in schizophrenia". London, R.M.P.A., 1967.

Maher, B.A. :

"Principles of psychopathology". New York, Mc Graw Hill, 1966.

Maher, B.A. ; McKean, K.O. y Mc Laughlin, B. :

"Studies in psychotic language". En Stone, P. (ed.), "The

general inquires: a computer approach to content analysis.
Cambridge, Massachussets, M.I.T. Press, 1966.

Maher, B. :

"The language of schizophrenia: A review and interpretation".
Brit. J. Psychiatry, 120, 3-17, 1972.

Mann, M.B. :

"The quantitative differentiation of samples of spoken language".
Psychological Monographs, 56, 41-74, 1944.

Martini, T. :

"Veränderung der Ausdrucksweise bei Irren". Allgem. Zeitschr.
Psichtr., 13, 605, 1856.

Mednick, S.A. :

"A learning theory approach to schizophrenia". Psychological
Bulletin, 55, 316-327, 1958.

Mednick, S.A. y Schulsinger, F. :

"Some premorbid characteristics related to breakdown in
children with schizophrenic mothers", en "The transmission
of schizophrenia" (D. Rosenthal). New York, Pergamon Press,
1968.

Milgram, N.A. :

"Cognitive and emphatic factors in role-taking by schizo-
phrenic and brain-damaged patients". Journal of abnormal
psychology, 60, 219, 1959.

Monedero, C. :

"Psicopatología general". Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.

Moran, L.J. ; Gorham, D.R. y Holtzman, W.W. :

"Vocabulary knowledge and usage of schizophrenic subjects: A six-year follow-up". Journal of Abnormal and Social Psychology, 61, 246-254, 1960.

Moran, L.J. ; Mefferd, R.B. y Kimble, J.P. :

"Idiodynamic sets in word association". Psychological monographs, 78, 1964.

Moroz, M. y Fosmire, F.R. :

"Application of close procedure to schizophrenic language". Dis. nerv. syst., 27, 408-410, 1966.

Muller, Ch. :

"Estadística lingüística". Madrid, Gredos, 1973.

Murray, H.A. :

"Manual for the Thematic Apperception Test". Cambridge, Harvard University Press, 1943.

Nathan, P.E. ; Schneller, P. y Lindsley, O.R. : "Direct measurement of communication during Psychiatric admission interviews". Behavior Research and Therapy, 2, 49, 1964.

Noyes, A. P. :

"Modern clinical psychiatry". Filadelfia, Saunders, 1963.

O'Brien, F. :

"Increased communication of chronic mental patients by reinforcement and by response priming". *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 23-29, 1970.

Osgood, Ch. E. y Seblok, T.A. :

Psicolingüística". Barcelona, Planeta, 1974.

Paul, G.L. :

"Chronic mental patient: current status, future directions" *Psychological Bulletin*, 71, 81-94, 1969.

Pavy, D. ; Grinspoon, L. y Shader, R.I. :

"Word Frequency measures of verbal disorders in Schizophrenia". *Diseases of the Nervous System*, 8, 553-56, 1969.

Payne, R.W. ; Mattussek, P. y George, E.I. :

"An experimental study of schizophrenic thought disorder". *Journ. ment. sci.*, 105, 627, 1959.

Payne, R.W. y Hewlett, J.H.G. :

"Thought disorder in psychotic patients", en "Experiments in personality" (editor Eysenck) London, Routledge y cegan Paul, 1960.

Payne, R.W. y Friedlander, D. :

"A short battery of simple tests for measuring overinclusive thinking". *Journ. ment. sci.*, 108, 362, 1962.

Pearl, D. :

"Language processing ability of process and reactive schizophrenics". *Journal of Psychology*, 55, 419-425, 1963.

Peters, U.H. :

"Wortfeld-Störung und Satzfeld-Störung". Arch. Psychiat.
Nerverkr. 217, 1-10, 1973.

Pfersdorff, C. :

"Contribution à l'étude des catégories du langage". Travaux
de la clinique psychiatrique de Strasbourg, 7, 307, 1929.

Pfersdorff, C. :

"Les catégories du langage aphasique et la dissociation schi-
zophrénique". Ann. méd. psychol. 1, 1-11, 1935.

Phillips, L. :

"Case history data and prognoses in Schizophrenia". J.Nerv.
Ment. Dis., 117, 515-525, 1953.

Piaget, J. :

"Le langage et la pensée chez l'enfant". Neuchatel, Dela-
chaux, 1924.

Pinard, G. :

"The associative process in chronic schizophrenies and con-
trols". Comunicación, VI Congreso Mundial de Psiquiatría,
Honolulu, 1977.

Pinillos Diaz, J.L. :

"Principios de Psicología". Madrid, Alianza Editorial, 1975.

Pinillos Diaz, J.L. :

"Normas españolas para el test de asociaciones verbales".

Publicaciones Cátedra de Psicología. Universidad Complutense. Madrid, 1976.

Firella, A. :

"Sul problema della stereotipia schizofrenica come sintomo significativo e come reazione istituzionalizzata". Giorn. psychtr. neuropatol., 93, 1045, 1965.

Piro, S. :

"Il linguaggio schizofrenico". Milan, Feltrinelli, 1971.

Portnoy, S. :

"A comparison of oral and written verbal behavior", en "Studies in verbal behavior". (Editores: K. Salzinger y R.S. Feldman). New York, Pergamon Press, 1973.

Racamier, P.C. :

"Troubles de la sémantique". Encycl. méd-chir. Psychiatrie. Tomo I, 27130, C10, 1955.

Rapaport, D. ; Gill, N. y Schafer, R. :

"Diagnostic psychological testing". Vol. 2, Chicago, Year Book Publishers, 1946.

Real Academia Española :

"Esbozo de una Nueva Gramática de la Lengua Española". Madrid, Espasa-Calpe, 1973.

Rice, J. :

"Disordered language as related to autonomic responsibility

and the process-reactive distinction". J. abnorm. Psychology, 76, 50-54, 1970.

Rodnick, E.H y Garmecy, N.:

"An experimental approach to the study of motivation in schizophrenia", en "Nebraska symposium on motivation" (M. Jones). Lincoln, University Garmecy of Nebraska, 1957.

Rosen, E. y Gregory, I. : "Abnormal Psychology". Filadelfia, W.B. Saunders, 1965.

Ruesch, J. y Bateson, G. :

"Communication. The Social matrix of psychiatry". New York, Norton, 1968.

Ruiz Ruiz, M. y Cols. :

"Actitudes de la población hacia la enfermedad mental": Ponencia al XIII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Mérida, Septiembre, 1975.

Rümke, H.C. :

"La differenciation clinique à l'intérieur du groupe des schizophrénies". Evolut. Psychtr., 3, 525, 1958.

Rümke, H.C.:

"Ausgewählte Vorträge und Aufsätze". Berlin, Springer, 1967.

Rutter, D. R. ; Wishner J. y Callaghan, B.A. :

"The prediction and predictability of speech in schizophrenic patients". Brit. J. Psychiatry. 126, 571-6, 1975.

Salzinger, K. y Pisoni, S. :

"Reinforcement of verbal affect responses of normal subjects during the interview". Journal of Abnormal and social psychology, 57, 84, 1958.

Salzinger, K. ; Portnoy, S. y Feldman, R.S. :

"Verbal behavior of Schizophrenic and normal subjects". Anuals of the N.Y. Academy of Sciences, 105, 845-860, 1964.

Salzinger, K. ; Portnoy, S. y Feldman, R.S. :

"Verbal behavior in schizophrenics and some comments toward a theory of schizophrenia". Proc. Amer. Psychopath. Assoc. 54, 98-128, 1966.

Salzinger, K. ; Portnoy, S. ; Pisoni, D. y Feldman, R.S. :

"The immediacy hypothesis and response-produced stimuli in schizophrenic speech". Journal of Abnormal Psychology, 76, 258, 1970.

Salzinger, K. :

"An hypothesis about schizophrenic behavior". American Journal of Psychotherapy, 25, 601, 1971.

Sanssure, F. :

"Curso de lingüística general". Buenos Aires, Editorial Losada, 1974.

Saporta, S. :

"Psycholinguistics: a book of readings". New York, Holt, Rinehart y Winston, 1961.

Schneider, C. :

"Die Psychologie der Schizophrenie". Zeitschr. Neurol., 127, 1930.

Schneider, K. :

"Patopsicología clínica". Madrid, Paz Montalvo, 1952.

Seglas, J. :

"Les troubles du langage chez les aliénés". Paris, J. rueff, 1892.

Seth, S. y Beloff, H. :

"Language impairment in a group of schizophrenics". British Journal of Medical Psychology, 32 (4), 288-293, 1959.

Shakow, D. :

"Segmental set. A theory of the formal psychological deficit in schizophrenia". Arch. Gen. Psychiatry, 6, 1, 1.962.

Shakow, D. y Jellinek, E.M. :

"Composite index of the Kent-Rosanoff Free Association Text" Journal of Abnormal Psychology, 70, 403-404, 1965.

Shannon, C.E. y Weaver, W. :

"The mathematical theory of communication". Urbana, Ill. University of Illinois Press, 1949.

Shinkunas, A.M. :

"Conceptual déficit in schizophrenia: a reappraisal". Brit. J. Med. Psychol., 45, 149, 1972.

Silverman, J. :

"Psychological deficit reduction in schizophrenia through response-contingent noxious reinforcement". Psychological reports, 13, 187, 1963.

Silverman, G. :

"Psycholinguistics of schizophrenic language". Psychological Medicine, 2, 254-9, 1972.

Silverman, G. :

"Redundancy, repetition and pausing in schizophrenic speech". Brit. J. Psychiat. 122, 407-13, 1973.

Slechts, J. ; Gwynn, W. y Peoples, C. : "Verbal conditioning of schizophrenics and normals in a situation resembling psychotherapy". Journ. cons. psychol., 27, 223, 1963.

Snell, L. :

"Über die veränderte Sprechweise und die Bildung neuer Worte und Ausdrücke im Wahnsinn". Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 9, 11-23, 1852.

Sommer, R. ; Dewar, R. y Osmond, H. :

"Is there a schizophrenic language?". Archives of General Psychiatry, 3, 661-673, 1960.

Spence, J.T. ; Lair, C.V. y Goodstein, L.D. :

"Effects of different feedback conditions on verbal discrimination learning in schizophrenic and nonpsychiatric subjects". Journal of verbal learning and verbal behavior, 2, 339, 1963.

Steinthal, H. :

"Enleitung in der Psychologie". Berlin, 1881.

Storms, L.H. y Broen, W.E. :

"Verbal associative stability and appropriateness in schizophrenics, neurotics and normals as a function of time pressure". American Psychologist, 19, 460, 1964.

Storms, L.H. ; Broen, W.E. y Levin, I.P. :

"Verbal associative stability and commonality as a function of stress in schizophrenics, neurotics and normals". Journal of Consulting Psychology, 31, 181-187, 1967.

Stransky, E. :

"Über Sprachverwirrtheit". Halle, Marhold, 1905.

Sullivan, H.S. :

"La teoría interpersonal de la psiquiatría." Buenos Aires, Editorial Psique, 1964.

Tanzi, E. :

"I neologismi degli alienati in rapporto con i deliri cronici". Riv. sperim. Freniatr. 15, 352, 1889.

Taylor, W.L. :

"Cloze procedure": a new tool for measuring readability" Journalism Quarterly 30, 415-33, 1953.

Teulié, G. :

"Les rapports des langages néologiques avec les idées délirantes en médecine mentale". Paris, Picard, 1927.

Teulié, G. :

"La schizophasie". Ann. méd. psychol. 89, 113, 1931. 89, 225, 1931.

Venables, P.H. :

"Input dysfunction in schizophrenia", en "Progress in experimental personality research". (Editor: B.A. Maher). New York, 1964.

Von Domarus, E. :

"Las leyes específicas de la lógica en la esquizofrenia", en "Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia" (J.S. Kasanin). Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1968.

Wahl, O. y Wishner, J. :

"Schizophrenic thinking as measured by developmental tests". J. Nerv. Ment. Dis., 155, 232, 1972.

Wechsler, D. :

"Escala de la inteligencia para adultos (W.A.I.S.)". Madrid, T.E.A., 1970.

Wells, F.L. :

"Autistic mechanisms in association reaction". Psychological Review, 26, 326-381, 1919.

White, W.A. :

"The language of schizophrenia". Archives of Neurology and Psychiatry, 16, 395-413, 1926.

White, R.W. :

"The abnormal personality". New York, Ronald Press, 1964.

White, M.A. :

"A study of schizophrenic language". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44, 61-74, 1949.

Whitehorn, J. y Zipf, G. :

"Schizophrenic language". *Archives of Neurology and Psychiatry*, 49, 831-851, 1943.

Woodworth, R.S. :

"Experimental Psychology". New York, Henry Holt, 1938.

Wundt, W. citado en E. Heidbreder :

"Psicologías del siglo XX". Buenos Aires, Paidós, 1967.

Wyne, R.D. :

"Influence of hospitalization on the verbal behavior of chronic schizophrenics". *Journal of mental science*, 109, 380-310, 1963.

Zipf, G.K. :

"Human behavior and the principle of least effort". Cambridge (Mass.), Addison-Wesley, 1949.

IX - INDICE DE TABLAS

TABLA I	Grupo de normales. Características demográficas.
" II	Grupo de esquizofrénicos agudos. Características demográficas y clínicas.
" III	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Características demográficas y clínicas.
" IV	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal.
" V	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal.
" VI	Comparación de las características de los grupos experimental y control.
" VII	Grupo de normales. Índice de variabilidad de las respuestas.
" VIII	Grupo de esquizofrénicos agudos. Índice de variabilidad de las respuestas.
" IX	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Índice de variabilidad de las respuestas.
" X	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Índice de variabilidad de las respuestas.
" XI	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Índice de variabilidad de las respuestas.
" XII	Análisis de varianza. Variabilidad.

TABLA XIII	Grupo de sujetos normales. Índice de comunalidad.
" XIV	Grupo de esquizofrénicos agudos. Índice de comunalidad.
" XV	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Índice de comunalidad.
" XVI	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Índice de comunalidad.
" XVII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Índice de comunalidad.
" XVIII	Análisis de varianza. Comunalidad.
" XIX	Grupo de sujetos normales. Porcentaje de respuestas únicas.
" XX	Grupo de esquizofrénicos agudos. Porcentaje de respuestas únicas.
" XXI	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Porcentaje de respuestas únicas.
" XXII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Porcentaje de respuestas únicas.
" XXIII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Porcentaje de respuestas únicas.
" XXIV	Análisis de varianza. Respuestas únicas.
" XXV	Grupo de sujetos normales. Porcentaje de respuestas sintagmáticas.

TABLA XXVI	Grupo de esquizofrénicos agudos. Porcentaje de respuestas sintagmáticas.
" XXVII	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Porcentaje de respuestas sintagmáticas.
" XXVIII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Porcentaje de respuestas sintagmáticas.
" XXIX	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Porcentaje de respuestas sintagmáticas.
" XXX	Análisis de varianza. Respuestas sintagmáticas.
" XXXI	Grupo de sujetos normales. Porcentaje de respuestas paradigmáticas.
" XXXII	Grupo de esquizofrénicos agudos. Porcentaje de respuestas paradigmáticas.
" XXXIII	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Porcentaje de respuestas paradigmáticas.
" XXXIV	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Porcentaje de respuestas paradigmáticas.
" XXXV	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Porcentaje de respuestas paradigmáticas.
" XXXVI	Análisis de varianza. Respuestas paradigmáticas.

TABLA XXXVII	Grupo de sujetos normales. Porcentaje de bloqueos.
" XXXVIII	Grupo de esquizofrénicos agudos. Porcentaje de bloqueos.
" XXXIX	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Porcentaje de bloqueos.
" XL	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Porcentaje de bloqueos.
" XLI	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Porcentaje de bloqueos.
" XLII	Análisis de varianza. Bloqueos.
" XLIII	Grupo de sujetos normales. Porcentaje de respuestas múltiples.
" XLIV	Grupo de esquizofrénicos agudos. Porcentaje de respuestas múltiples.
" XLV	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Porcentaje de respuestas múltiples.
" XLVI	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Porcentaje de respuestas múltiples.
" XLVII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Porcentaje de respuestas múltiples.
" XLVIII	Análisis de varianza. Respuestas múltiples.

TABLA XLIX	Grupo de sujetos normales. Tiempo de reacción.
" L	Grupo de esquizofrénicos agudos. Tiempo de reacción.
" LI	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Tiempo de reacción.
" LII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Tiempo de reacción.
" LIII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Tiempo de reacción.
" LIV	Análisis de varianza. Tiempo de reacción.
" LV	Grupo de sujetos normales. Porcentaje de respuestas lentas.
" LVI	Grupo de esquizofrénicos agudos. Porcentaje de respuestas lentas.
" LVII	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Porcentaje de respuestas lentas.
" LVIII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Porcentaje de respuestas lentas.
" LIX	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Porcentaje de respuestas lentas.
" LX	Análisis de varianza. Respuestas lentas.
" LXI	Grupo de sujetos normales. Porcentaje de palabras distintas.

TABLA LXII	Grupo de esquizofrénicos agudos. Porcentaje de palabras distintas.
" LXIII	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Porcentaje de palabras distintas.
" LXIV	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Porcentaje de palabras distintas.
" LXV	Grupos de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Porcentaje de palabras distintas.
" LXVI	Análisis de varianza. Palabras distintas.
" LXVII	Grupo de sujetos normales. Porcentaje de adjetivos.
" LXVIII	Grupo de esquizofrénicos agudos. Porcentaje de adjetivos.
" LXIX	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Porcentaje de adjetivos.
" LXX	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Porcentaje de adjetivos.
" LXXI	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Porcentaje de adjetivos.
" LXXII	Análisis de varianza. Adjetivos.
" LXXIII	Grupo de sujetos normales. Porcentaje de verbos.
" LXXIV	Grupo de esquizofrénicos agudos. Porcentaje de verbos.

TABLA LXXV	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Porcentaje de verbos.
" LXXVI	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Porcentaje de verbos.
" LXXVII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Porcentaje de verbos.
" LXXVIII	Análisis de Varianza. Verbos.
" LXXIX	Grupo de sujetos normales. Razón adjetivo/verbo.
" LXXX	Grupo de esquizofrénicos agudos. Razón adjetivo/verbo.
" LXXXI	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Razón adjetivo/verbo.
" LXXXII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Razón adjetivo/verbo.
" LXXXIII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Razón adjetivo/verbo.
" LXXXIV	Análisis de varianza. Razón Adjetivo/verbo.
" LXXXV	Grupo de sujetos normales. Porcentaje de <u>auto</u> referencias.
" LXXXVI	Grupo de esquizofrénicos agudos. Porcentaje de autoreferencias.
" LXXXVII	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Porcentaje de autoreferencias.
" LXXXVIII	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Porcentaje de autoreferencias.

TABLA LXXXIX	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Porcentaje de autoreferencias.
" XC	Análisis de Varianza. Autoreferencias.
" XCI	Grupo de sujetos normales. Índice de predictabilidad.
" XCII	Grupo de esquizofrénicos agudos. Índice de predictabilidad.
" XCIII	Grupo de esquizofrénicos crónicos. Índice de predictabilidad.
" XCIV	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica normal. Índice de predictabilidad.
" XCV	Grupo de esquizofrénicos con personalidad prepsicótica anormal. Índice de predictabilidad.
" XCVI	Análisis de Varianza. Predictibilidad.
" XCVII	Resultados totales. Esquizofrénicos Vs. Normales.
" XCVIII	Resultados Totales. Esquizofrénicos agudos Vs. Esquizofrénicos crónicos
" XCIX	Resultados Totales. Esquizofrénicos con personalidad premorbosa normal Vs. Anormal.

X - ANEXO I

LISTA DE PALABRAS-ESTIMULO DE KENT-ROSANOFF

1. MESA
2. OSCURO
3. MUSICA
4. ENFERMEDAD
5. HOMBRE
6. PROFUNDO
7. BLANDO
8. CONFORT
9. MONTAÑA
10. CASA
11. NEGRO
12. CARNERO
13. COMIDA
14. MANO
15. CORTO
16. FRUTA
17. MARIPOSA
18. SUAVE
19. ENCARGAR
20. SILLA
21. DULCE
22. SILBAR
23. MUJER
24. FRIO
25. LENTO
26. DESEO
27. RIO
28. BLANCO
29. BELLEZA
30. VENTANA
31. TOSCO
32. CIUDADANO
33. PIE
34. ARAÑA
35. AGUJA
36. ROJO
37. DORMIR
38. COLERA
39. ALFOMBRA
40. NIÑA
41. ALTO
42. TRABAJO
43. AGRIO
44. TIERRA
45. PREOCUPACION
46. SOLDADO
47. COL
48. DURO
49. AGUILA
50. ESTOMAGO
51. TALLO
52. LAMPARA
53. SUEÑO
54. AMARILLO
55. PAN
56. JUSTICIA

- | | |
|----------------|-----------------|
| 57. NIÑO | 79. CIUDAD |
| 58. LUZ | 80. CUADRADO |
| 59. SALUD | 81. MANTEQUILLA |
| 60. BIBLIA | 82. DOCTOR |
| 61. MEMORIA | 83. FUERTE |
| 62. CORDERO | 84. LADRON |
| 63. BAÑO | 85. LEON |
| 64. CABAÑA | 86. ALEGRIA |
| 65. VELOZ | 87. CAMA |
| 66. AZUL | 88. PESADO |
| 67. HAMBRIENTO | 89. TABACO |
| 68. SACERDOTE | 90. BEBE |
| 69. OCEANO | 91. LUNA |
| 70. CABEZA | 92. TIJERAS |
| 71. ESTUFA | 93. TRANQUILO |
| 72. LARGO | 94. VERDE |
| 73. RELIGION | 95. SAL |
| 74. WHISKY | 96. CALLE |
| 75. CHICO | 97. REY |
| 76. AMARGO | 98. QUESO |
| 77. MARTILLOS | 99. FLOR |
| 78. SED | 100. ASUSTADO |

XI - ANEXO II

ESCALA DE PHILLIPS

A. Situación sexual reciente

- | | |
|--|---|
| 1. Relación heterosexual estable y matrimonio | 0 |
| 2. Relación heterosexual continuada y matrimonio, pero incapacidad de establecer un hogar | 1 |
| 3. Relación heterosexual continuada y matrimonio, rotos por separación permanente . | 2 |
| 4. (a) Relación heterosexual continuada y matrimonio, pero con bajo impulso sexual | 3 |
| (b) Relación heterosexual con profundo significado emocional, pero con incapacidad emocional de hacerla cuajar en matrimonio | 3 |
| (Nota: Esto debe implicar el contacto físico real. En estos casos es aceptable la conducta acariciadora. La condición <u>mutua</u> del sentimiento no es necesaria, pero sí lo es el comportamiento sexual, es decir, no la adoración a distancia. | |
| 5. (a) Relaciones heterosexuales eventuales pero continuadas, o sea, "affaires", pero nada mas | 4 |
| (b) Contactos homosexuales con falta de experiencias heterosexuales o incapacidad crónica para éstas | 4 |

6. (a) Relaciones sexuales eventuales en ocasiones, o experiencias homosexuales, sin vínculos emocionales profundos .;..... 5
 (Nota: Esto difiere del 5 (a) en la dimensión de la frecuencia).
- (b) Masturbación solitaria sin intentos activos de experiencias homosexuales o heterosexuales 5
7. Ningún interés sexual, ni en mujeres ni en hombres 6
- B. Aspectos Sociales de la Vida Sexual durante la Adolescencia e inmediatamente después**
1. Ha mostrado siempre un saludable interés por el sexo opuesto con una "constante" durante la adolescencia 0
 (Nota: "Constante" implica la exclusividad en la relación de citas, así como frecuencia y apego emocional).
2. Ha empezado a tener citas regularmente durante la adolescencia 1
 (Nota: Esto implica la relación entre dos, en parejas, distinto del número 3, más abajo)
3. Siempre ha alternado estrechamente con chicos y chicas 2
 (Nota: Esto implica la condición de participante de una "multitud": interés por los demás y apego con ellos, pero sin el factor de in

ciativa en los varones ni el factor selectivo en las mujeres).

4. Interés coherentemente profundo por el apego con el mismo sexo, con interés restringido o inexistente por el opuesto 3
5. (a) Uniones eventuales con el mismo sexo, con intentos inadecuados hacia la situación de salir con el sexo opuesto 4
(Nota: Esto difiere del 4 sobre la base de la coherencia y el significado de la unión con el mismo sexo).
- (b) Contactos eventuales con chicos y chicas 4
(Nota: Esto difiere del 3 en que el sujeto no ha sido miembro regular de un grupo, sino que ha estado meramente vinculado, en ocasiones, con otros).
6. (a) Contactos eventuales con el mismo sexo, con falta de interés por el opuesto 5
(b) Contactos ocasionales con el sexo opuesto 5
7. Ningún deseo de estar con chicos o chicas; nunca salió con el sexo opuesto 6
- C. Aspectos Sociales de la Vida Sexual Reciente: 30 Años de Edad y más.
1. Casado y con hijos, vive en una unidad familiar 0

2. Ha estado casado y tenido hijos, pero es incapaz de establecer o conservar un hogar familiar 1
3. Ha estado casado y tenido hijos, pero vivió permanentemente separado 2
4. (a) Casado, pero con discordias matrimoniales considerables 3
- (b) Soltero: ha tenido compromisos o profundas relaciones heterosexuales, pero ha sido emocionalmente incapaz de arribar al matrimonio 3
5. Soltero, con breves compromisos o relaciones con el sexo opuesto, que no parecen tener mucha profundidad emocional para ninguna de las partes, es decir, "affaires" 4
6. (a) Soltero, ha tenido algunas citas, pero sin más indicios de interés continuado por el sexo opuesto 5
- (Nota: Aquí, lo que se expresa es que el sujeto tiene citas de vez en cuando, pero que su comportamiento no es habitual: no desempeña un papel importante en su vida (actitud de "tómame o déjame").
- (b) Soltero, interés profundo coherente por el mismo sexo, ningún interés por el opuesto 5
7. (a) Soltero, contactos ocasionales con el mismo sexo, ningún interés por el opuesto 6
- (b) Soltero, ningún interés por hombres ni mujeres 6

C. Aspectos Sociales de la Vida Sexual reciente: Menos de 30 Años de Edad

- | | |
|--|---|
| 1. Casado, vive en una unidad familiar, con o sin hijos | 0 |
| 2. (a) Casado, con o sin hijos, pero incapaz de establecer o mantener un hogar familiar | 1 |
| (b) Soltero, pero comprometido o inmerso en una relación heterosexual profunda (que presumiblemente conduzca al matrimonio) | 1 |
| 3. Soltero, ha tenido compromisos o relaciones heterosexuales profundas, pero ha sido emocionalmente incapaz de hacerlas desembocar en el matrimonio | 2 |
| 4. Soltero, interés profundo y coherente por las vinculaciones con personas de cualquier sexo (Nota: Esto implica un interés habitual por las relaciones objetivas, un deseo coherente por la intimidad humana, pero que nunca han desembocado en una relación continuada y plena de significado con alguien en particular . | 3 |
| 5. Soltero, relaciones eventuales con personas de cualquier sexo | 4 |
| (Nota: Ha tenido más citas que las que implica el 6, más abajo, pero menos frecuentes que el 4, arriba. Diferenciar a base de la frecuencia y la regularidad de la actividad social-sexual). | |

6. Soltero, ha tenido citas informales con unas pocas personas, pero sin más indicios de un interés continuado por las relaciones objetivas 5
- (Nota: Las citas son, aquí, la excepción más que la regla. El sujeto ha tenido contactos social-sexuales ocasionales, pero no busca activamente la compañía de otras personas. Este comportamiento no es coherente ni forma parte importante en su vida. Sus contactos han sido exclusivamente informales, por ejemplo, con prostitutas para satisfacer los impulsos sexuales; falta de afectividad o de capacidad para establecer relaciones humanas)
7. (a) Soltero, nunca se ha manifestado interesado o no ha estado vinculado ni con mujeres, ni con hombres: asocial 6
- (b) Antisocial: destructivo, con actitud beligerante hacia los demás 6

D. Relaciones Personales: Historia

(Nota: Los cómputos, aquí, vienen determinados por el momento de la vida en que el sujeto se retira o disminuye la gama de sus contactos sociales. Cuanto más temprano ello ocurra, más alto será el puntaje).

1. Siempre ha sido líder y siempre ha tenido muchos amigos íntimos 0
 (Nota: Compútese "íntimos" si el historial de clara amigos íntimos, o incluye contactos fre cuentes y actividades compartidas).
2. Siempre ha tenido una cantidad de amigos ínti mos, pero no ha desempeñado habitualmente el papel del líder 1
 (Nota: Desde la niñez hasta la psicosis el su jeto ha mantenido extensos contactos sociales)
3. (a) De la adolescencia en adelante, ha tenido pocos amigos 3
 (Nota: Esto puede implicar una caída en la cantidad de amigos íntimos posteriores a la adolescencia, pero el sujeto ha mantenido relaciones que significan un "toma y daca" con diferentes personas, a lo largo de todo este período).
- (b) Desde la adolescencia en adelante ha teni do unos pocos amigos informales 3
 (Nota: El sujeto mantiene relaciones con va - rias personas, aún cuando tales relaciones puedan carecer de verdadera profundidad emo - cional. A lo largo de su vida ha mantenido contacto con otros).
4. Después de la adolescencia ha cesado de tener amigos 4

(Nota: Ha cultivado relaciones humanas en la niñez, pero se ha retirado desde la pubertad)

5. (a) Ningún amigo íntimo después de la niñez 5
 (Nota: La retirada empezó antes: es previa a la pubertad).

(b) Amistades informales, pero nunca ninguna profunda, íntima y mutua 5

(Nota: Implica que no ha tenido amistades íntimas, ni siquiera en la niñez, pero sí ha tenido contactos de nivel superficial, a diferencia del 6, más abajo).

6. Nunca se preocupó por chicos ni chicas; ningún deseo de estas con chicos ni con chicas . 6

E. Situación Reciente de las Relaciones Personales

(Nota: Compútese aquí el período anterior a los cambios notables de comportamiento, que precedieron a los síntomas y la hospitalización. Cualesquiera cambios advertidos de seis meses a un año antes de la hospitalización constituyen "cambios" a los efectos de esta definición. Compútese el período anterior a tales cambios).

1. Relacionado habitualmente con otros, generalmente ha sido un líder 0

(Nota: Nuevamente, esto significa extensos contactos sociales).

2. Habitualmente relacionados con otros, pero no líder 1

3. Relacionado únicamente con un amigo íntimo o un grupo de amigos 3
(Nota: Difiere del 4, más abajo, por la cohe-
rencia y la frecuencia de los contactos).
4. Ningún amigo íntimo, o muy pocos amigos, o ha tenido amigos pero nunca ellos lo han acep-
tado demasiado 4
5. Silencioso o alejado o retraído o que prefie-
re estar solo 5
6. Antisocial, ha evitado activamente el contac-
to, ha actuado contra otros 6

