

Alicia Figueroa Barra¹
Ana Paula Machado Goyano Mac-Kay²
Eduardo Durán Lara¹

Estrategias de evaluación en la narración como tarea metacognitiva en personas con esquizofrenia

Narrative evaluation strategies as metacognitive task in subjects with schizophrenia

Descriptor

Evaluación
Esquizofrenia
Trastornos Psicóticos Afectivos
Narración
Metacognición

Keywords

Evaluation
Schizophrenia
Affective Psychotic Disorders
Narration
Metacognition

Dirección para la correspondencia:

Alicia Figueroa Barra
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Campus Sur Av. José Miguel Carrera, 3100, San Miguel, Santiago, Chile, CEP: 8900-085.
E-mail: alfgeba@gmail.com

Recibido: Abril 20, 2017

Aceptado: Diciembre 03, 2017

RESUMEN

Objetivo: Este estudio procura explorar las diferencias en el componente evaluativo de la estructura narrativa en personas con diagnóstico de esquizofrenia, en comparación con personas con diagnóstico de psicosis afectiva. **Método:** El presente estudio es descriptivo, no experimental, y comprende el análisis de los componentes evaluativos de la narrativa, en entrevistas realizadas a 25 individuos con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia crónica y a 25 individuos diagnosticados de psicosis afectiva crónica, pareados por edad, género y características sociodemográficas. **Resultados:** La relación entre diagnóstico y tipo de evaluación arrojó resultados estadísticamente significativos con un valor de *chi* cuadrado de 39,880^a ($p < 0.00$). Fue posible observar que en la esquizofrenia existe una mayor inhibición en la elaboración de expresiones que impliquen opiniones, que los relatos tendieron a identificar los hechos independientemente de cómo les afectaron, sugiriendo una limitación de la función intersubjetiva. **Conclusión:** La variable diagnóstico confirma que en la esquizofrenia existe un deterioro funcional en la elaboración de estructuras narrativas y en la articulación del componente evaluativo. En el caso de la psicosis afectiva se manifiestan disfunciones superficiales, sin comprometer su desempeño en la evaluación de las narraciones.

ABSTRACT

Purpose: This study aims to explore the differences in the evaluative component of the narrative structure in subjects diagnosed with schizophrenia compared to subjects diagnosed with affective psychosis. **Methods:** The present investigation was descriptive, not experimental and it included the analysis of the narration evaluative components of interviews of 25 individuals with psychiatric diagnosis of chronic schizophrenia and 25 of chronic affective psychosis, matched by age, gender and sociodemographic characteristics. **Results:** The relationship between diagnosis and type of evaluation showed statistically significant results with a chi square value of 39.880a ($p < 0.00$). It was possible to observe that in the schizophrenia there is a greater inhibition in the elaboration of expressions that imply opinions and that narratives tended to identify facts regardless of how they affected subjects, suggesting a limitation of intersubjective function. **Conclusion:** The diagnostic variable confirms that in schizophrenia there is a functional deterioration in the process of elaborating narrative structures especially in the articulation of the evaluative component. In the case of the affective psychosis group, superficial dysfunctions were manifested, without compromising their performance in the evaluation of narratives.

Trabajo realizado en Universidad de Chile – Santiago, Chile.

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Campus Sur – Santiago, Chile.

² Facultad de Salud, Carrera de Fonoaudiología, Universidad Santo Tomás – Viña del Mar, Chile.

Apoio financeiro: nada que declarar.

Conflicto de interés: nada que declarar.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access) bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

INTRODUCCIÓN

En la esquizofrenia y en las psicosis afectivas, el diagnóstico se basa, fundamentalmente, en la historia del desarrollo de los síntomas, la entrevista clínica y la observación de las conductas de la persona afectada, a causa de la ausencia de biomarcadores. En ambas patologías, la reducción del período entre el inicio de los síntomas psicóticos y el comienzo del tratamiento evitaría mayores daños neurobiológicos y neurocognitivos, favoreciendo una evolución más benigna⁽¹⁾. Otros factores que influyen en la evolución de los cuadros psicóticos son el género y la edad de inicio de la enfermedad. En estudios se ha verificado que los hombres tienen un inicio más temprano y un curso de la enfermedad con mayor deterioro^(2,3).

En contraste con la psicosis afectiva, la esquizofrenia presenta una alta morbi-mortalidad, multidimensionalidad etiológica y curso deteriorante de suma consideración, al punto que es una de las enfermedades mentales más desafiantes tanto para la psiquiatría como para la salud pública⁽⁴⁻⁶⁾. Asimismo, al situarse en etapas precoces del ciclo vital, se asocia no solo a un deterioro neurocognitivo y psicosocial significativo, sino que, además, de no contar con un tratamiento oportuno y eficaz, tenderá a la cronicidad.

El afrontamiento del proceso mórbido en la psicosis presupone, también, la integración de diversas habilidades neurocognitivas; la metacognición, entendida como la capacidad para pensar en el pensamiento, se encuentra disminuida en patologías mentales severas como la esquizofrenia, en comparación con otras como la psicosis afectiva⁽⁶⁾. La interacción médico-paciente, en sí misma, representa un imbricado procesamiento comunicativo que constituye un marco ideal para las pesquisas de algunas dificultades funcionales, además de la identificación de posibles alteraciones de la cognición presentes en la esquizofrenia y en otras enfermedades mentales⁽⁷⁻¹¹⁾. La entrevista clínica en salud mental está basada en el vínculo con el paciente y en la exploración de su conducta a través de la semiología psiquiátrica. Este tipo de interacciones presenta una gran ventaja informativa y, en este sentido, son conocidos los aportes sobre discurso terapéutico, que incluye tres pasos esenciales como el análisis del contexto comunicativo global, la identificación de reglas del discurso y el análisis de las interacciones, condiciones indispensables para una comprensión estratégica del funcionamiento cognitivo-comunicativo del afectado⁽¹²⁾.

Sumado a lo anterior, los autores proponen que la narración es la actividad principal que se realiza en la clínica psiquiátrica^(13,14). La narrativa se sitúa como un mecanismo racional que proporciona marcos y esquemas de conocimientos necesarios para la elaboración de explicaciones del mundo, de la realidad y de la experiencia personal, lo que constituye el entramado de la propia identidad, sometido permanentemente a la negociación del significado⁽¹³⁾.

La evaluación en la narración constituye un mecanismo metacognitivo por excelencia que se basa en la tarea de elaborar un juicio sobre experiencias vivenciadas⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. La comprensión inferencial de las intenciones, emociones y creencias de otros con quienes se interactúa permite conservar la conciencia de identidad. La posibilidad de distinguir y diferenciar los estados

internos es fundamental para que el individuo logre controlar su experiencia afectiva⁽¹⁷⁾. La adquisición de habilidades limitadas y la existencia de una narrativa empobrecida pueden favorecer comportamientos que evitan el enfrentamiento, dando lugar a un ciclo de disfunción continuado⁽¹⁸⁾.

Uno de los modelos importantes para el estudio de las narraciones en diferentes contextos comunicativos es el de Labov y Waletzky⁽¹⁵⁾, sentando bases trascendentales para el estudio empírico de la narración, en donde plantean que las historias se organizan mediante una superestructura canónica conformada por categorías jerárquicamente organizadas, aunque no forzosamente obligatorias: *resumen, orientación, complicación de la acción, evaluación, resolución y desfecho final*. Estos autores definieron la narración como una manera de recordar una experiencia pasada, pareando cláusulas verbales con eventos que ocurrieron realmente⁽¹⁵⁾. En el estudio sistemático de este recurso discursivo, la propuesta teórica se amplía y considera de máxima importancia el componente evaluativo^(12,15,16). La evaluación en el relato corresponde a la parte en que se expresa el sentido o propósito de la historia, se mantiene el interés del interlocutor o auditorio, además de ser el *porqué* de la narración y de servir para mostrar un punto de vista personal, junto con esto, puede presentarse en diferentes puntos de la historia^(15,19,20). Cuatro son las formas de evaluación: *externa, encadenada, narración por el hecho, y por suspensión de la acción*.

La evaluación en la narración representa un complejo mecanismo discursivo desarrollado en diferentes niveles de procesamiento semántico y pragmático. Constituye una tarea central en el mantenimiento de la imagen positiva y, estratégicamente, proporciona claves sobre otros aspectos del funcionamiento cognitivo de las personas afectadas de esquizofrenia, tales como el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la atención sostenida que se encuentran disminuidos particularmente en la esquizofrenia⁽¹¹⁾.

A pesar de que en la interacción clínica en psiquiatría no se pueden esperar narraciones canónicas a causa del proceso psicótico general que interfiere en cualquier forma discursiva, sí es factible observar el componente evaluativo en el marco de la elaboración de interpretaciones sobre el propio proceso mórbido vivenciado. La narración, como procesos discursivos centrados en la elaboración de interpretaciones sobre la enfermedad y su impacto, es un mecanismo mediante el que el individuo accede o se da cuenta de la propia identidad⁽¹¹⁾. Para las personas afectadas de psicosis es difícil evaluar su proceso mórbido, pero, aún más difícil, asumirlo desde una experiencia analítica consciente, expresada en la evaluación de las narraciones personales. Asimismo, las evaluaciones en el relato suponen una plena coincidencia con la perspectiva histórico-biográfica, razón por la que nos interesa este aspecto de su modelo⁽¹¹⁾.

El presente trabajo está enmarcado en el paradigma de la Lingüística Clínica que aporta el análisis lingüístico al trastorno de comunicación y lenguaje⁽²¹⁾.

Este estudio procura explorar las diferencias en el componente evaluativo de la estructura narrativa en personas con diagnóstico de esquizofrenia, en comparación con personas con diagnóstico

de psicosis afectiva, y establecer la posible relación entre el diagnóstico clínico, el género y los fenómenos discursivos estudiados. La hipótesis del estudio es que la evaluación de la historia tiende a ser más disfuncional entre personas con esquizofrenia en comparación con las que padecen psicosis afectiva.

MÉTODO

La participación para este estudio contó con un consentimiento informado presentado por escrito y firmado por los pacientes y un familiar o cuidador responsable, además de la aprobación del Comité de Ética Científica C.E.C. del Servicio de Salud Metropolitano Sur S.S.M.S. de Santiago de Chile.

El diseño de este trabajo es transversal, comparativo y no experimental. El estudio comprendió una selección aleatoria por conveniencia de 50 entrevistas clínicas - 25 entrevistas realizadas al grupo de personas con diagnóstico de esquizofrenia crónica (G1-EC), y 25 entrevistas al grupo con diagnóstico de psicosis afectiva crónica (G2-PA) - una muestra representativa de ambas patologías, del corpus Lenguaje, Psicosis e Intersubjetividad (LEPSI), pareadas por edad, género, rango de edad entre 25 y 50 años y características sociodemográficas. El corpus está formado por entrevistas realizadas a individuos chilenos con los siguientes criterios de inclusión: entrevistas realizadas al grupo de personas con diagnóstico de esquizofrenia crónica (G1-EC) y al grupo diagnosticado de psicosis afectiva crónica (G2-PA), ambos géneros, rango de edad entre 25 y 50 años, con diagnóstico realizado por un equipo de psiquiatras desde hace más de tres años, en individuos estabilizados psicopatológicamente y recibiendo dosis orales o de depósito de antipsicóticos por espacio mínimo de un mes. Los criterios de exclusión fueron:

individuos con otras patologías psiquiátricas, con enfermedades neurodegenerativas, con adicción al alcohol o a drogas.

Con base en criterios de observación clínica y cualitativa, en este estudio hemos clasificado las evaluaciones en el relato en función de su contribución metacognitiva, vinculando la problemática vivenciada con la situación personal, lo que implica que el narrador debe explicitar en primera persona su estado, creencias, emociones o sentimientos, con construcciones del tipo: “y yo sentí que me observaban”, “me apenó que”, “pensaba que”, etc. Esto significa que para este estudio jerarquizamos de mayor a menor los tipos de evaluación que facilitan dicha vinculación, por sobre aquellos que distancian la relación entre situación personal y enfermedad. De este modo, asignamos puntajes a la tipología evaluativa. El Cuadro 1 resume las características discursivas y los indicadores para el análisis de los tipos de evaluación y la puntuación acreditada.

Se realizó una transcripción ortográfica de las entrevistas y se incluyeron las etiquetas propuestas por Gallardo Paúls en el corpus PerLA, descritas en el Anexo 1.

En lo que se refiere a la descripción del procedimiento estadístico utilizado, se realizó un análisis discursivo de las entrevistas transcritas, a partir del cual, se generaron variables que fueron categorizadas para la valoración de la tipología de la evaluación en el relato. De esta forma, al tratarse de un estudio con variables cuantitativas múltiples, comprobamos la distribución normal de los datos conseguidos y utilizamos una prueba no paramétrica: *chi* cuadrado, que sirvió para correlacionar la presencia o ausencia de algunas variables con factores como el estadio de la enfermedad y el género de los participantes. En todos los casos, el grado de significación estadística se definió en $p < 0.05$.

Cuadro 1. Tipos de evaluación

	ENCADENADA (3 puntos)	EXTERNA (2 puntos)	POR SUSPENSIÓN DE ACCIÓN (1 punto)	NARRACIÓN POR EL HECHO (0 punto)
CARACTERÍSTICAS DISCURSIVAS	Las evaluaciones se entremezclan y expresan sentimientos y emociones que se le ocurren al narrar. A menudo toman la forma de monólogo.	Consiste en la interrupción de la historia con el fin de explicar a la audiencia dónde se encuentra el propósito de la narración. A menudo se hace al principio y toma la forma de una revisión.	El énfasis ocurre en un punto particular de la historia. A menudo toma la forma de un breve comentario.	Corresponde a la descripción de las acciones que tienen lugar entre los personajes, sobre lo que dicen.
	Evaluación con autorregulación emocional explícita.	Evaluación con autorregulación emocional restringida.	Evaluación con autorregulación emocional implícita.	Ausencia de evaluación.
INDICADORES	Relación explícita entre experiencia vivida y proceso mórbido.	Relación explícita, pero discordante entre experiencia vivida y proceso mórbido.	Relación implícita entre algunos aspectos de experiencia vivida y proceso mórbido (plano secundario).	Relación distante entre experiencia vivida y proceso mórbido.
	Los elementos explicativos, comparativos o intensificadores se presentan en primera persona e incluyen la expresión de sentimientos	Identificación de las causas y consecuencias del proceso mórbido y experiencia de vida restringida a algunos aspectos y limitada a la expresión de sentimientos	Se prioriza un aspecto específico de la narrativa y la evaluación funciona indirectamente.	El narrador, como testigo que reporta las acciones de otros, no está involucrado desde un plano personal.

RESULTADOS

Las características de todos los participantes están reseñadas en el Cuadro 2.

En el Cuadro 2 se puede verificar que ambos grupos tienen edad media próxima y equilibrio entre el número de individuos del género masculino y femenino. Más de la mitad del grupo G1 tiene escolaridad media completa y del grupo G2 escolaridad media incompleta. En los dos grupos se observa un número importante de personas sin empleo.

Con el fin de diferenciar los tipos de evaluaciones empleadas en la narración entre los grupos de personas con esquizofrenia y psicosis afectiva, los datos obtenidos están organizados en diferentes niveles de observación que pueden aportar evidencia convergente: en términos descriptivos, con porcentajes de frecuencia de las variables y según el diagnóstico, y en términos cualitativos, en relación con la eficacia comunicativa lograda por los participantes en dichas variables. Los resultados en porcentaje de los tipos de evaluación según el diagnóstico están presentados en el Cuadro 3.

La relación entre diagnóstico y tipo de evaluación arrojó resultados estadísticamente significativos con un valor de *chi* cuadrado de 39,880^a ($p < 0.00$).

En relación con la variable diagnóstico clínico y tipo de evaluación, tal como se reporta en el Cuadro 3, puede observarse que la *evaluación encadenada* se presenta en un 80% en las entrevistas de los informantes G2-PA, en contraste con la baja ocurrencia (10%) de este tipo de evaluación en los sujetos con diagnóstico de esquizofrenia que presentan porcentajes mayores en la *evaluación externa y narración por el hecho*.

En lo que sigue, se expondrán los resultados descriptivos del estudio en cuanto a la eficacia comunicativa lograda por los participantes del estudio y se presentarán ejemplos de las evaluaciones empleadas por los pacientes estudiados. El entrevistador está indicado por E y el sujeto por S.

Tipo de evaluación y diagnóstico clínico:

Ejemplo (1):

- 1 S: *ahora/ya que superé la parte más crítica de mi depresión/ me doy cuenta que quiero hacer hartas cosas/ quiero estudiar literatura// me encanta leer/ escribir/ aunque con este tema*

de la depresión dejé de lado todo eso.

2 E: *ya*

- 3 S: *como que ahora me cuesta concentrarme en leer/ no escribo igual que antes y eso igual me frustra/ Me gustaría trabajar en un café literario porque no quiero algo// no quiero ser profesora porque sería muy cuadrado.*

4 E: *mmm*

Como se puede apreciar en el Ejemplo 1, recorte de la producción de un sujeto del grupo G2-PA, una *evaluación encadenada* del relato presenta una elaboración completa y no se requiere de la intervención del entrevistador para solicitar ningún tipo de aclaraciones; además el paciente establece comparaciones entre su situación inicial en la enfermedad y su condición presente, con el empleo de conectores discursivos que cumplen funciones lógicas, lo que permite una comprensión de lo expresado sin ningún inconveniente:

Por el contrario, en el Ejemplo 2, que pertenece al grupo G1-EC, pese a que se puede seguir en líneas generales la relación entre la enfermedad y sus efectos en la vida del afectado, su elaboración tiene elementos distractores como la respuesta ambigua del turno 5.

Ejemplo (2)

- 1S: *cuando dicen queee <pausa or> las voces cuando dicen esquizofrenio/ esquizo/ que soy esquizofrénico se van <rie> como que les da miedo.*

2E: *yaa/ pero <pausa or> a ver/ explíqueme cómo es eso/ ¿a quién le da miedo?/ ¿a las voces?*

- 3S: *a mí/ yo cuando lo pens <palabra cortada>/ porque yo cuando empecé a escuchar voces/ altiro declaré que empecé a escuchar voces.*

4E: *ya*

- 5S: *porqueee <pausa or> yo dije: “esto no es mío”/ “es algo/ algo me está pasando”/ “algo raro estáaa <pausa or>” <rie> “no está/ no está funcionando bien po [pues]” / no sé/ yo me fui/ me fui directo al médico/ el me/ me/ me/ como se llama/ meee <pausa or>/ me declaré/ me decretó// me dijo que era*

Cuadro 2. Datos clínicos y demográficos de la muestra

GRUPOS	n	Género		Años/ escolaridad		Ocupación			
		H	M	8	12	Actividad Remunerada	Sin actividad remunerada*		
							1	2	3
G1-EC	25	13	12	40%	60%	12%	48%	40%	0%
G2-PA	25	14	11	52%	48%	8%	64%	12%	16%
TOTALES	50	25	25						

*(1) Sin Trabajo-(2) Dueña/o de Casa-(3) Estudiante

Cuadro 3. Frecuencia de los tipos de evaluación según el diagnóstico

Diagnostico	Tipos de evaluación			
	Encadenada	Externa	Por suspensión de acción	Narración por el hecho
G1-EC	(5) 10%	(18) 36%	(10) 20%	(17) 34%
G2-PA	(20) 80%	(1) 5%	(4) 15%	(0) 0,0%

esquizofreniaaa <pausa or> parenoi <palabra cortada> paranoide// También me he puesto a pensar en/ a pensar/ a estudiar en el cerebro/ a estudiar el cerebro/ también lo he hechooo <pausa or> en los ratos libres/ para poder ente<palabra cortada> entenderme/ ¿en qué parte?/ ¿cómo me funciona el cerebro?/ y qué partes son las que me hacen pensar/ y qué partes no me hacen tanto pensar//eso que más le puedo contar <ríe>/ ¿le sigo contando?

6E:ya/claro que sí

El tipo de *evaluación externa* alcanza una alta recurrencia entre los grupos de esquizofrenia, con 36% (18 casos), en contraste con un caso en los de psicosis afectiva. El empleo de la *evaluación por suspensión de la acción* se observó con preferencia por los grupos de esquizofrenia (10 casos), con un 20% del total de relatos, por el contrario, se comprobó una baja ocurrencia entre los grupos de psicosis afectiva. En el caso de los grupos de esquizofrenia, vemos que hay una preferencia por el empleo de la *evaluación por el hecho*, que alcanza un 34% de las ocurrencias totales en contraste con la ausencia de este tipo de evaluación entre los grupos de psicosis afectiva.

Tipo de evaluación y genero

En relación con las variables tipo de evaluación y sexo, considerados el total de sujetos de los dos grupos, los datos proporcionados no probaron resultados estadísticamente significativos, pues el valor de *chi* cuadrado es de, 241^a (p<, 971). La *evaluación encadenada* entre hombres alcanzó un 14,6%, en comparación con el grupo de mujeres que registró un 18,6%. Asimismo, la *evaluación externa* entre hombres llegó a un registro de 10,6%, en cambio entre las mujeres alcanzó un 14,6%. Sin embargo, resulta interesante el hecho de que las mujeres empleen de forma consistente y más elaborada la *evaluación encadenada y externa*, en contraste con los hombres de los dos grupos de participantes, como pasamos a ejemplificar.

Ejemplo (3):

1. E: ok/ ya/ ¿me puedes contar porque llegaste acá al hospital?
2. S: si/ llegué porqueee <pausa or> siento///que no soy yo
3. E: ¿mm? <pausa or>
4. S: que no soy yo/ cuando me miro al espejo/ cuando hablo/ no soy yo
5. E: ¿cómo es eso?/ a ver/ ¿me lo puedes explicar?
6. S: que/ por ejemplo/ mmm <pausa > / que no hablo yo/ siento que otra persona habla por mi
7. E: yaa<pausa >
8. S: es que otra persona<pausa > hace todo por mi
9. E: ya/ a ver/ ¿y quién sería esa persona/ sabes?
10. S: una extraña
11. E: una extraña/ ya/ ¿y esa extraña desde cuándo que está presente?

12. S: de hace 8 meses

En cambio, la mayoría de ellos elaboraron evaluaciones del tipo *por el hecho* que alcanzó un 12% entre los hombres y solo un 8% entre las mujeres. La *evaluación por suspensión de la acción*, entre las mujeres alcanzó un 9,33% y entre los hombres llegó a un 12,27%. A continuación, un ejemplo de ésta última evaluación en uno de los sujetos hombre:

Ejemplo (4):

- 1.S: ya/ mire esta telepatía comenzó/ a través de un libro cuando yo lei/ un libro infantil
- 2.E: mm<pausa or>
- 3.S: estaba en la cama un día/ empezaron tatata a martillar/ hasta ahí no más po [pues] / después me confunden con loco/ que escucho voces/ cosas raras/ eso pasa en este asunto/ entonces es sufrir internamente/ sufrimiento interno/ yo soy ascendiente al sufrimiento.
- 4.E: ¿ascendente al sufrimiento?/ ya
- 5.S: ¿le quedó claro?
- 6.E: mm<pausa or> si/ es que no me queda claro lo de la telepatía/ insisto/ ¿cómo se la practicaron a usted?
- 7.S: bueno
- 8.E: usted estaba acostado y ¿escuchó?///
- 9.S: vamos a explicar cómo es el asunto/ mire/ un día yo estaba en mi casa/ y un joven llegó con una renoleta [antiguo auto de marca Renault]
- 10.E: ya
- 11.S: y me pasaron un libro que se llama/ “Tus horas mágicas”
- 12.E: yaaa<pausa or>
- 13.S: yo las considero infantil
- 14.E: ya/ ¿y usted tomó el libro?
- 15.S: tomé el libro/ lo leí y comencé/ a recibir esta influencia negativa que se llama telepatía
16. E: ya/ comprendo

DISCUSIÓN

Este estudio procura explorar las diferencias en el componente evaluativo de la estructura narrativa en personas con diagnóstico de esquizofrenia, en comparación con personas con diagnóstico de psicosis afectiva. Actualmente, son pocos los estudios sobre el tema en la literatura. En las psicosis, el componente evaluativo está condicionado por las dificultades de los pacientes para expresar una noción tranquilizadora de su propia experiencia⁽²²⁾. Una condición irrecusable para la rehabilitación es conservar el sentido de *sí mismo*, de un yo que, aunque en conflicto se encuentra presente⁽²³⁾.

Es relevante el hecho de que, independientemente de la patología, las mujeres presentan una mayor eficiencia en la elaboración de

las evaluaciones del relato en general. Sobre este aspecto, llama la atención el hecho de que las mujeres empleen más mecanismos discursivos con los que involucran al entrevistador, a través de las opiniones sobre las situaciones o las personas que participan en su relato, con el fin de que su imagen positiva sea reforzada, además, por la evaluación del auditorio. Este hallazgo resulta consistente con la literatura sobre narraciones y género^(2,3,24-26). Nuestros individuos femeninos utilizan más recursos como retomadas sin pasar al interlocutor el turno en la conversación.

La *evaluación encadenada* representa una articulación consciente entre la problemática que desencadena el proceso mórbido, mediante la manifestación de sus estados anímicos o emocionales^(11,27); y este aspecto se refleja en los datos cuando indican mayor número de ocurrencias en G2-PA.

El empleo de *evaluación externa* se observó de forma preferente entre los individuos jóvenes del corpus del grupo G1-EC, y fue posible observar una actitud suspicaz y de automonitoreo en la entrega de información en el relato. Este tipo de evaluación es coincidente con la literatura⁽¹²⁾ acerca de su empleo característico en la entrevista terapéutica, que se relaciona en forma directa con el estadio de la enfermedad⁽¹¹⁾.

En la entrevista clínica, la *evaluación por el hecho* se presentó con un carácter informativo y desafectado, es decir, alguien *hizo esto o aquello*, sin incluir en ningún momento cuáles son las impresiones del narrador sobre lo que reporta en su relato, derivándose inconscientemente la evaluación al interlocutor, hecho que se relaciona más con el perfil del G1-EC^(6,8). Es interesante señalar que se observó prototípicamente en forma de comentarios breves y acotados a algún episodio del relato.

Es posible sintetizar nuestros hallazgos proponiendo que existen diferencias, en el empleo de las estrategias evaluativas, en la narración en ambos grupos de pacientes. La variable diagnóstica confirma que en la esquizofrenia existe un deterioro funcional en la elaboración de estructuras narrativas y, en especial, en la articulación del componente evaluativo. En el caso del grupo de psicosis afectiva, se manifestaron disfunciones superficiales, sin comprometer su desempeño en la evaluación de las narraciones. Comprobamos que el peor desempeño en la evaluación en esquizofrenia se vincula con la dificultad para identificar el obstáculo que les ha causado el proceso mórbido. La elaboración de una autoimagen positiva pudo observarse en el grupo de psicosis afectiva y no en el de esquizofrenia. A pesar de que la variable género no reflejó estadísticamente una diferencia entre los participantes en este estudio, desde una apreciación cualitativa, observamos en los hombres un desempeño muy deficiente en la evaluación de la narración, en tanto que entre las mujeres se mantuvo un funcionamiento más adecuado, resultado corroborado por la literatura. Este hallazgo sugiere que sería necesario indagar en esta variable, desde diferentes enfoques, para comprobar si se mantiene lo planteado.

CONCLUSIÓN

Es posible que, frente a la tarea de elaborar una narración sobre el proceso mórbido vivenciado, se deba integrar, por una parte, la situación objetiva, es decir, los hechos y, por otra, la experiencia subjetiva y su correspondiente evaluación.

Las dificultades en la integración pertinente de ambas situaciones son indicadores fiables del deterioro intersubjetivo de la persona que narra, conducta probada entre el grupo de esquizofrenia en contraste con los de psicosis afectiva. Fue posible observar que en esquizofrenia existe una mayor inhibición en la elaboración de expresiones que impliquen opiniones; en consecuencia, los relatos tendieron a identificar los hechos independientemente de cómo les afectaron, sugiriendo limitación de la función intersubjetiva, lo que conlleva desvinculación social, estigma, y el consecuente deterioro en el funcionamiento psicosocial. Vale señalar que el carácter limitado de este estudio debe ser complementado con la ampliación del corpus hacia pacientes de primer episodio de psicosis. La enorme vulnerabilidad de las personas que padecen enfermedades mentales debe motivar esfuerzos por alcanzar formas de intervención basadas en el vínculo, y no únicamente en los síntomas, tarea posible en parte con la generación de nuevos dispositivos de evaluación del lenguaje.

REFERENCIAS

1. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. The <close-in> or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophr Bull.* 2003;29(4):771-90. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007046>. PMID:14989414.
2. Usall J. Diferencias de género en la esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc.* 2003;30(5):276-87.
3. Sánchez R, Téllez G, Jaramillo L. Edad de inicio de los síntomas y sexo en pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico. *Biomedica.* 2012;32(2):206-13. <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v32i2.423>. PMID:23242294.
4. Crow T. Is schizophrenia the price homo sapiens pay for language? *Schizophr Res.* 1997;28(2-3):127-41. [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)00110-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00110-2). PMID:9468348.
5. Andreasen NC, Grove W. Thought, language, and communication in schizophrenia: diagnosis and prognosis. *Schizophr Bull.* 1986;12(3):348-59. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/12.3.348>. PMID:3764356.
6. McKenna PJ, Oh T. Schizophrenic speech: making sense of bath roots and ponds that fall in doorway. Londres: Cambridge University Press; 2005.
7. Chaika E, Lambe R. The locus of dysfunction in schizophrenic speech. *Schizophr Bull.* 1985;11(1):8-15. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/11.1.8>.
8. Elvegav B, Wynn R, Covington MA. Meaningful confusions and confusing meanings in communication in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2011;186(2-3):461-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.015>. PMID:20843559.
9. Fernández Pérez M. Síntesis Lingüística y déficit comunicativos. Lingüística clínica y Logopedia. In: Fernández Pérez M, coordinador. Lingüística y déficit comunicativos. Madrid: Madrid Editorial; 2014. p. 19-45.
10. Salavera C, Puyuelo M. Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. (2010). *Rev Logop Fon Audiol.* 2010;30(Apr-June):84-93.
11. Figueroa A. Análisis pragmalingüístico de los marcadores de coherencia en el discurso de sujetos con esquizofrenia crónica y de primer episodio [tesis]. España: Universidad de Valladolid; 2015. 512 p. [cited 2013 Sep 25]. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/16539/1/Tesis910-160314.pdf>
12. Labov W, Fanshel D. Therapeutic discourse: psychotherapy as conversation. New York: Academic Press; 1977.
13. Bruner JS. Search of pedagogy. The selected works. USA: Routledge; 2006. 2v.
14. Brown G, Yule G. (2005). Análisis del discurso. Madrid: Visor; 2005.
15. Labov W, Waletzky J. Narrative analysis: oral versions of personal experience. *J Narrat Life Hist.* 1997;7(1-4):3-38. <http://dx.doi.org/10.1075/jnlh.7.02nar>.

16. Labov W. Some further steps in narrative analysis. *J Narrat Life Hist.* 1997;7(1-4):395-415. <http://dx.doi.org/10.1075/jnlh.7.49som>.
17. Silva Corvalán C. Sociolingüística y pragmática del español. Washington: Georgetown University Press; 2001.
18. Lysaker PH, Buck KD. Neurocognitive deficits as barrier to psychosocial function in schizophrenia: effects on learning, coping and self-concept. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2007;45(7):24-30. PMID:17679313.
19. Labov W. (1985). Speech actions and reactions in personal narrative. In: Tannen D. *Analyzing discourse: text and talk.* Washington: Georgetown. p. 219-47.
20. Labov W. Narrative pre-construction. *Narrative Inq.* 2006;16(1):37-45. <http://dx.doi.org/10.1075/ni.16.1.07lab>.
21. Garayzábal-Heinze. La lingüística clínica: teoría y práctica. *Estudios de Lingüística.* 2009(3):131-68.
22. Hernández Monsalve M. *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis.* España: Editorial Grupo; 2014.
23. Bruner J. *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida.* Buenos Aires: FCE; 2003.
24. Camargo L. (2003). Hacia una definición de la narración oral conversacional. In: Manuel J, Megías L, Castillo C. *Decíamos ayer: estudios en honor a María Cruz García de Enterría.* Madrid: Universidad de Alcalá; 2003. p. 43-59.
25. Prieto L, San Martín A. Diferencias de género en el empleo del discurso referido: aproximación sociolingüística y pragmático-discursivo. *BFUCh. XXXIX(2002-2003):269-303.*
26. Riecher-Rössler A, Häfner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;2000(407):58-62. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00011.x>. PMID:11261642.
27. Leroy F, Beaune D. Langage et schizophrénie: l'intention en question. *Ann Med Psychol (Paris).* 2008;166(8):612-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2006.02.012>.

Contribuciones de los autores

AFB: responsable por la concepción del estudio, toma de datos y organización del paradigma teórico, análisis de datos y su discusión, redacción del artículo; APMGMK: responsable por organización del paradigma teórico, análisis de datos y su discusión, redacción del artículo; EDL: responsable por los diagnósticos de los individuos, por paradigma teórico y revisión crítica del artículo. Los autores, en conjunto, son responsable por las conclusiones y edición final del artículo.

Anexo 1. Convenciones de transcripción del corpus LEPSI según etiquetas propuestas por Gallardo Paúls en el corpus PerLA

Convenciones de transcripción para este estudio	
0001	numeración de los turnos de habla
=	mantenimiento del turno en un solapamiento
/	Pausa corta, de menos de medio segundo
//	Pausa que oscila entre medio segundo y un segundo
///	Pausa de un segundo de duración
(5.0)	Pausa de cinco segundos; se cronometran en casos de especial relevancia
-	Guion largo indica pausa en el interior de un turno
°()	Pronunciación en voz muy baja o inaudible
MAYÚS	Pronunciación en voz muy alta