

Análisis del lenguaje en rehabilitación psiquiátrica de trastornos crónicos

Language analysis in psychiatric rehabilitation of chronic disorders

Blanca MORENO MITJANA (*)

RESUMEN

A pesar de que gran cantidad de la intervención psicológica en la rehabilitación de crónicos se basa en la interacción del lenguaje, es difícil evaluar de qué forma, esta interacción se correlaciona con las metas específicas de cada intervención, principalmente debido a la distancia existente entre los datos de las investigaciones y aquellos procedentes del terreno clínico. Pero también por la dificultad en hallar un método capaz de evaluar la conducta verbal.

En este sentido, en el presente trabajo hemos estudiado los cambios formales de las variables lingüísticas tomando el método de la Hermenéutica del Lenguaje en un programa de rehabilitación para pacientes crónicos, buscando cómo se relacionaban con las medidas de los resultados terapéuticos.

SUMMARY

Although a great deal of the psychological intervention for chronic rehabilitation is based on language interaction, it is difficult to assess in what way this interaction is correlated with the specific goals of each intervention, mainly due to the existing distance between research data and clinic field. But also due to the existing difficulty in finding out a valid method to assess language behaviour.

In that sense, we have studied in the present work formal linguistic variables changes in a rehabilitation programme for chronic patients with the Hermeneutic Language Analysis, finding out how they were correlated with the outcome measures.

PALABRAS CLAVE

Lenguaje. Rehabilitación. Crónicos mentales.

KEY WORDS

Language. Rehabilitation. Chronic disorders.

1. INTRODUCCION

Después de la introducción de las drogas psicótropas sobre los años 50, no se han producido avances comparables a estas investigaciones biológicas sobre esquizofrenia que hayan arrojado nueva luz sobre los procesos psíquicos implicados en estos trastornos psicopatológicos, aunque algunos aspectos de la investigación psicológica sobre la psicosis están alcanzando un nivel comparable de interés para el entendimiento de este trastorno: concretamente el estudio de las distintas características de los trastornos del pensamiento y de sus mecanismos subyacentes mediante el lenguaje.

A pesar de que gran cantidad de la inter-

(*) Doctora en Psicología. Profesora del Departamento de Psicología, Universidad de Málaga.

vención psicológica en la rehabilitación de crónicos se basa en la interacción del lenguaje, es difícil evaluar de qué forma esta interacción se correlaciona con las metas específicas de cada intervención, principalmente debido a la distancia existente entre los datos de las investigaciones y aquellos procedentes del terreno clínico. Se han realizado esfuerzos para relacionar el entrenamiento en habilidades sociales con el modelo del procesamiento de la información (*cf.*, por ejemplo, WALLACE et al., 1980) o con sensibilidad no verbal (*cf.* MONTI y FINGERET, 1987), y uno de los intentos más sugerentes para relacionar los datos experimentales es el trabajo de ANDREASEN sobre pensamiento, lenguaje y comunicación con esquizofrénicos, identificando distintos tipos de anormalidad (neologismos, bloques, ecolalias, etcétera) para contrastar con la conducta verbal normal o con otras entidades patológicas. Sin embargo, ninguno de estos trabajos ofrece una formalización más completa para las categorías normales del lenguaje que pueda ser utilizada para entender mejor las diferencias entre la conducta verbal y aquella específica que queremos modificar.

En este sentido, hemos estudiado los cambios formales de las variables lingüísticas (*) en un programa de reha-

bilitación para pacientes crónicos, buscando cómo se relacionaban con medidas de resultados terapéuticos tales como Nivel de Funcionamiento, Nivel de Sintomatología, "Distancia entre evaluaciones" (o distancia existente entre las medidas de la escala de funcionamiento —SLOF— cuando es heteroaplicada a cuando es autoaplicada, es una forma de hallar, en cierta medida, la percepción de realidad que tiene el paciente, dado que se trata de ítems muy concretos como "Sale con normalidad del hospital", o "Se viste solo", etcétera), número de altas, de acuerdo con lo previsto en nuestras hipótesis.

2. METODO

2.1. Sujetos

Se seleccionaron para este estudio dieciocho pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados entre la población interna total de un hospital psiquiátrico, de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Alto Nivel de Funcionamiento (más de 110, en la SLOF de SCHNEIDER, 1980, adaptada MORENO MITJANA, 1987).
- b) Bajo Nivel de Sintomatología (menos de 12, en la BPRS).
- c) Más de dos años de hospitalización.

Fueron divididos al azar en tres grupos, los cuales siguieron distintas condiciones de entrenamiento durante un período de diez semanas.

2.2. Procedimiento

Se les pasaron cinco láminas (TAT) una a una preguntándole a cada paciente, en entrevistas individuales,

o asertantes), por adecuación a la realidad (si son verdaderas o falsas), etcétera. En definitiva, se trata de una forma de registrar u objetivar las unidades de conducta verbal del individuo.

(*) Se ha utilizado el método de la *Hermenéutica del Lenguaje*, original de CASTILLA DEL PINO, únicamente en su aspecto formal, sin entrar en la interpretación del contenido, dado que lo que nos interesaba objetivar la conducta verbal que emitía el paciente para su posterior contrastación. De esta manera, las interpretaciones se obtienen de las contrastaciones con otros instrumentos de análisis y entre muestras de poblaciones. El procedimiento es básicamente una clasificación de prácticamente todo lo que verbaliza el individuo, en un número determinado de categorías o variables, en función de que se trate de "indicaciones" denotativas (categoría de Indicativas, I) o "estimaciones" connotativas (categoría de Estimativas, E). Estas categorías se subdividen a la vez en función de su extensión espacial sobre el referente (por ejemplo, en totales y parciales), por su forma de aproximación (si son relacionantes

“¿qué es esto, o qué le parece que es?”, se registraron todas las respuestas y comentarios. El mismo procedimiento se llevó a cabo con el mismo personal tras el período de intervención.

Las respuestas fueron analizadas mediante el método de la *Hermenéutica del Lenguaje* (CASTILLA DEL PINO, 1977, utilizando únicamente el análisis formal), los resultados fueron contrastados entre los grupos (*Análisis de varianza de un factor*, de KRUSKAL-WALLIS) y se hallaron finalmente las correlaciones (*Tau C*, de KENDALL) con algunos de los resultados terapéuticos (Distancia entre evaluaciones, D.E.; Nivel de Funcionamiento, SLOF; Nivel de Sintomatología, BPRS).

2.3. Resultados

Podemos observar en la Tabla 1 los resultados de los tres grupos después del período de intervención tanto en las medidas de efectos terapéuticos como en las del análisis del lenguaje. En relación a las primeras, observamos que se registraron diferencias entre los grupos en el Nivel de Funcionamiento (SLOF, tanto en la hetero como en la autoaplicada), en el Nivel de Sintomatología (BPRS), no produciéndose diferencias ($p=0.37$) en lo que hemos denominado “Distancia entre evaluaciones”.

En cuanto a las variables del análisis

TABLA 1

	SLOF/H R.M.	SLOF/A R.M.	BPRS R.M.	D.E. R.M.	ALTAS	N
Grupo Control	5.42	5.50	13.50	9.25	2	6
Grupo Habil. Soc.	9.75	10.75	10.08	10.75	3	6
Grupo Psicoterapia	13.33	12.25	4.92	8.50	4	6
Chi-Cuadrado	7.038 $p=0.01$	5.289 $p=0.03$	7.862 $p=0.00$	.552 $p=0.37$		

SLOF/H: Heteroaplicada; SLOF/A: Autoaplicada; D.E.: Distancia Evaluaciones; R.M.: Rangos Medios.

Variables del lenguaje

	Variables			
	Iv/I _f R.M.	I _f % R.M.	I _{pf} R.M.	Ep _{va} R.M.
Grupo Control	7.42	12.33	12.50	5.75
Grupo Habil. Soc.	8.42	9.60	10.00	11.83
Grupo Psicoterapia	12.67	5.17	6.00	10.92
Chi-Cuadrado	3.271 $p=0.09$	6.142 $p=0.02$	4.526 $p=0.05$	4.529 $p=0.05$

Iv/I_f: Proporción de Indicativas verdaderas sobre Indicativas falsas; I_f%: Tanto por ciento de Indicativas falsas; I_{pf}: Indicativas falsas parciales; Ep_{va}: Estimativas verdaderas parciales asertantes; R.M.: Rangos Medios.

del lenguaje, las que arrojan diferencias entre grupos fueron Iv/I_f (la proporción de Indicativas verdaderas sobre las falsas), de manera tal que el grupo que obtuvo mejores resultados terapéuticos emitió más "Indicativas verdaderas" que los otros grupos, como puede observarse mediante sus Rangos Medios.

A un mayor nivel de significación estadística ($p=0.02$) encontramos también diferencias entre los tres grupos en las siguientes variables: I_f% (otra forma de corroborar que el grupo que no recibió entrenamiento y que, por consiguiente, obtuvo resultados terapéuticos inferiores, emitió un porcentaje mayor de "Indicativas falsas"); y dentro de esta última categoría (I_f) se aprecian también diferencias entre grupos en el número de I_{fp} ("Indicativas falsas parciales") guardando siempre el mismo orden que hemos señalado antes (es decir, en relación con los resultados terapéuticos).

Finalmente, hay también diferencias en Epva ("Estimativas parciales verda-

deras asertantes"), lo que resulta interesante dado que esta variable, junto con la anterior I_f%, están íntimamente relacionadas con lo que hemos denominado la percepción de realidad del paciente, o sea la "Distancia entre evaluaciones", como puede comprobarse mediante las correlaciones (ver Tabla 2). En el análisis del lenguaje se ha encontrado que cuanto mayor es esta distancia menos Epva son emitidas y más I_f%.

En la Tabla 2 pueden verse las relaciones halladas entre las distintas medidas terapéuticas y las variables del lenguaje estudiadas en el presente trabajo.

Los resultados del primer recuadro (Distancia entre evaluaciones) indican que un aumento de la distancia entre los valores de la auto y la heteroaplicación de la escala (SLOF), en estos pacientes, se relaciona con un aumento de los síntomas (BPRS), de las indicaciones falsas relativas y totales (I_f%, I_{tf}*), de las estimaciones falsas abso-

TABLA 2

Correlaciones: Resultados terapéuticos y variables del análisis del lenguaje

* = nivel de confianza = or > 0.05

** = nivel de confianza = or > 0.01

"DISTANCIA ENTRE EVALUACIONES"

Positivas		Negativas	
I _f% .....	.16	Iv%	-.24*
I _{tf} .....	.22*	Ev	-.17
E _f .....	.30**	Ev/E _f	-.31**
E _f% .....	.27*	Epva	-.22*
E _{pf} .....	.30**	Et/E _p	-.29**
BPRS .....	.25*	Im/I _f	-.24*
		SLOF	-.30**
		SLOF/A	-.26*

I_f%: Tanto por ciento de Indicativas falsas; I_{tf}: Indicativas totales falsas; E_f: Estimativas falsas; E_f%: Tanto por ciento de Estimativas falsas; E_{pf}: Estimativas parciales falsas; Iv%: Tanto por ciento de Indicativas verdaderas; Ev: Estimativas verdaderas; Ev/E_f: Proporción de Estimativas verdaderas sobre Estimativas falsas; Epva: Estimativas parciales verdaderas asertantes; Et/E_p: Proporción Estimativas totales sobre Estimativas parciales; Im/I_f: Proporción Indicativas imprecisas sobre Indicativas falsas; SLOF/A: SLOF Autoaplicada.

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO (SLOF)

Positivas		Negativas	
Tot .....	.17	Im/lv	— .21*
I .....	.18	If%	— .29**
Iv% .....	.18	Ivf%	— .21*
Iv/Iv .....	.30**	D.E.	— .30**
Iv	.22*	BPRS	— .17
Epva .....	.21*		
Ev .....	.20		
Iv .....	.25*		
SLOF/A .....	.57**		

Tot: Total de respuestas; I: Indicativas; Iv%: Tanto por ciento de Indicativas verdaderas; Iv/Iv: Proporción de Indicativas verdaderas sobre Indicativas falsas; Ivtv: Indicativas totales verdaderas; Epva: Estimativas parciales verdaderas asertantes; Ev: Estimativas verdaderas; Iv: Indicativas verdaderas; SLOF/A: SLOF Autoaplicada; Im/lv: Proporción Indicativas imprecisas sobre Indicativas verdaderas; If%: Tanto por ciento de Indicativas falsas; Ivtf%: Tanto por ciento de Indicativas totales falsas; D.E.: Distancia entre Evaluaciones.

NIVEL DE SINTOMATOLOGIA (BPRS)

Positivas		Negativas	
E .....	.21*	I	— .20*
Ef .....	.22*	Et/Ep	— .29**
Epf .....	.18	Iv/Iv	— .27**
Ef% .....	.18	Iv%	— .37**
E% .....	.19	SLOF	— .17
If% .....	.21*		
Etf .....	.17*		
D.E. ....	.25		

E: Estimativas; Ef: Estimativas falsas; Epf: Estimativas parciales falsas; Ef%: Tanto por ciento Estimativas falsas; E%: Tanto por ciento Estimativas; If%: Tanto por ciento de Indicativas falsas; Ivtf: Indicativas totales falsas; D.E.: Distancia entre Evaluaciones; I: Indicativas; Et/Ep: Proporción Estimativas totales sobre Estimativas parciales; Iv/Iv: Proporción Indicativas verdaderas sobre Indicativas falsas; Iv%: Tanto por ciento de Indicativas verdaderas.

lutas, relativas y parciales (Ef**, Ef%*, Epf**). Mientras que un acercamiento entre ambos puntos de vista o una disminución de los valores de esta variable, se relaciona con un aumento del nivel de funcionamiento (SLOF**, heteroaplicada), de la percepción que el paciente tiene sobre su propio funcionamiento (SLOF/A*, autoaplicada), del índice de indicaciones verdaderas (Iv/%*), del coeficiente de indicativas imprecisas sobre indicativas falsas (Im/Iv*), y, finalmente, del índice de estimaciones verdaderas y totales (Ev, Ev/Ef**, Et/Ep).

En cuanto al Nivel de Funcionamiento (SLOF) —segundo recuadro— observamos que a medida que éste aumenta en los pacientes crónicos, también aumenta el número total de respuestas obtenidas (Tot) frente al estímulo (láminas TAT), siendo éstas tanto Indicativas como Estimativas pero predominantemente verdaderas sobre todo en el caso de las Indicativas (Iv/Iv**, Ivtv*), aunque también en menor medida en las Estimativas (Ev y Epva*). En el caso de que el Nivel de Funcionamiento de estos pacientes descienda, se observa que coherentemente se incrementa el

Nivel de Sintomatología (BPRS) y la "Distancia entre evaluaciones" (D.E.**), aumentando el índice de imprecisión (en las indicativas) sobre el de veracidad (Im/Iv^*), y aún en mayor medida el de indicativas falsas (If^{**} , Ilf^*).

El último recuadro de la Tabla 2 muestra las correlaciones entre las variables del lenguaje y el Nivel de Sintomatología, observándose que un descenso de síntomas se ha relacionado en nuestra muestra con un aumento del Nivel de Funcionamiento (SLOF), del porcentaje de Indicativas verdaderas (Iv^{**} , Iv/Ilf^{**}) y del de Estimativas totales sobre las parciales (Et/Ep^{**}). Mientras que un aumento del Nivel de Sintomatología parece producir —además de un acrecentamiento de la "Distancia entre evaluaciones" (D.E.)— mayor porcentaje de Indicativas falsas (If^*) y totales (Ilf^*), así como de Estimativas, falsas y parciales (E^* , Ef^* , Epf , $E\%$).

3. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Estos resultados, en otras palabras, indican, en primer lugar, que cuanto mayor es la distancia entre las evaluaciones (hetero y autoaplicadas), existe una autopercepción distorsionada (descenso de Ev y aumento de $Ef\%$) puesto que no objetivan su afectividad como tal, sino que se proyecta hacia afuera con carácter objetivo. A nivel denotativo, un descenso de Iv con un aumento de Ilf , connota que la capacidad de abstracción está distorsionada, en el sentido de que esa afectividad que se objetiviza está dando lugar a ilusemas (Ilf). Lo mismo es corroborado mediante el descenso del coeficiente Im/Ilf , en el sentido de un descenso de la capacidad de abstracción, es decir, al operar deficientemente con clases, se tiende a operar con lo concreto, pero aquí se fracasa de nuevo (Ilf).

Por otro lado, parece que aumenta el número total de respuestas cuando

aumenta el Nivel de Funcionamiento, y que éstas serían de carácter predominantemente verdaderas, tanto sin son indicaciones como estimaciones, descendiendo en contraposición las falsas. Cuando lo que aumenta es el Nivel de Sintomatología, en este tipo de pacientes tan deteriorados, lo que observamos es que aumentan las estimaciones y las indicaciones pero de carácter falso, lo que resulta congruente con sus déficits cognitivos y sus trastornos afectivos.

En definitiva, podríamos concluir que el método de análisis del lenguaje utilizado en este estudio parece indicar de forma precisa el tipo de categoría lingüística que diferencia los grupos de pacientes tras la intervención, y que está relacionada en nuestro trabajo, con ciertas variables de resultados terapéuticos (en este sentido pueden consultarse otros trabajos que han estudiado las relaciones, por ejemplo, entre el TAT y el *Método de la Hermenéutica*, VALLS BLANCO, 1983; o JIMÉNEZ CASADO, 1987, que estudia el deterioro en pacientes esquizofrénicos, con este mismo procedimiento) de forma tal que puede servir para orientar de una manera más específica el entrenamiento sobre ellas a la hora de diseñar un programa de rehabilitación. Por ejemplo, podremos necesitar en un momento determinado de la intervención, implementar la emisión de Estimativas verdaderas o reducir el tipo de conducta verbal que se manifiesta objetivamente en Indicativas totales falsas, es decir, que con este procedimiento tenemos acceso a una información muy concreta del comportamiento del paciente, lo que puede resultar de utilidad para su entrenamiento.

Al mismo tiempo el método parece constituir en sí mismo un buen instrumento para el proceso de evaluación, habiendo mostrado convergencia con los demás instrumentos aquí utilizados.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREASSEN, N. C. (1979): "Thought, language and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability". *Archives of General Psychiatry*, n.º 36, páginas 1.315-1.321.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1972): *Introducción a la Hermenéutica del Lenguaje*. Península, Barcelona.
- (1978): *Introducción a la Psiquiatría*. 2 tomos. Alianza Textos, Madrid.
- (1987): *Organizadores de los Juicios de Realidad en el Lenguaje*. Curso de Verano de Inteligencia Artificial. Córdoba.
- JIMÉNEZ CASADO, C. (1987): *El deterioro en pacientes esquizofrénicos. Aspectos formales y tipos de deterioro*. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba.
- MONTI, P. M. & FINGERET, A. L. (1987): "Social Perception and Communication Skills among Schizophrenics and nonschizophrenics". *Journal of Clinical Psychology*, vol. 43, págs. 197-204.
- MORENO, N. (1987): *Rehabilitación de Pacientes Crónicos Psiquiátricos y Percepción de la Realidad*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.
- SCHNEIDER, L. C. and STRUENING, E. L. (1983): *SLOF: A Behavioral Rating Scale for Assessing the Mentally Ill*. *Social Work Research & Abstracts*. National Association of Social Workers, Inc. 9-21.
- VALLS BLANCO, J. M. (1983): *Formalización del TAT*. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba.
- WALLACE, C. J.; NELSON, C. J.; LIBERMAN, R. P.; AITCHISON, R. A.; LUKOFF, D.; ELDER, J. P. & FERRIS, C. (1980): "A review and critique of social skills training with schizophrenic patients". *Schizophrenia Bulletin*, n.º 6, págs. 42-63.