TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS

EL USO DE LOS OBJETOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA. UN ACERCAMIENTO DESDE LA PRAGMÁTICA DEL OBJETO

PRESENTA

Lic. Alejandro Israel García Esparza

PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA

TUTOR

Dr. Pedro Palacios Salas

INTEGRANTES DEL COMITÉ TUTORIAL

Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre

Dra. Cintia Rodríguez Garrido

Aguascalientes, Ags. 20 de noviembre del 2018

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES

DR. JOSÉ LUIS ELOY MORALES BRAND
DECANO INTERINO DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
P R E S E N T E

Por medio del presente como Tutor designado del estudiante **ALEJANDRO ISRAEL GARCÍA ESPARZA** con ID 116778, quien realizó la tesis titulada: **EL USO DE LOS OBJETOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA. UN ACERCAMIENTO DESDE LA PRAGMÁTICA DEL OBJETO** y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia me permito emitir el **VOTO APROBATORIO** para que él pueda proceder a imprimirla y así continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
"Se Lumen Proferre"
Aguascalientes, Ags., a 8 de noviembre de 2018.

Dra. Pedro Palacios Salas
Tutora de tesis

Dra. Alicia Edith Hermosillo de la Torre
Integrante del Comité Tutorial

Dra. Cintia Rodríguez Garrido
Integrante Comité del Tutorial

c.c.p.- Interesado
c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado de la Maestría en Investigación en Psicología

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Asunto: Autorización de Tesis
Oficio CCS y H Nº. 879

LIC. ALEJANDRO ISRAEL GARCÍA ESPARZA
P R E S E N T E

Con base en lo que establece el Reglamento de Docencia en el artículo 173, le informo que se autoriza el Tema de Tesis: **"EL USO DE LOS OBJETOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA. UN ACERCAMIENTO DESDE LA PRAGMÁTICA DEL OBJETO",** Así mismo se le designa como asesor al **Dr. Pedro Palacios Salas** a fin de asignarle fecha para la verificación del Examen de Grado para la obtención del título de Mtro. en Investigación en Psicología, deberá cumplir con lo establecido en los artículos 161, 162, 174 y 175.

Con el objeto de dar cumplimiento a este reglamento el paso siguiente será autorizar la impresión de su tesis, toda vez que presente la carta de liberación y/o acuerdo señalado en la Fracc. II del artículo 175.

Sin más por el momento, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags., 09 de Noviembre del 2018.

DR. JOSÉ LUIS ELOY MORALES BRAND
DECANO INTERINO

c.c.p. Dr. Francisco Javier Pedroza Cabrera. Secretario de Investigación y Posgrado del CCS y H.
c.c.p. Dr. Pedro Palacios Salas. Secretario Técnico del Posgrado
c.c.p. Archivo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca otorgada durante mi formación, a la Universidad Autónoma de Aguascalientes por el subsidio económico y al Hospital de Psiquiatría Dr. Gustavo León Mojica García por su colaboración en la realización de este trabajo.

Agradezco a mi tutor Pedro por impulsarme en todo momento a seguir creciendo, por su paciencia en las largas sesiones de observación, por sus ganas de transmitirme esa pasión por la investigación, por enseñarme que los pendientes nunca tienen fin y por procurar que siempre diera lo mejor de mí. Gracias Pedro.

Agradezco a Edith y Cintia por acompañarme durante mi formación, por su retroalimentación y opinión, por su interés y apoyo, por esas breves charlas o correos electrónicos en los que siempre noté una dosis de motivación y afecto. También agradezco a Marcelo Valencia por la cordialidad, paciencia e interés que tuvo en mi trabajo y formación durante mi estancia en el Instituto Nacional de Psiquiatría. De igual forma, agradezco a Alex Vásquez por su enorme apoyo en esta labor, por compartirme ese particular gusto por el mundo de la esquizofrenia, por abrirme las puertas del Hospital y por transformarse de colega en amigo.

Agradezco a mi esposa Andrea por iniciar conmigo este importante paso, por creer en mis locuras, por darles importancia y por su infinita insistencia en que las trate de alcanzar. Tu amor y cariño siempre serán la energía que me impulse a seguir adelante.

Agradezco a mis padres por todo su cariño, apoyo y amor que me han trasmitido en este camino. De ellos aprendí la constancia y la dedicación, la cara optimista de la vida y el disfrute de la misma, sin estos ingredientes mi trabajo no sería el mismo. De igual manera, agradezco a mis hermanos y sobrinos por estar conmigo en todo momento, por su amor incondicional, por su apoyo constante y sus buenos deseos.

Agradezco a mis amigos de laboratorio por romper el tedio y la rutina del trabajo, a los mismos gatos de siempre Lalito, Ricardo, Mauricio y Juanfra y a mis amigos de la secu Iván, Arturo y Eric por su compañía y apoyo. Sin darse cuenta, ellos fueron pieza clave para no tirar la toalla.

Gracias a todos ustedes este camino estuvo lleno de alegría y vida.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para mi esposa Andrea, fuente inagotable de inspiración y amor.

Para las personas con esquizofrenia que participaron en el proyecto. Ellos son la verdadera esencia del trabajo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Índice

Resumen **5**

Capítulo 1 El estudio de los objetos y sus usos **7**
1. Caracterización del objeto **7**
2. Desde donde mirar al objeto: el trasfondo de la pragmática del objeto **10**
3. La pragmática del objeto **16**
3.1 El desarrollo de los usos de los objetos. Bajo la mirada pragmática del objeto 19
3.2 Otras caras del objeto 22
4. Conclusiones **28**

Capítulo 2 Esquizofrenia **31**
1. La locura a través del tiempo **31**
2. La esquizofrenia en la actualidad **33**
3. Criterios Diagnósticos **35**
4. Curso clínico **36**
5. Epidemiología **37**
6. Etiopatogenia **38**
6.1 La esquizofrenia heredada 38
6.2 Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la esquizofrenia 39
6. 3 La esquizofrenia en el marco familiar 41
7. Principales déficits relacionados con la esquizofrenia **43**
7.1 El pensamiento en la esquizofrenia 43
7.2 El funcionamiento social en la esquizofrenia 45
8. El uso de los objetos como punto de encuentro **46**
9. Conclusiones **47**

Capítulo 3 Objetos y esquizofrenia: un encuentro olvidado en la enfermedad **49**
1. El vacío teórico **49**
2. El objeto en interacción implícita **50**
3. El objeto en interacción explícita **56**
4. Mirando desde la pragmática del objeto **58**
5. Conclusiones **61**

Capítulo 4 Método **63**
1. Participantes **63**
2. Escenarios **64**
3. Materiales **68**
4. Procedimiento de recogida de datos **69**

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

5. Procedimiento para el análisis de los datos 70
5.1 Toma de protocolo 71
5.2 Categorías de análisis 71

Capítulo 5 Resultados 77
1. El deterioro de la esquizofrenia visto desde el uso de los objetos 77
2. Pacientes de curso temprano no institucionalizados 77
2.1 Los usos de los objetos durante la comida 77
2.2 Los usos de los objetos durante el lavado de dientes 81
3. Pacientes de curso crónico institucionalizados 84
3.1 Los usos de los objetos durante la comida 84
3.2 Los usos de los objetos durante el lavado de dientes 88
4. Comparación en ambos grupos 92
4.1 Los usos de los objetos durante la comida 92
4.2 Los usos de los objetos durante el lavado de dientes 94

Capítulo 6 Discusión y conclusiones 97

Referencias 109

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Índice de Figuras y Tablas

Tabla 1. Postulados de la pragmática del objeto…….. 28

Figura 1. Fases del curso clínico en la esquizofrenia……37

Figura 2. Escenarios de participantes no institucionalizados……...66

Figura 3. Escenarios de participantes institucionalizados……68

Tabla 2. Objetos presentes en los ambientes cotidianos de los pacientes…….69

Tabla 3. Duración de las filmaciones de los pacientes crónicos institucionalizados……70

Tabla 4. Duración de las filmaciones de los pacientes en curso temprano no institucionalizados…….70

Tabla 5. Líneas de registro……74

Figura 4. Frecuencias relativas de usos en pacientes en curso temprano no institucionalizados durante la comida……...77

Figura 5. Frecuencia relativa de usos en pacientes en curso temprano no institucionalizados durante la comida por tomas…….78

Figura 6. Frecuencia relativa de usos atípicos en pacientes en curso temprano no institucionalizados durante la comida por tomas……..79

Figura 7. Frecuencias relativas de usos en pacientes en curso temprano no institucionalizados durante el lavado de dientes……...82

Figura 8. Frecuencia relativa de usos en pacientes en curso temprano no institucionalizados durante el lavado de dientes por tomas…….82

Figura 9. Frecuencias relativas de usos en pacientes de curso crónico institucionalizados durante la comida……..84

Figura 10. Frecuencias relativas de usos en pacientes de curso crónico institucionalizados durante la comida por tomas…….85

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Figura 11. Frecuencia relativa de usos atípicos en pacientes en curso crónico institucionalizados durante la comida por tomas……..85

Figura 12. Frecuencias relativas de usos en pacientes en curso crónico institucionalizados durante el lavado de dientes……..89

Figura 13. Frecuencias relativas de usos en pacientes en curso crónico institucionalizados durante el lavado de dientes por tomas…….89

Figura 14. Frecuencia relativa de usos atípicos en pacientes en curso crónico institucionalizados durante el lavado de dientes por tomas……..……90

Figura 15. Comparación de frecuencias relativas de usos en ambos grupos durante la comida……...93

Figura 16. Frecuencias de usos atípicos de ambos grupos durante la comida por tomas….94

Figura 17. Comparación de frecuencias relativas de usos en ambos grupos durante el lavado de dientes……...94

Figura 18. Frecuencias de usos atípicos de ambos grupos durante el lavado de dientes por tomas…….95

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Resumen

La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada por un marcado deterioro cognitivo y social que puede afectar en alguna medida a los sistemas semióticos que integran las propiedades convencionales de los objetos. El estudio de esta área no ha cobrado relevancia dentro de la investigación actual de la enfermedad, habiendo un vació teórico sobre como el padecimiento llega a afectar la manera en que los pacientes dan sentido a la realidad material que les rodea, por tal motivo, a través de la Pragmática del Objeto, este trabajo tiene el objetivo de describir los usos que los pacientes con esquizofrenia hacen de los objetos cotidianos tomando en cuenta el tiempo de antigüedad de su diagnóstico. Esto se llevó a cabo por medio de un estudio observacional con un diseño longitudinal, en donde se videograbaron en tres ocasiones, con un lapso de 3 meses entre tomas, a 10 pacientes con esquizofrenia: 5 con un diagnóstico mayor a los 20 años y otros 5 con un diagnóstico menor a 10 años. Todos se observaron en ambientes cotidianos y los videos fueron analizados de manera microgenética por medio del software ELAN 4.9.4 elaborándose las siguientes categorías de observación: usos canónicos, usos atípicos, disposiciones espaciales atípicas y titubeos. Los hallazgos muestran que en los pacientes con menos de 10 años de diagnóstico existe una preponderancia de los usos canónicos, los cuales comienzan a tener alteraciones desde la primera toma con un 5.39% de usos atípicos y que aumenta hasta un 16.97% en la tercera toma. Los primeros usos atípicos en aparecer son aquellos dados por la violación de las reglas de los usos convencionales de los objetos siguiéndoles los usos atípicos por interrupción de la ejecución y, por último, los titubeos. Conforme pasa el tiempo de diagnóstico, los usos atípicos tienden a aumentar mientras que la frecuencia de usos canónicos empieza a descender. A partir de dichos resultados se concluye que las alteraciones en el uso canónico de los objetos reflejan el deterioro gradual de la esquizofrenia. Estas alteraciones son manifestaciones del deterioro cognitivo y social del curso de la enfermedad, provocando que el paciente viole las reglas y que su ejecución se vea comprometida a la hora de su realización.

Palabras clave: Esquizofrenia, Pragmática del Objeto, deterioro cognitivo, deterioro social.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Abstract

Schizophrenia is an ailment characterized by a notable deterioration in cognitive and social capabilities which effects to some extent the semiotic systems which integrate the conventional properties of objects. The study of this area hasn't yet become of relevance in the current line of investigation on the illness. Therefore, then exists a theoretical vacuum in where the study of how the ailment effects the way in which patients ascribe sense into their material reality around them, should be. This work, through the Pragmatics of Objects aims for this reason to describe the uses that patients diagnosed with Schizophrenia give to the everyday objects, taking into account the time since diagnosis. This work aims then to contribute into the fulfillment of the theoretical vacuum existent. The study consisted in continuous observation of the patients with a longitudinal design, where 10 patients were recorded in video in 3 separate occasions, with 3 months in-between. 5 of the patients had been diagnosed 20+ years before, while the other 5 had less than 10 years since diagnosis. All of them were observed in everyday environments and the videos were analyzed microgenetically utilizing the software ELAN 4.9.4, this process yielded the next 3 categories of observation: Canonical Uses, Atypical Uses, Atypical Space Dispositions and Hesitation. Our findings show that in patients with less than 10 years since diagnosis, there exists a preponderance of Canonical Uses, which then start to have alterations since the first recording. 5.39% of Atypical Uses rises to 16.97% in the third recording. The first Atypical Uses to appear are those given by the direct violation of the conventional uses for the object, continuing with the Atypical Uses product of the interruption of the execution of the action, and lastly with Hesitations. As the time since diagnosis grows, the occurrence of Atypical Uses tends to grow while the frequency of Canonical Uses begins to decrease. With these results as a starting point, we conclude that the alterations in the Canonical Use of the objects reflect a gradual deterioration product of Schizophrenia. These alterations are the manifestations of the cognitive and social deterioration characteristic to the ailment, which in turn leads to the patient breaking the established rules, and the execution of the action becomes compromised during or before its conclusion.

Keywords: Schizophrenia, Pragmatics of Objects, Cognitive Deterioration, Social Deterioration.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Capítulo 1
El estudio de los objetos y sus usos

Para una tarea tan simple como el comer se necesita de un objeto, compuesto por un mango con una parte cóncava en su extremo, llamado cuchara que servirá para llevarse a la boca la comida que está en un recipiente plano y redondo con una parte cóncava en medio llamado plato. Si lo que se está comiendo es un alimento muy grande, se requerirá de cortarlo con una hoja de metal afilada unida a un mango llamada cuchillo. Generalmente no se come de pie, se hace sentado sobre una silla que es un objeto que tiene un asiento que está sobre cuatro patas con un respaldo, y los utensilios se colocan sobre una superficie plana que también está sobre cuatro patas llamada mesa. Además, si se acompaña el alimento con agua, habrá también una jarra y un vaso para beber y si la comida está un poco desabrida se utilizará un salero para verterle sal, etc. Así como la tarea anterior, las personas realizan muchas otras que de igual forma involucran el usar objetos, pero ¿cómo terminaron siendo tan indispensables en nuestra vida?, ¿qué papel tienen?, ¿cómo aprendemos a usarlos?, ¿qué teorías hay sobre los objetos y sus usos?, ¿a qué objetos nos estamos refiriendo? La labor que se llevará a cabo en este capítulo será el tratar de responder a estas interrogantes, haciendo especial énfasis en los planteamientos que regirán la lógica del presente trabajo.

El desarrollo general de este apartado comenzará con una caracterización de lo que se ha dicho sobre el objeto, abordándolo desde diferentes conceptualizaciones y ubicándolo dentro de la cotidianidad y de su papel funcional de uso. Luego se hablará sobre la pragmática del objeto, revisando las bases teóricas y filosóficas en las que se sustenta y repasando el desarrollo de los usos que se ha evidenciado en la literatura científica a través de dicho enfoque. Para terminar con las versiones del objeto que otros autores han comentado, examinando sus limitantes en función a nuestra perspectiva pragmática.

1. Caracterización del objeto

Bergson (1911/1963) llegó a pensar que “si para definir nuestra especie nos atuviésemos estrictamente a lo que la historia y la prehistoria nos presentan como característica constante del hombre y de la inteligencia, no hablaríamos del hombre como *homo sapiens*, sino como homo *faber”* (p. 558), pues la expresión máxima de su

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

inteligencia radica en el uso de objetos, en la capacidad de lo que puede hacer con ellos, en su fabricación y variación de su re-fabricación. Primero, gracias al uso de la mano, logró la elaboración de instrumentos, los cuales se fueron conservando y los conocimientos productos de esa actividad derivada de las herramientas se acumularon y compartieron a través de la historia (Vieira, 2014). Así, la humanidad dio paso a una acción recíproca transformadora de la naturaleza en la que el uso de las herramientas hizo posible un gran salto en la evolución (Engels, 1875/1990).

Luego del paso de miles de años, hasta el día de hoy los objetos siguen teniendo un papel protagónico en nuestra vida pues los usamos para realizar casi cualquier tarea y a pesar de que no los usemos siguen formando parte de nuestro entorno, a tal grado que generan procesos con los cuales las personas entran en relación con ellos y dan pauta a comportamientos y a relaciones humanas (Baudrillard, 1966/2004). Pero ¿a qué le podemos llamar objeto? Desde su raíz etimológica *objectum*, la palabra significa arrojado hacia afuera, cosa colocada adelante, con un carácter material (Moles, 1974). Esta palabra ha ido utilizándose de forma indiscriminada para referirse a cualquier cosa que comprenda algo afuera de nosotros. En este sentido, el término ha sido llevado al terreno filosófico en donde ha adquirido múltiples acepciones, las cuales limitaremos notablemente, pues el interés que tenemos sobre el objeto está puesto en su fenomenología de la vida diaria, ubicándolo dentro de la cultura y dando cuenta de su naturaleza convencional y funcional de uso en el centro de la cotidianidad, ya que si queremos conocer los objetos debemos referirnos irremediablemente a cómo es que se usan (Rodríguez y Moro, 1999). Pero antes de llegar a este punto, primero retomaremos otras características que giran en torno a los objetos.

Según Moles (1974), el objeto es “un elemento del mundo exterior fabricado por el hombre y que éste puede tomar o manipular” (p. 14). Leída entre líneas, esta definición aporta mucho más de lo que dice. Empezando por analizar la primera frase “elemento del mundo exterior” podemos inferir que se trata de algo real, que es percibido por los sentidos y se puede dar cuenta de ello asegurándose de su existencia. El segundo elemento de la definición menciona que es “fabricado por el hombre”, por lo tanto, es algo artificial, el hombre fue quien lo creó para un fin en particular. El tercer y último elemento de la definición afirma que se “puede tomar o manipular”, lo que quiere decir, que los objetos comparten un límite en sus dimensiones para que puedan ser aprehendidos para su manejo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(Moles y Wahl, 1974). Bajo estos términos, para Moles una cuchara de plata es un objeto, mientras que la plata por sí sola no lo es, una piedra tallada en forma de flecha es un objeto, mientras que la piedra sin tallar no, así como la rama rota de un árbol, ni la hoja que se desprende de él tampoco lo son puesto que no fueron manufacturados por el hombre, pero qué pasa si esa piedra es usada como pisapapeles, si la rama es utilizada para escribir algo sobre la tierra, o la hoja del árbol se usa como separador entre las páginas de un libro ¿se convierten en objetos a pesar de su naturaleza? O, por otro lado, si la cuchara de plata se utiliza como pisapapeles, para escribir algo en el suelo o como separador ¿deja de ser objeto porque no es utilizada con el fin para el que fue fabricada? Moles respondería que efectivamente la piedra, la hoja y la rama se incluirían dentro de los objetos si fueran usados así, mientras que la cuchara no puede dejar de ser objeto independientemente de cómo sea usada.

A diferencia de Moles, Gibson (1986) propone la distinción entre ambiente natural y ambiente artificial, mencionando que dentro del primero encontramos aquellos objetos que provienen de la naturaleza y que son alterados o modificados por ella misma, en cambio, en el segundo encontramos a los objetos que han sido modificados por el hombre para algún fin en particular. En este último campo podemos incluir a los artefactos que en palabras de Cole (1999) serían aspectos del mundo material que se han modificado durante la historia de su incorporación a la acción humana dirigida a metas. De igual manera se incluirían las nociones de utensilio y herramienta, siempre y cuando se consideren bajo un carácter artificial y material (Isava, 2009). En todo caso, el objeto sea éste natural o artificial, tiene la peculiaridad de resolver o modificar una situación mediante un acto en el que sea usado, convirtiéndose en mediador entre el hombre y el mundo (Moles, 1975). Por nuestra parte, el interés que tendremos en los objetos estará puesto precisamente en sus propiedades funcionales de uso dentro de la cotidianidad, pues como veremos más adelante, los objetos son en tanto a su uso y a los escenarios de actividad en que se ubican.

El objeto al tener el estatus de mediador se vuelve en portador de comunicación puesto que está unido a una semiótica en la que, por una parte, es manipulado conceptualmente a partir del nombre que sirve para designarlo (Moles, 1974), pero también, y más importante aún, por cómo es usado. Estas convenciones insertan a los objetos en una manera particular de interacción entre las personas, llevándolos a considerar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

su status pragmático como uno de los determinantes del valor social de lo que significan (Baudrillard, 1969). Este carácter semiótico de los objetos crea un sistema de signos, bajo un discurso no verbal integrándose a una cultura material que, junto a la discursiva están implicadas múltiples transformaciones en los elementos que lo conforman, obedeciendo siempre a una creación social que se funde en la práctica individual (Doménech, Íñiguez y Tirado, 2003; Hooder, 1982; Preda, 2009). Por tales motivos, las personas necesariamente requieren de la interacción con los demás para construir los sistemas semióticos necesarios para saber usar y comprender las propiedades sociales y convencionales de los objetos (Rodríguez y Moro, 2002). Pero ¿cómo se da este proceso? ¿qué se requiere para llevarlo a cabo? ¿cómo una persona llega a comprender los usos de los objetos? Parte del interés psicológico del objeto radica en las respuestas de estas preguntas, las cuales trataremos de responder a continuación, primero desde la postura que adoptaremos en todo el trabajo y luego desde otras caras del objeto y su uso.

2. Desde donde mirar al objeto: el trasfondo de la pragmática del objeto

La pragmática del objeto sostiene que los objetos se conocen por medio de la mediación semiótica y que gracias a esa atribución de significados se logran integrar las propiedades materiales y los usos convencionales de los objetos (Rodríguez y Moro, 1998). Para llegar a esta aseveración, dicha postura ha partido de dos vertientes teóricas: Le teoría Histórico Cultural de Vygotski y la teoría Semiótica Pragmática de Charles Sanders Pierce

Vygotski recalca en varios de sus escritos la importancia de estudiar las funciones psíquicas superiores, las cuales a principios del siglo XX eran consideradas por Wundt (1916/1990) como procesos psicológicos complejos derivados del producto colectivo (lenguaje, pensamiento, voluntad, etc.) y por tal motivo se tenían que estudiar mediante análisis históricos de los productos culturales; en cambio, los procesos psicológicos inferiores estaban ligados con la experiencia inmediata y podían ser estudiados mediante la psicología experimental. Subbotsky (1996) señala que la relación de ambas funciones en la teoría de Vygotski es vista a manera de transición desde las formas inferiores hacia las superiores, señalando que la progresiva evolución de dichas formas era caracterizada por cambios importanes en cada una de ellas. Por su origen, la gran mayoría de las funciones mentales inferiores son producto de la herencia genética, por su estructura son no mediadas,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

por su función son involuntarias, y por su relación con otras funciones mentales son unidades mentales individuales y aisladas. Por otro lado, una función mental superior es adquirida socialmente, mediada por significados sociales, controlada voluntariamente y existe como nexo en un sistema amplio de funciones más que como unidad individual. Esta división elaborada por Vygotski tiene sus asegunes, sin embargo, esta última aseveración es fundamental para él pues parte de su ley genética general del desarrollo en la que afirma que cualquier función del desarrollo cultural del niño aparece en dos planos. Primero en el plano social y luego en el plano psicológico. Es decir, aparece primero en la interacción entre las personas como una categoría inter psicológica y después dentro del niño como categoría intra psicológica (Vygotski, 1924/1997). Para que las funciones pasen del plano social al individual se requiere de un proceso de internalización que está dirigido por un nuevo protagonista al que introduce en escena: la mediación semiótica.

Viériesov (2010) afirma que el planteamiento de la mediación semiótica ya había sido introducido en la escuela rusa por diversos teóricos, pero fue Vygotski quien la concibió desde una perspectiva dinámica y del desarrollo. Idea que, para muchos, es una de las contribuciones más valiosas para la psicología (Moro, 2011; Rodríguez, 2007; Viériesov, 2007, 2010) y uno de los ejes centrales para los sustentos teóricos de la pragmática del objeto (Rodríguez y Moro, 1999).

El rol que asume el signo en la teoría histórico cultural tiene un papel primordial, Viéresov (2010) menciona que la idea del signo en Vygotski se concibe como una herramienta que organiza la estructura total de las funciones psicológicas y surge por necesidad en el proceso del desarrollo cultural de las funciones mentales superiores, primero aparece como una herramienta externa, como un tipo de materia cultural y más tarde viene a ser una herramienta de actividad interna (Vygotski, 1924/1997), vinculándola estrechamente con su ley genética general y el desarrollo de las funciones psíquicas superiores, pues para él “en la estructura superior, el signo y el modo de su empleo es el determinante funcional o el foco de todo el proceso” (Vygotski, 1924/1997, p. 82). Así como para Engels (1875/1990) la mediación dada por la acción de los objetos era la responsable de transformar la relación del hombre con su mundo exterior, para Vygotski, la mediación semiótica dada por la acción del signo es la responsable de la transformación de la vida interna del hombre. Dicho en las palabras de Rivière, “los signos, que tenían

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

primariamente un carácter externo, de instrumentos objetivos de la mediación entre personas, se internalizan hasta convertirse en instrumentos internos y subjetivos de la relación de un sujeto consigo mismo" (1985, p. 82) dando lugar al surgimiento de la conciencia. Una conciencia así concebida es imposible pensarla como reflejo inmediato de la realidad. Ya lo había planteado Luria (1979/1984) cuando argumentaba que el hombre es capaz de abstraer las características aisladas de su mundo y desprenderse de la mera percepción sensible. El hombre utiliza los signos como mediadores de la realidad, pero éstos no se incorporan a una conciencia vacía pues la misma conciencia es una construcción de los signos. No hay conciencia fuera de ellos (Silvestri y Blanck, 1993). Además, dice Vygotski, "los signos no aparecen como inventados por los niños: los reciben de la gente que les rodea y tan sólo después toman conciencia o descubren las funciones de tales signos" (1924/1997, p. 125).

Estos planteamientos sobre la mediación semiótica en el marco de la teoría histórico cultural, son tomados por la pragmática del objeto para desarrollar sus ideas teóricas, ampliando las hipótesis de Vygotsky a los objetos materiales para tratar de poner en relieve el papel del significado público relacionado con el objeto a través del proceso de creación de significado (Moro, 2016a). Pero al llevar a cabo dicha tarea, la pragmática del objeto le reprocha a Vygotski su actitud logocéntrica, pues sus planteamientos fueron orillándose cada vez más, estrechando los límites de la mediación semiótica y el papel funcional del signo al lenguaje (Vygotski, 1934/1995), dejando de lado la gran variedad de sistemas semióticos (Rodríguez y Moro, 1999). Esta crítica resalta también con la división que Vygotski hace entre funciones psíquicas inferiores y superiores, ya que sólo en estas últimas le da importancia al signo, pues en las inferiores según él predomina la herencia genética, son involuntarias, individuales y aisladas, por lo que el signo aún no estaría articulándolas, situación que no concuerda con nuestro punto de vista debido a que los sistemas semióticos entran en juego mucho antes del desarrollo del lenguaje, a manera de gestos, ritmos y usos. Por tales motivos, la pragmática del objeto necesitó mirar hacia la concepción de signo propuesta por Charles Sanders Peirce.

El signo o *representamen*, afirma Peirce, "es algo que, para alguien, representa o se refiere a algo en algún aspecto o carácter" (1965/1987a, p. 22), Además, se dirige a alguien

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

creando en la mente de esa persona un signo equivalente, o más desarrollado. Este signo resultante, Peirce lo denomina como "el interpretante del primer signo" (1965/1987a, p. 22). Asimismo, "el signo está en lugar de algo, su objeto. Está en lugar de ese objeto, no en todos los aspectos, sino sólo con referencia a una suerte de idea, que a veces he llamado el fundamento del *representamen*" (1965/1987a, p. 22). De esta forma el signo o *representamen* se encuentra relacionado con tres elementos: el fundamento, el objeto y el interpretante. La tricotomía que representa el signo también guarda relación con la tricotomía de las categorías universales que plantea Peirce como las formas en las que se podía experimentar todos los fenómenos posibles. Las cuales denominó como Primeridad, Segundidad y Terceridad.

La Primeridad la define Peirce (1904/1987b, p. 110) como "el modo de ser de aquello que es tal como es positivamente y sin referencia a ninguna otra cosa." La cualidad principal de la Primeridad es la sensación, la mera apariencia, la posibilidad al margen de cualquier otra cosa, siendo una mera impresión total no analizada que produce algo no pensado como hecho real. Castañares (1994) la asume como la categoría más difícil de entender a pesar de ser la más simple, ya que puede ser pensada sólo como mera posibilidad, aplicable a fenómenos relacionados con el sentimiento espontáneo, inmediato y sin analizar.

La Segundidad es vista por Peirce como "la experiencia del esfuerzo prescindiendo de la idea de intencionalidad" (1904/1987b, p. 112) y reside en el acto de una cosa sobre otra, en palabras de Peirce, "la acción bruta" (1904/1987b, p. 112). La Segundidad puede verse en un caso de reacción y de existencia, "que es el modo de hacer de aquello que reacciona con otras cosas" (1904/1987b, p. 112). Beuchot (2004) aclara que la idea de Segundidad en Peirce está delimitada por el carácter de resistencia o imposición que ejerce algo sobre la conciencia. Castañares (1994) a su vez, tratando de entender a Peirce, explica que la categoría de Primeridad se refiere a la idea del momento presente y atemporal, mientras que la Segundidad se encuentra en algo que se da en el momento, pero al mismo tiempo está en relación con la experiencia pasada.

La categoría de la Terceridad es la idea de "aquello que es tal como es en tanto que Tercero, o medio, entre un Segundo y su Primero. Es decir, es la representación como elemento del fenómeno" (CP 5.66-92). En dicha categoría están presente las leyes, los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

hábitos y los pensamientos. Un signo, propiamente dicho, es una especie de Tercero pues "coloca un Segundo, su Objeto, en una relación cognoscitiva con un Tercero" (Peirce, 1904/1987b, p. 116), estableciendo un hábito o regla general en la relación. Everaert-Desmedt (2004) explica esta categoría de Peirce como la mediadora por la cual un segundo se pone en relación, agregando que la Terceridad es la categoría del pensamiento, el lenguaje, la representación y el proceso de semiosis, que hace posible la comunicación social y la experiencia intelectual.

El proceso de semiosis propuesto por Peirce implica entonces una triadicidad genuina entre un signo o *representamen* (un primero), un objeto (un segundo) y un interpretante (un tercero). Pudiéndose clasificar los signos por su propia naturaleza (primeridad), por sus relaciones con los objetos (segundidad) y en sus relaciones con los interpretantes (terceridad).

El primer elemento dentro de la semiosis, el signo o *representamen*, es quien representa al objeto, y antes de que se interprete es solo mera potencialidad. Para que algo pueda ser signo, Peirce afirma que debe "representar, como decimos, algo distinto llamado su objeto" (CP 2.230), sin ofrecer una relación de reconocimiento tal del objeto. Considerando el signo por sí mismo, Peirce define tres clases de signo: a) cualisigno, cuando la apariencia del signo está dada por una apariencia o cualidad; b) sinsigno, cuando un evento singular, un hecho espacio-temporal funciona como signo y; c) legisigno, cuando se refiere a una generalidad, a algo convencionalizado.

El segundo elemento de la semiosis, el objeto, es lo que el signo representa. Peirce menciona que "los objetos (puesto que un signo puede tener varios) puede cada uno ser una única cosa existente conocida o algo que se cree haber existido con anterioridad o que se espera que exista, o una colección de tales cosas, o una cualidad conocida, o una relación o un dato […] o algo de naturaleza general deseado, requerido, o invariablemente encontrado bajo ciertas circunstancias generales" (CP 2.232). El objeto de Peirce, en resumidas cuentas, sería aproximadamente todo, Marafioti lo explicaría diciendo que "lo que hace que algo sea un objeto de un signo es el hecho de que está representado como tal por el signo" (2004, p. 76-77). Esta característica alude al objeto inmediato del signo y sirve para ofrecer resistencia o restricción pues es conocido y visto desde el contexto del signo. Por otro lado, el signo también tiene un objeto dinámico que sería el objeto tal como

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

es, sin aludir a sus particularidades, “el objeto en estas relaciones que un estudio ilimitado y final mostraría que es” (CP 8.813). El signo en relación con su objeto dinámico puede clasificarse en tres: a) ícono, cuando el signo está determinado por su objeto dinámico en función a su propia naturaleza, transmitiendo ideas de las cosas que representan simplemente imitándolas; b) índice, cuando el signo está determinado por su objeto dinámico en función de estar en una relación con él, mostrando algo sobre las cosas por estar físicamente conectado con ellas; c) símbolo, cuando la determinación del signo con su objeto dinámico está dada por la interpretación, dependiendo de la convención o el hábito, es decir, cuando el signo ha sido asociado con su significado por el uso (CP 2.281).

El tercer elemento, el interpretante, aparece en la definición de signo cuando se afirma que se dirige a alguien creando en la mente de esa persona un signo equivalente, o más desarrollado (2.274). Castañares (1994) menciona que la definición más conveniente para el interpretante en Peirce es la de signo producido por otro signo, pues “el interpretante es un signo porque mantiene con el objeto del signo que lo ha producido el mismo tipo de relación. Pero además, es capaz de producir otro interpretante” (1994, p. 11). Esta posibilidad del interpretante lleva al proceso de semiosis a su carácter inacabado e infinito. Es importante recalcar que para Peirce un interpretante no necesariamente es una persona con mente, Castañares (1994) explica que ningún *representamen* o signo funciona como tal si no llega a determinar a un interpretante, y considerar al interpretante como un efecto mental es correcto, pero se requiere trascender dicha concepción para no caer en interpretaciones psicológicas, pues el efecto o resultado de un signo (el interpretante) no ha de tener precisamente naturaleza mental. Para Peirce “el pensamiento no necesariamente debe estar conectado al cerebro. Aparece en el trabajo de las abejas, de los cristales y a través de todo mundo físico; y no se puede negar que está realmente allí” (CP 550). El signo en relación con su interpretante puede ser: a) rema, cuando para relacionar el *representamen* con el objeto, no se toma en cuenta nada más que las cualidades del *representamen*, que son también las cualidades de toda una clase de objetos posibles (Everaert-Desmedt, 2004), no se considera ni verdadero ni falso, como casi todas las palabras consideradas de manera aislada; b) dicente, cuando el signo funciona como una proposición lógica, pudiendo ser verdadero o falso, el dicente es algo susceptible de ser aseverado; c) argumento, cuando se formula la regla que une el *representamen* a su objeto.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En él siempre aparece un legisigno como *representamen* y un símbolo como objeto (Everaert-Desmedt, 2004).

Con respecto al argumento Peirce (CP 2.96) concibe tres clases: la deducción, la abducción y la inducción. La primera consiste en representar hechos en la premisa, afirmándolos en la conclusión, es decir, existe una regla de la que, a partir de un caso se infiere una conclusión. El segundo argumento presenta en su premisa hechos que muestran una similitud con el hecho afirmado en la conclusión, pero que podría ser verdadera sin que la última lo fuera, la conclusión tan sólo representa un hecho. Es la formulación de una hipótesis o proposición general que busca dar cuenta de un hecho o evento. Peirce afirma que "una abducción es originaria en tanto que es la única clase de argumento que da comienzo a una nueva idea" (CP 2.96) en ella se apela a la primeridad a fin de formular la regla. La última clase de argumento, la inducción, parte de una hipótesis resultante de una abducción anterior, y de predicciones tácitas extraídas por deducción, de los resultados de los experimentos posibles, y después de realizarlos concluye que la hipótesis es verdadera en la medida en que esas predicciones se verifiquen. Por inducción llegamos a concluir que hechos similares a los observados son verdaderos en casos que no hemos examinado.

3. La pragmática del objeto

Después de viajar por los caminos teóricos y epistemológicos que conforman los sustentos de tan particular mirada del objeto, ahora toca el turno de hablar propiamente de la teoría que nos concierne entrelazando los elementos vistos con anterioridad y tratando de comprender sus postulados teóricos.

Como ya se mencionó unos párrafos arriba, la pragmática del objeto centra su interés en las propiedades culturales y de naturaleza convencional de los objetos afirmando que se conocen gracias a la atribución de significados que se van poniendo en juego dentro de la dinámica cotidiana entre los adultos, los niños y los objetos mismos (Rodríguez y Moro, 1999). Lo cual refiere de manera explícita al carácter semiótico en el que es sumergido el objeto y queda de manifiesto su integración en las redes de comunicación intersubjetivas. Es entonces que de nuestro protagonista resaltamos su carácter social y lo incluimos de manera evidente dentro de la cultura material, ocupando un lugar privilegiado en las convenciones y significados públicos, otorgándole un papel en el mundo humano

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

que es experimentado pragmáticamente y cuyo significado es progresivamente internalizado a lo largo de la vida (Moro, 2016).

Un primer supuesto que debemos asumir es que, para comprender al objeto, primero tenemos que afirmar que éste es conocido por su uso y dicho uso forma parte de un acuerdo establecido con los demás y se accede a él a través de un largo proceso de desarrollo. En este sentido, Rodríguez afirma que "conocer consiste en dar significado a lo que nos rodea, y dar significado implica el uso […] *Algo es conocido cuando es usado*" (1999, p. 84, la cursiva es nuestra). Estas ideas reflejan el carácter pragmático del objeto en tanto que se vuelve signo de su uso (Rodríguez, 2007) y es aquí donde el signo y el objeto se entrecruzan.

Un segundo supuesto a asumir es que la relación que existe entre el objeto y su uso está dada por el signo, este importante elemento es tomado desde fuera de la comunicación intencional y al trascender los estrechos límites del signo lingüístico puede utilizarse a cualquier cosa susceptible de interpretación y no sólo a lo que alguien comunica intencionalmente a otro (Rodríguez, 2007). Si recordamos el signo perciano, el objeto forma parte de la triadicidad genuina de la semiosis y al distinguir éste con su uso da lugar a un proceso de selección de sus partes, es decir, se requiere de un signo que represente o se refiera "a algo en algún aspecto o carácter" (Peirce, 1965/1987a, p. 22) de ese objeto. Además, es importante resaltar que, para el interpretante de dicho signo, no tendrá "ningún otro objeto distinto a aquel sobre el cual ya tiene algún conocimiento" (CP 2.232). Lo que implica que conocemos por medio de lo que ya hemos conocido, de la misma manera en que un signo remite a otro y un pensamiento a otro.

Al concebir el objeto como signo de su uso, éste entra directamente en el plano cognitivo y social pues recordando a Vygotski (1924/1997) y a su concepción de conciencia semióticamente mediada, el signo es el determinante funcional o el foco de todo proceso psíquico, apareciendo primero en un plano interpsicológico, para aparecer después en el intrapsicológico. Estos signos durante el desarrollo no aparecen como inventados por los niños y las niñas. En un primer momento los usos que hacen de los objetos son indiferenciados, como chuparlo, sacudirlo o golpearlo, pero aun así les están dando un significado, pues estos dependen de su uso y pueden ser originados desde cualquier lugar siempre que exista alguien que sirva de interpretante, como esta premisa no se encuentra

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

forzosamente unida a una intencionalidad, los objetos también son susceptibles a la interpretación, volviéndose legibles gracias a la acción del signo. Así cuando el niño usa el objeto de manera no canónica, también le está otorgando un significado por muy básico que sea (Rodríguez, 2007).

Lo complejo de tan interesante asunto es que esos objetos con los que interactúa el niño al nacer pertenecen a la cultura material de la humanidad, las personas actúan sobre ellos con el propósito de llevar a cabo funciones sociales, regular las relaciones sociales y dar significado simbólico a la actividad humana (Woodward, 2007). La cultura, menciona Eco usando como ejemplo una piedra, apareció cuando un ser pensante estableció una nueva función sobre el guijarro, luego le asignó un nombre a esa función como guijarro que sirve para algo, después lo reconoció por su función sin la necesidad de utilizarlo como tal, sólo bastó con reconocerlo y que ese guijarro "utilizado hoy por el ser K aparezca al día siguiente, para el mismo ser, como signo visible de la función posible; de esta manera, K1 ha establecido las reglas para significar a K2 la función del guijarro" (1973/1994 p. 108). En la medida en que se establece una forma observable e interpersonal de comportamiento sígnico visible, existe un lenguaje. Pero en este punto, Eco se vuelve prudente (como nosotros lo hemos sido) al afirmar que el lenguaje no se limita a lo verbal, sino que sólo es parte de una totalidad de sistemas semióticos.

El uso envestido y producido por la cultura, ejercitado en la práctica cotidiana implica convención y acuerdo con los demás, estableciéndose reglas y normas de uso que trascienden al individuo. Para un adulto el darles significado a los objetos por medio de dichos signos culturales es fácil, ¿pero, para los niños? ¿cómo es que llegan a comprender dichos significados? La respuesta aparece en el mismo adulto, pues los niños se van introduciendo a las redes semióticas que son desplegadas por él frente a ellos. Dichas redes como afirma Rodríguez:

> "Poseen dirección, son plurales porque intervienen distintos sistemas de signos, están cargadas con sentido, y no es raro encontrarse también con los objetos usados ostensiblemente por el adulto de múltiples modos: mostrados, en movimiento, trasformados en personajes que hablan, se aproximan, tocan

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

> al niño, convertidos en magníficos temas en torno a los cuales gira la interacción intersubjetiva." (2007, p. 126-127).

La acción semiótica educativa del adulto, como Moro (2016b) señala, es la responsable de introducir al niño a la cultura y en el sentido más estricto, a producir su propia psique. El uso del objeto, bajo esta misma óptica, comienza a ser conocido por el niño gracias a dichos signos, los cuales establecen la realización de múltiples inferencias que los niños pueden desencadenar a partir de su interpretación, proceso que nos remite al término de abducción propuesto por Peirce (CP. 2.96) que abre paso a la generación de nuevo conocimiento, y que lleva al niño a comprender el signo en función a la convención o el hábito, es decir, cuando el signo ha sido asociado con su significado por el uso.

Lo anterior no se da de la noche a la mañana, al contrario, se requiere de una constante actividad en la que los adultos, los niños y los objetos entran en la dinámica de la significación y que va llevando a que los niños comiencen a construir los sistemas semióticos necesarios para comprender el significado convencional de los objetos, proceso que detallaremos a continuación, utilizando la edad a la manera en como Vygotski (1924/1997) la utilizó, sólo como mero referente y no como criterio seguro del nivel real de desarrollo.

3.1 El desarrollo de los usos de los objetos. Bajo la mirada pragmática del objeto

Para que el proceso de construcción de los sistemas semióticos que dé paso a la relación entre objeto y uso aparezca, se requiere de una actividad interactiva a través de una serie de comportamientos bebé-adulto que los lleven a una relación recíproca entre el uno y el otro en correspondencia con el objeto, es decir, una interacción triádica (Moro y Rodríguez, 1989). Esta actividad aparece, en un principio por los actos comunicativos que nacen gracias a la intención del adulto, quien organiza y dirige los encuentros entre el niño y el mundo material (Rodríguez, 2012a), el primer ejemplo de esto en el desarrollo de los usos de los objetos lo podemos encontrar en el denominado Efecto Imán, el cual "se produce cuando la acción ostensiva del otro sobre el objeto, despierta en el niño la intención de dirigir, por ejemplo, los brazos extendidos, hacia ese lugar semiotizado, transformado en hecho interesante, individualizado y discretizado, por otra persona" (Rodríguez, 2007, p. 367). El Efecto imán, que aparece desde los 3 meses de nacimiento, es la carta de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

presentación que el adulto le da al niño sobre el mundo pues de esta manera comienza a introducirlo a la materialidad, mostrándosela de tal manera que su acción terminará siendo la base para el establecimiento de la acción conjunta y triádica.

Conforme continúa el desarrollo, entre los 4 y 7 meses, el tipo de interacción que se caracteriza entre nuestros actores está centrada en el ritmo, volviéndose este elemento en el común denominador de la interacción triádica, pues los adultos les presentan los objetos a los niños de tal manera que el ritmo compone uno de los primeros sistemas semióticos que permite la comunicación humana. Estos sistemas denominados como usos rítmico-sonoros, aparecen antes de otros más complejos, relacionados propiamente dicho con los usos convencionales o simbólicos (Moreno, Rodríguez y del Olmo, 2015).

Previo a los usos convencionales, es decir, antes de los 10 meses, el niño aún mira a la mayoría de los objetos sin ser signo de su uso, pues la interacción que tiene con ellos se basa primordialmente en su capacidad motora o en lo que puedan hacer con ellos, como sacudirlos, chuparlos, lanzarlos, etc. Esta forma de interacción se denomina como *uso no canónico* y en él radican los usos indiferenciados que se pueden aplicar a la mayoría de los objetos sin referencia alguna al uso convencional (Rodríguez y Moro, 1999). Es decir, que la relación que guarda el signo con su objeto dinámico es icónica, pues está en función a su propia naturaleza y lo único que envía el objeto dentro del proceso de semiosis es a el mismo (CP 2.281). Mientras que los niños interactúan con los objetos de esta manera, el adulto que ya significa el objeto por su uso, los utiliza de manera convencional y por medio de una variedad de mediadores semióticos puestos en actividad triádica, conducen al niño hacia las premisas del uso canónico, es decir, a un uso con mayor proximidad a las reglas culturales.

Llegados los 10 meses la interacción entre nuestros actores se complejiza, pues los mediadores que utiliza el adulto (y ha utilizado desde el nacimiento del niño) comienzan a configurar las reglas del uso convencional de los objetos en los niños. Ahora para ellos los signos comienzan a ser legibles por medio de inferencias abductivas que realizan y en las que se unen la comunicación y la cognición (Rodríguez y Moro, 1998), dando una convergencia de significados entre el adulto y el niño, lo cual posibilita que estos últimos empiecen a realizar una "*selección de posibles* frente a los usos infinitos e indiferenciados" (Rodríguez y Moro, 1999, p. 204). Cuando el objeto se vuelve signo de su uso aparece el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

uso canónico, el cual nos remite propiamente a una determinación del signo con su objeto dinámico dada por la convención o el hábito, es decir, a un símbolo como tal (CP 2.281). Dentro del uso canónico, el uso y el objeto quedan investidos por aquellos elementos sociales e históricos que conforman las reglas y normas que trascienden al individuo (Rodríguez y Moro, 1999) lográndose así la integración de las propiedades materiales de los objetos con sus usos convencionales (Rodríguez y Moro, 1998) y otorgándoles permanencia funcional, permitiendo considerarlos no como ejemplares únicos, sino como pertenecientes a categorías específicas, es decir, a miembros de clases diferenciadas por su función (Rodríguez, 2012b).

Entrando a los 12 meses de edad, aparecen los usos simbólicos en el desarrollo del niño, los cuales consisten en utilizar el objeto para representar algo ausente (Palacios et al., 2016). Estos usos se apoyan en las reglas que gobiernan los usos convencionales de los objetos (Herrera, 2005; Palacios, 2009; Rodríguez y Moro, 2002), luego de que éstas se hayan apropiado, se pueden transferir a contextos distintos a los cotidianos en los que se usa el objeto, a otros objetos distintos o incluso en ausencia de objeto material (Palacios et al., 2016). A los 12 meses, los usos simbólicos que aparecen en los niños están caracterizados por utilizar el mismo objeto y su uso convencional como soporte del uso simbólico, es decir, que el uso esta contextualizado convencionalmente, pero evocan elementos ausentes en la situación de uso (utilizar una cuchara vacía haciendo como sí se estuviera comiendo). Conforme el desarrollo avanza, hacia los 15 y 18 meses, aparecerá con mayor frecuencia la sustitución y la ausencia de soporte material para la evocación del uso simbólico y, a su vez, la posibilidad de las narrativas simbólicas en las que se encadenan distintos símbolos convirtiendo al objeto en un agente activo en la interacción (Palacios y Rodríguez, 2015; Palacios et al., 2016).

Las edades más tardías en las que se tienen estudios enfocados desde la pragmática del objeto los encontramos en Cavalcante y Rodríguez (2015) con la comprensión numérica. En este estudio se tuvo como objetivo identificar y analizar los mediadores comunicativos utilizados por los adultos durante su interacción con sus hijos entre 24 y 36 meses de edad, identificando y analizando de igual modo los gestos y tipos de usos que los niños hacían de los objetos que involucran una comprensión numérica (que para este estudio fue un dado y el movimiento/avance de un caballo réplica sobre un camino

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

segmentado). En dicho estudio se concluye que los primeros conocimientos numéricos se conjugan con sistemas semióticos previos compartidos con el adulto y ayudan al niño a identificar y nombrar los puntos del dado y los segmentos del camino, es decir, a realizar usos numéricos con los objetos.

Todos estos cambios mencionados con anterioridad forman parte del desarrollo normativo y culminan con la aquisición de sistemas semióticos que darán sentido en la vida adulta a la interacción con la materialidad y a la inserción en la cultura. Sin embargo ¿habrá forma de que estos logros se vean afectados en alguna forma? Con respecto a esta interrogante, desde la pragmática del objeto se han abordado temas como el del autismo, en donde Sternen y Rodríguez (2012) evidenciaron que, en niños con alto riesgo de padecer esta alteración en el desarrollo, el uso canónico aparece hasta el año de vida. No obstante, la pragmática del objeto no ha abordado la posibilidad de que estas modificaciones se den en los adultos, pero ¿podría suceder esto, y si fuera así, que condiciones se requerirían para que sucediera? Sabemos desde la postura pragmática que, gracias a la mediación semiótica, el objeto se vuelve signo de su uso, dando paso a la elaboración de nuevos significados y nuevos usos, pero ¿qué pasaría si esta mediación con los demás y con la realidad se ve interrumpida por la aparición de un cuadro clínico que afecta de manera directa la forma de relación con el mundo? En el caso concreto de la esquizofrenia, una enfermedad mental caracterizada precisamente por esa perdida de contacto con la realidad ¿qué pasaría con dichos sistemas semióticos? Pero antes de entrar con estas ideas, revisemos primero que otros planteamientos se han realizando en torno al objeto.

3.2 Otras caras del objeto

3.2.1 Gibson y las posibilidades del medio

La pragmática del objeto no ha sido la única en responder la interrogante de cómo llegamos a conocer el uso de la materialidad que nos rodea, ya que también existen otras versiones en las que el objeto es visto desde otros ángulos para dar cuenta de la manera en que es usado. Una de esas distintas versiones es la planteada por Gibson en su obra *Aproximación Ecológica de la Percepción* (1986). En ella menciona que el organismo y el ambiente forman un par inseparable pues uno implica al otro, ya que el organismo requiere de un ambiente con el cual interactuar, mientras que las características de dicho ambiente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

permiten la interacción que el organismo tiene con él, es decir, que si el ambiente es iluminado permitirá que el organismo pueda ver, si tiene las condiciones dejará que respire, que se mueva, que detecte vibraciones, etc. "Todas estas ofertas de la naturaleza, estas posibilidades u oportunidades, estas *affordances* como las llamaré, son invariantes. Han sido sorprendentemente constantes a lo largo de toda la evolución de la vida animal" (Gibson, 1989, p. 18-19). De aquí se desprende su concepción de *affordances* en la que afirma que lo que percibimos del medio es percibir lo que ofrece, lo que implica que "[…] los *valores* y *significados* de las cosas en el ambiente pueden ser percibidos directamente. Además, explicaría el sentido en que los valores y significados son externos al perceptor" (Gibson, 1989, p. 127 la cursiva es nuestra). Dicha idea aplicaría igual para los objetos, pues ellos según sus propiedades pueden ser usados de alguna u otra manera en función a sus *affordances*. El problema con Gibson es que las *affordances* del ambiente que nos presenta son invariantes y auto consistentes, regla que no aplica cuando pensamos en la cultura pues en este sentido las variaciones dependen de la experiencia que se tiene con el mundo y que además son compartidas y varían en función del contexto socio-histórico (Lakoff, 1987). Lo mismo pasa con los objetos, pues las *affordances* que tienen parecen ser más bien dinámicas e intencionales. En este punto Tomasello (1999) señala que en una etapa temprana del desarrollo los niños exploran los *affordances* naturales del objeto para luego llegar a sus *affordances* intencionales que serían las de su uso convencional, pero al igual que las primeras, éstas últimas también pueden ser comprendidas por el niño con la sola interacción con el objeto reduciendo el papel que ejerce el adulto como simple modelo de imitación, por medio del cual el niño aprenderá a usar los objetos.

Por su parte, Costall (2012) menciona que se debe realizar una lectura distinta entre las *affordances* presentes en objetos naturales, es decir, aquellos que no han sido manufacturados por el hombre para una finalidad concreta, y los artefactos que son objetos concebidos por el hombre e impregnados de sus intenciones (Costall, 1995), para este caso existen *affordances canónicas* que serían las del uso para el que fue creado el objeto. Dichas *affordances* dependen primordialmente de un factor cultural, ya que por medio de la convención se van determinando e incluso cuando los objetos llegan a usarse de forma diferente, estos usos improvisados pueden llegar a asumir el estatus de una canonicidad adicional (Costall y Richards, 2013).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En este abordaje de los objetos vistos como artefactos, muchos teóricos han compartido el punto de vista de Costall considerando que las *affordances* son construcciones sociales (Serrano y Díaz, 2013), que incluso comienzan desde los mismos diseñadores cuando imprimen en sus creaciones el para qué van a ser utilizadas y las conciben en función a ello, haciendo que la forma del objeto tenga las partes idóneas para comunicar el mensaje correcto de cómo es que se usa (Norman, 1990). Pero si dicha idea la concebimos desde el punto de vista semiótico, comprendemos que el objeto al ser eso que el signo representa necesariamente debe ser enviado a algún interpretante para poder darle un significado, es decir, que por sí mismo el objeto no da un mensaje pues requerirá del interpretante para introducirlo en el proceso de semiosis. Lo que los diseñadores ven en su obra es justamente ese signo interpretante generado en ellos por el primer signo representado por el objeto. Pero que al compartirse socialmente se convierte en símbolo apareciendo la *affordance* canónica o lo que sería el uso canónico del objeto.

Aunque las propuestas actuales sobre las *affordances* han ido repensando las ideas de Gibson, continúa de trasfondo el aparente punto de vista antidualista, intentando conjugar dentro del término *affordance* al medio y el organismo por medio de la percepción como modo de acción, afirmando que lo que percibimos debe ser una función directa de cómo es que actuamos (Ingold, 2000). El problema es que la noción misma de *affordance* está sujeta a una concepción dicotómica puesto que al fin y al cabo contempla dos entidades distintas, pues el significado de los objetos es percibido de manera directa, apareciendo en el encuentro directo entre el sujeto y el objeto (Rodríguez y Moro, 1999). Además, esta percepción directa de los significados deja de lado a la variedad de usos simbólicos, rítmico-sonoros o numéricos que tienen los objetos.

3.2.2 Piaget y la construcción del objeto abstracto.

Uno de los grandes exponentes de la psicología que aparecieron en el siglo XX fue la figura de Jean Piaget, quien con su psicología evolutiva contribuyó dentro del campo de la investigación teórica y experimental del desarrollo cualitativo de las estructuras intelectuales (Flavell, 1985). En dicha tarea, Piaget buscó responder a la pregunta de cómo es que conocemos, apartando la relación entre sujeto y objeto de la reflexión filosófica y llevándola hacia el terreno científico (Nicolas, 1979). Por tal motivo, el objeto que mira

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Piaget no es aquel o, mejor dicho, aquellos con los que convivimos día a día dentro de nuestra cotidianidad, sino que es un objeto abstracto, epistémico y universal.

Bajo esta mirada, Piaget (1964/1971) afirma que, durante el desarrollo en los primeros años de vida, el universo del bebé es un mundo sin objetos que consiste sólo en cuadros móviles que desaparecen y reaparecen, pues las cosas existen sólo cuando están dentro de su cuadro sensorial y dejan de existir cuando se les esconden. Según Piaget (1937/1985) para que los objetos tengan un carácter permanente se requiere comprender la espacialidad y las relaciones de causalidad entre las cosas. En un primer momento, el bebé concibe el espacio no como un medio sólido, sino que está determinado por los actos del sujeto y esta misma actividad determina las relaciones de causalidad entre las cosas. No será hasta que el niño logre coordinar diferentes esquemas y, junto a su acción y al descubrimiento de medios nuevos, pueda comenzar a concebir un mundo físico fuera de él. Al actuar sobre las cosas el niño aprenderá a utilizar las propiedades de las cosas entre sí, interesándose por las relaciones espaciales presentes en los objetos percibidos y observándose a sí mismo actuando sobre los objetos.

El problema de la permanencia en Piaget es que alude exclusivamente a los atributos físicos de los objetos, sin hacer referencia alguna a sus propiedades culturales. Como bien ha señalado Rodríguez (2012b), la teoría de Piaget no habla sobre la permanencia funcional ligada al uso cotidiano del objeto socialmente compartido, pues mira sólo su sustancialidad y la consistencia en sus dimensiones formales, segmentándolo en un plano físico y social, proponiendo una acción aislada en la que el niño no requiere de una actividad guiada, consensuada o de comunicación.

Esta forma de mirar al objeto se resiente de igual manera cuando Piaget habla de la función simbólica o semiótica, pues afirma que en ella "[…] los procesos individuales de la vida mental priman sobre los factores colectivos" (Piaget, 1945/2011, p. 8). Pues para él, el punto de partida para la función simbólica radica en significados privados que los sujetos van construyendo durante el desarrollo y no es hasta la llegada del signo lingüístico, cuando se produce la entrada a los significados convencionalizados (Rodríguez y Moro, 2002). Dolle (1993) explicando a Piaget menciona que durante el desarrollo de la inteligencia sensoriomotriz, se observa que los objetos para chupar o para mirar, se convierten en objetos para sacudir y balancear, por lo que de manera progresiva y en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

función del desarrollo toman significados diferentes para el niño. Pero lo que al principio era visto como un significado funcional se convierte luego en la dicotómica relación saussuriana entre significante y significado dándole absoluta primacía al signo lingüístico y dejando a la función simbólica lejos del plano pragmático.

Esta tradición comenzada por Piaget de mirar al niño en solitario ha hecho que el interés de los investigadores se aleje cada vez más del papel de los adultos en el desarrollo de los niños, llevándolos a estudiar al niño en aislado. Desafortunadamente hoy en día existen corrientes teóricas que además de ver al niño en solitario, también han limitado su acción, alejándose en gran medida de los planteamientos piagetianos, haciendo que durante la experimentación el niño sea "un gran ojo que mira, sin posibilidad de acción" (Rodríguez y Moro, 2002, p. 324), al que se le presentan objetos en situaciones completamente ficticias, abstrayendo sus propiedades formales y excluyendo el papel del adulto en el desarrollo, afianzando cada vez más la idea de que el niño por sí mismo conoce y aprende el mundo o que nace con un acervo competente para representárselo (Friedman y Vietza, 1972).

3.2.3 La neuropsicología del uso del objeto.

Existen varios animales que se valen de objetos e instrumentos para llevar a cabo alguna acción, los pájaros utilizan ramas, hojas o restos de plástico para formar su nido, los simios utilizan rocas para quitarle la cáscara a algún alimento, los castores emplean troncos para la construcción de represas, etc. Pero a pesar de los muchos ejemplos que podamos encontrar, los seres humanos son la única especie para quien el uso de herramientas es una característica definitoria y universal (Johnson-Frey, 2003), pero ¿por qué nuestra especie se distingue tan radicalmente de las demás con respecto a los objetos? Una de las respuestas a esta pregunta está dada por la neuropsicología que basando su argumento en los sustratos neuroanatómicos y fisiológicos da cuenta de otra mirada más sobre el uso de los objetos.

Gran parte de la evidencia neuropsicológica está dada por el estudio de las lesiones cerebrales. En dichos casos, las afasias, las agnosias y las apraxias han dado cuenta sobre alteraciones en el reconocimiento o uso de los objetos formando la hipótesis de que las representaciones del conocimiento conceptual sobre los objetos y acciones asociadas son

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

distintas de las representaciones de los conocimientos adquiridos necesarios para el uso de objetos (Daprati y Sirigu, 2006; Johnson-Frey, 2003). En conjunción con la idea anterior, Portellano (2005) menciona que se requieren de dos sistemas necesarios para ejecutar cualquier movimiento con objetos, el primero es el sistema conceptual que hace referencia al conocimiento sobre la utilización y el funcionamiento de objetos, encargándose de realizar el programa motor. El segundo sistema es el de producción y es el encargado de llevar a cabo el programa motor, encargándose de almacenar y realizar la representación sensoriomotora necesaria para poder ejecutar la acción motriz. Por su parte Goldenberg (2013) y otros autores (Goldenberg y Spatt, 2009; Osiurak y Massen, 2014; Orban y Caruana, 2014) proponen que para llevar a cabo la acción con un objeto se requiere principalmente de tres fuentes de conocimiento: el funcional, de manipulación y el razonamiento mecánico.

Todas las anteriores divisiones parten del supuesto de que cada una tiene un sustrato biológico diferente, siendo la complejidad y el funcionamiento de dichas estructuras el punto de partida que los científicos utilizan para entender las diferencias tan radicales entre otras especies y la nuestra (Orban y Caruana, 2014). De manera general las estructuras implicadas con el uso y el reconocimiento de objetos son la corteza temporal izquierda posterior que está relacionada con la identificación de herramientas (Tranel, Damasio y Damasio, 1997), la corteza frontal y la parietal izquierda involucradas en el conocimiento del uso en acción (Perani et al., 1995; Rizzalotti, Fogassi y Gallese, 2002) y la corteza parieto-frontal izquierda encargada de las habilidades del uso (Haaland, Harrington y Knight, 2000).

Es importante señalar que independientemente de las divisiones realizadas tanto por el tipo de información o el sustrato biológico, siempre se hace alusión al uso, ya sea de forma conceptual u operativa. Bozeat, Ralph, Patterson y Hodges (2002) afirman que existe una relación muy estrecha entre el papel que desempeña el conocimiento conceptual de los objetos con el uso de los mismos. Afirmación que dentro de la pragmática del objeto es algo fundamental pues se parte del supuesto de que las cosas se conocen cuando se usan, por lo que, si una persona identifica conceptualmente un objeto o lo usa de forma convencional, está en el plano del símbolo perciano en el sentido de que el objeto del signo ha sido asociado con su significado por el hábito de uso. Por este motivo, cuando se afirma

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

la existencia de sistemas distintos para el conocimiento conceptual y de ejecución, en realidad son dos interpretaciones análogas, pero cualitativamente diferentes de lo que significan los objetos dentro del plano de lo convencional. En otras palabras, el objeto sigue siendo signo de su uso aun cuando este último es expresado por medio del lenguaje o por la acción.

Lo anterior resulta de gran importancia para nosotros, pues a pesar de que, en las agnosias, apraxias, afasias o incluso tal vez en problemas dentro del alzhéimer y las demencias (Ochipa, Rhoti y Heilman, 1992), los signos no desaparecen, pues siempre prevalecen en los usos. El problema surge con los principios teóricos con los que la neuropsicología asume al uso del objeto, pues no los mira en función a su aspecto pragmático, sino desde la visión gibsoniana de *affordance* en donde se deja de lado la gran carga cultural con la que son investidos los objetos y se pone en primacía la percepción acción de los sujetos, percibiendo los significados directamente de su entorno.

4. Conclusiones

Después de haber introducido al objeto y mirar varias de sus aristas, podemos darnos cuenta que la perspectiva que lo mira desde una lógica cotidiana y que lo inserta bajo la cultura material resaltando sus propiedades sociales, es la pragmática del objeto, pues sus postulados (resumidos en la Tabla 1) nos hablan de una teoría del desarrollo que sacando provecho de la mediación semiótica ha unificado el plano social con el cognitivo sirviéndose del pragmatismo.

1.	La conciencia esta semióticamente mediada
2.	El conocimiento está dado por sistemas de signos
3.	El signo está presente tanto en la comunicación como en el pensamiento
4.	El objeto llega a ser signo de su uso, por lo que en ocasiones estos dos elementos no coinciden dando lugar a distintas maneras de usar los objetos
5.	El objeto es visto desde el seno de la vida cotidiana
6.	La acción semiótica educativa del adulto es la encargada de introducir al niño dentro de la cultura

Tabla 1. Postulados de la pragmática del objeto. Premisas básicas que sustentan la pragmática del objeto

Si bien esta teoría es relativamente joven, en este trabajo nos daremos a la tarea de llevarla hacia los terrenos de la esquizofrenia, campo que ha sido privilegiado por el modelo médico y que no les ha dado a los objetos el interés que se merecen. Para tal

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

propósito resaltan dos grandes áreas de oportunudad, la primera de ellas es que en la pragmática del objeto el interés se ha centrado en el campo de la primera infancia, habiendo pocos estudios que den cuenta de lo que pasa con los objetos en edades más avanzadas. La segunda área de oportunidad y guardando relación con lo anterior, no existe hasta el momento ningún estudio abordado desde este enfoque que dé cuenta del uso de objetos en personas con algún cuadro clínico psiquiátrico, problema que se resiente a la hora de dar explicaciones sobre la manera en que los pacientes interactúan con el mundo en su día a día. Por otra parte, también podemos resaltar una gran virtud que la pragmática del objeto ofrece a la hora de abordar los terrenos de la esquizofrenia, la cual tiene que ver con las bondades en las que presenta al signo; al igual que en edades tempranas resulta útil su carácter pragmáticamente orientado para estudiar lejos de la intencionalidad y del lenguaje, en la esquizofrenia resulta igual de oportuna dicha característica para estudiar una enfermedad en la que las intenciones parecen perderse (Minkowski, 1927) y el lenguaje se ve profundamente afectado (Insúa, Grijalvo y Huici, 2001). Usando esto a nuestro favor e interesándonos por una orientación más encaminada a saber lo que pasa dentro de la cotidianidad del paciente, la pragmática del objeto será la postura con la que asumiremos la interacción que se da entre el paciente con esquizofrenia y la materialidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Capítulo 2
Esquizofrenia

La manera en que la historia es contada siempre tiene un efecto sobre la forma en que actualmente se conciben las cosas, los recuerdos, las personas y las ideas, especialmente es en estas últimas en donde las consecuencias son mayores, pues en ellas está involucrado todo lo demás. En el caso de la idea de esquizofrenia, la manera en que ha sido contada a través del tiempo ha hecho que actualmente siga siendo un enigma para muchos investigadores. Cierta culpa recae en la precocidad con la que fue concebida por la humanidad y en la enorme cantidad de puntos de vista que giran alrededor de ella, desde perspectivas orgánicas, genéticas, psicológicas, psicoanalíticas y sociales. Todas ellas tienen algo que decir sobre el trastorno, la manera en que se produce, el curso que sigue, el tipo de tratamiento que se debe tomar, etc. Pero clínicamente comparten ciertos elementos que a pesar de las reformulaciones contemporáneas continúan vigentes en la mayoría de las conceptualizaciones. En el presente capítulo trataremos de revisar esas características que han llevado a definir la esquizofrenia y que han dado pie a múltiples discusiones nosológicas en la psiquiatría, las cuales siguen sin resolverse incluso con la introducción de las llamadas definiciones operacionales (Martínez, 2009). Empezaremos abordando el tema con un poco de historia hasta llegar a la época actual, para después hablar de la etiología del trastorno, su etiopatogenia, la sintomatología y el curso clínico que lleva la enfermedad. Luego abordaremos los principales déficits que le han sido adjudicados, los cuales han alimentado las interrogantes del presente estudio y nos darán entrada para su justificación.

1. La locura a través del tiempo

El psiquiatra Wifredo Coroleu tenía razón cuando afirmó que “seguir la historia de la humanidad es seguir también la de la locura” (1916, p. 10), pues las primeras concepciones sobre las enfermedades mentales se remontan hasta mucho tiempo atrás en las primeras civilizaciones humanas. En Mesopotamia, Egipto, India y Grecia ya se hacía mención a los desórdenes nerviosos de algunas personas describiendo su conducta, sus malestares y personalidad, adjudicando dicho comportamiento a entidades espirituales (Jaramillo, 2005). El referente más antiguo que se tiene sobre esto se encuentra en los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

hallazgos descubiertos en Latinoamérica donde se encontraron vestigios de cráneos trepanados en la parte superior, método que según sugieren los arqueólogos era realizado por los primeros hombres para tratar lo que actualmente puede denominarse como epilepsia, melancolía o locura (Lastres y Cabieses, 1959). En el antiguo Egipto también se tiene registro en el papiro de Ebers del siglo XVI a.C. sobre varios trastornos mentales ubicando al cerebro como el lugar donde se encontraban las funciones psíquicas de las personas, de igual manera en las Vedas de la antigua India se describen padecimientos como el alcoholismo, la depresión y lo que actualmente podríamos llamar psicosis (Scharfetter, 1988). Otro gran número de referentes lo podemos encontrar también en la antigua Grecia dentro de los modelos poéticos como los que Esquilo narra en la *Orestiada*, en el *Orestes* de Eurípides, o en la historia que nos cuenta Sófocles de cómo la diosa Atenea confunde la mente de Ajax para enloquecerlo y hacerle creer que un rebaño de animales son los hombres que buscaba asesinar (Simon, 1978).

La idea de que fuerzas sobrenaturales eran la causa de la modificación de los estados anímicos y del comportamiento alterado fue común en la mayoría de las civilizaciones, arraigándose con el paso del tiempo y con la llegada de la Edad Media y el auge del cristianismo, la idea de enfermedad mental se generalizó como un estado de posesión demoniaca en la que el único tratamiento posible era el exorcismo (Mesa, 1986). A partir de esta época, la creación de instituciones para la supuesta protección de enemigos internos y alienados de la sociedad cófrades del demonio, promovidos en un primer lugar por la iglesia católica con la creación de la Inquisición dio pie, según Szasz (1974), a la creación de la psiquiatría y a las instituciones psiquiátricas, lo cual, a su vez, menciona Foucault (1964/1992) provocó el establecimiento del poder psiquiátrico que determinó la arqueología de la línea divisoria en nuestras sociedades entre el loco del no-loco. Esta división empieza a entreverse desde la publicación del libro Malleus Maleficarum, el cual consistía en una serie de argumentos que estaban ordenados a manera de preguntas y basados en supuestos síntomas e índices utilizados para distinguir entre las personas normales de aquellas que practicaban brujería (Kramer y Sprenger, 1486/1923).

A pesar de la difundida idea de que los trastornos mentales eran producidos por espíritus malignos, existieron también algunos partidarios de la idea de que dichos cambios anímicos y del comportamiento se debían a causas orgánicas, ejemplos de ellos son Alberto Magno y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Tomás de Aquino quienes explicaban estos fenómenos mediante la descripción de Cicerón sobre las cuatro pasiones. Pero no fue hasta la llegada de Johann Weyer, que esta idea comenzará a formalizarse, dando como resultado el inicio de la psiquiatría moderna. Weyer defendió la idea de que las personas calificadas como brujos eran realmente enfermos que necesitaban un tratamiento orientado en principios médicos y humanos. Bajo estos planteamientos comienzan a crearse nosocomios empezando en España para luego extenderse a Latinoamérica y el resto de Europa (Vallejo, 2002). Sin embargo, las condiciones en las que los enfermos mentales vivían en aquellos lugares eran muy deplorables, hasta que personajes como Pinel y Esquirol contribuyeron a mejorarlos. El primero logró en Francia convertir los sanatorios en lugares dignos, donde los aspectos materiales y morales fueron tenidos cuidadosamente en cuenta, mientras que el segundo obligó al Estado a dar tratamiento a los enfermos a través de una red pública de asilos o bien apoyándose en los de carácter privado (Sacristán, 2009).

2. La esquizofrenia en la actualidad

Actualmente, la conceptualización de la esquizofrenia influenciada por los aportes de Schneider y de varios autores que parten de un análisis más fenomenológico (Blankenburg, Binswanger y Minkowski, 1927) es entendida en muchos casos como una condición particular que "constituye una forma distintiva de alienación que imprime un sello muy particular al conjunto de la experiencia del individuo" (Novella y Huertas, 2010, p. 210), tratando de comprenderla mediante material clínico y hallazgos empíricos y experimentales (Sass, Parnas y Zahavi, 2015).

En gran medida los matices tan particulares de la experiencia esquizofrénica han sido apreciados como efectos del síndrome clínico que presenta la enfermedad, provocando que los investigadores se centren en explicar y localizar los síntomas específicos de la esquizofrenia en la búsqueda de los mecanismos subyacentes a estas alteraciones (Andreasen, 1997). El acuerdo contemporáneo más generalizado sobre el cuadro clínico consiste en distinguirlo en síntomas positivos y negativos (Andreasen, 2011; Andreasen, Flaum, Swayzer, Tyrrell y Arndt, 1990; Andreasen y Olsen, 1982).

La sintomatología *positiva* hace referencia a las funciones normales que son distorsionadas o exageradas y que le dan a la esquizofrenia la característica distintiva de la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pérdida del contacto vital con el mundo, lo cual se ve reflejado por múltiples procesos mentales: alucinaciones o anormalidades en la percepción; delirios o anomalías en el pensamiento inferencial; discurso desorganizado, o anormalidades en el lenguaje; comportamiento desorganizado, o anomalías en el control y el seguimiento conductual (Andreasen, 2000). Bajo esta sintomatología, el paciente pierde el sentido de la realidad, confundiendo su realidad interna con la realidad objetiva, sin ser capaz de diferenciar entre ambas y en la mayoría de los casos volviéndolo no consciente de la enfermedad (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006).

Por otro lado, la sintomatología *negativa* refiere a la disminución o ausencia de funciones mentales que normalmente están presentes. Entre estos síntomas se encuentran: la alogia, que consiste en una ausencia de palabras y en la disminución de la fluidez de las ideas y el lenguaje; el aplanamiento afectivo, caracterizado por una lenta respuesta en la capacidad de expresar emociones; la abolición, presentada por la dificultad de iniciar y perseguir la actividad dirigida a la meta; la anhedonia, como una disminución en la capacidad de buscar y experimentar actividades placenteras; y el deterioro atencional (Andreasen, 2000). Este conjunto de síntomas representa según Alanen (2003) a la desintegración de las expresiones afectivas.

Estos diversos síntomas (tanto positivos como negativos), nos menciona Andreasen (2000), están presentes en los pacientes con esquizofrenia en patrones que no pueden solaparse en absoluto, lo que quiere decir que una persona con esquizofrenia puede tener alucinaciones y embotamiento afectivo, mientras que otra puede tener delirios y trastornos atencionales. Esto supone un gran problema dentro de la conceptualización de la enfermedad pues al estar descansando sólo sobre el fenotipo clínico realmente no aporta un entendimiento claro de las causas y de su posible explicación, sólo provee la facilidad de un diagnóstico operacionalizado basado en su descripción (Maj, 1998). Es verdad que actualmente se han realizado algunos intentos por superar dicha concepción (Bernardo, Sanjuán y Leal, 2003) pero, así como lo menciona Colodrón (2002), ni la llegada de las nuevas tecnologías aplicadas al estudio de la esquizofrenia, ni la implementación de los neurolépticos, ni los estudios actuales en genética, han marcado alguna diferencia fundamental en la manera en cómo se concibe la enfermedad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A pesar de que el concepto de esquizofrenia ha tenido múltiples transformaciones con el paso del tiempo, lo que se conoce hoy como esquizofrenia no dista mucho de aquellas primeras descripciones realizadas hace tiempo, ya que aún se continúa mirando como una enfermedad marcada por una desorganización en la manera en como el sujeto vive, actúa, percibe, e interpreta la realidad, desorganización que lo va llevando a un deterioro gradual de sus funciones psíquicas, biológicas y sociales.

3. Criterios Diagnósticos

Como ya se comentó en los párrafos anteriores, la noción de esquizofrenia en el campo de la clasificación categorial de entidades morbosas, de acuerdo con criterios preestablecidos, tiene un gran peso dentro de su conceptualización, facilitando a los especialistas dentro del área de la salud mental a tener una puesta en común para el diagnóstico de la enfermedad.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima primera versión (CIE 11, 2015) propuesta por la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia se define como un trastorno caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. Además, con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma, además de que pueden presentarse ideas delirantes y alucinaciones. Para su diagnóstico se deben cumplir al menos dos de los siguientes síntomas por un periodo de un mes o más: delirios persistentes, alucinaciones persistentes, pensamiento desorganizado, experiencias de influencia, pasividad o control, síntomas negativos, comportamiento notoriamente desorganizado y alteraciones psicomotoras.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales en su quinta versión (DSM-V, 2013) se deben tomar varios criterios como síntomas característicos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos); la aparición de una marcada disfunción en diferentes ámbitos de la vida cotidiana como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal; la duración de los síntomas durante un mínimo de 6 meses con al

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

menos un mes de síntomas positivos (delirios, alucinaciones, etc.); también se deben descartar otros trastornos (trastorno esquizoafectivo, episodios maniaco o depresivos mayores con síntomas positivos).

4. Curso clínico

La sintomatología esquizofrénica tiene una aparición relativamente constante en el desarrollo de la enfermedad pues se pueden identificar fases que van marcando su curso clínico (ver Figura 1). Se distinguen en función a la aparición, duración y gravedad de los síntomas, tomando en cuenta la historia clínica de los pacientes.

La primera fase llamada *premórbida*, se caracteriza por un periodo aparentemente normal en el que los síntomas psicóticos no se observan en el paciente, aunque algunos estudios evidencian la existencia de disfuncionamiento psicosocial (Kendler y Hays, 1982). La segunda fase es la *prodrómica*, la cual inicia con un cambio en la funcionalidad premórbida y termina con el comienzo de los primeros síntomas psicóticos con una duración promedio de dos a cinco años. Aquí se expresan síntomas inespecíficos como alteraciones en el sueño, ansiedad, irritabilidad, ánimo depresivo, poca concentración, entre otros. Por último, está la tercera fase llamada *psicótica*, la cual a su vez se divide en tres: *aguda*, *de recuperación* y *estable*. La etapa *aguda* tiene una duración aproximada de 1 a 2 años y se refiere a la presencia de síntomas que involucran diferentes áreas como la percepción, contenidos y procesos del pensamiento, sentimientos, conducta, atención, concentración y los síntomas positivos. La presencia de este cuadro clínico provoca la afección del funcionamiento social y ocupacional y, en la mayoría de los casos, es el momento en que se diagnostica la enfermedad (Apiquian et al., 2014). La etapa *de recuperación* implica un periodo de 6 a 18 meses posterior al tratamiento de la fase *aguda*, apareciendo síntomas tanto positivos como negativos menos severos, los cuales se van mitigando en función al éxito del tratamiento. La etapa *estable* comprende una meseta en donde los síntomas y el funcionamiento del paciente se mantienen estables sin variaciones significativas, esta última etapa se instala relativamente después de un periodo de 5 a 10 años en el que las re-hospitalizaciones dejan de ser frecuentes y la severidad de los síntomas y recaídas se mitiga (Li-Ning, Rondón, Mina y Ballón, 2013). La prolongación de la fase estable lleva al estado *crónico* de la enfermedad en la que aún se mantienen

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

síntomas residuales y probabilidades de recaídas según el pronóstico clínico del paciente (Apiquian et al., 2014).

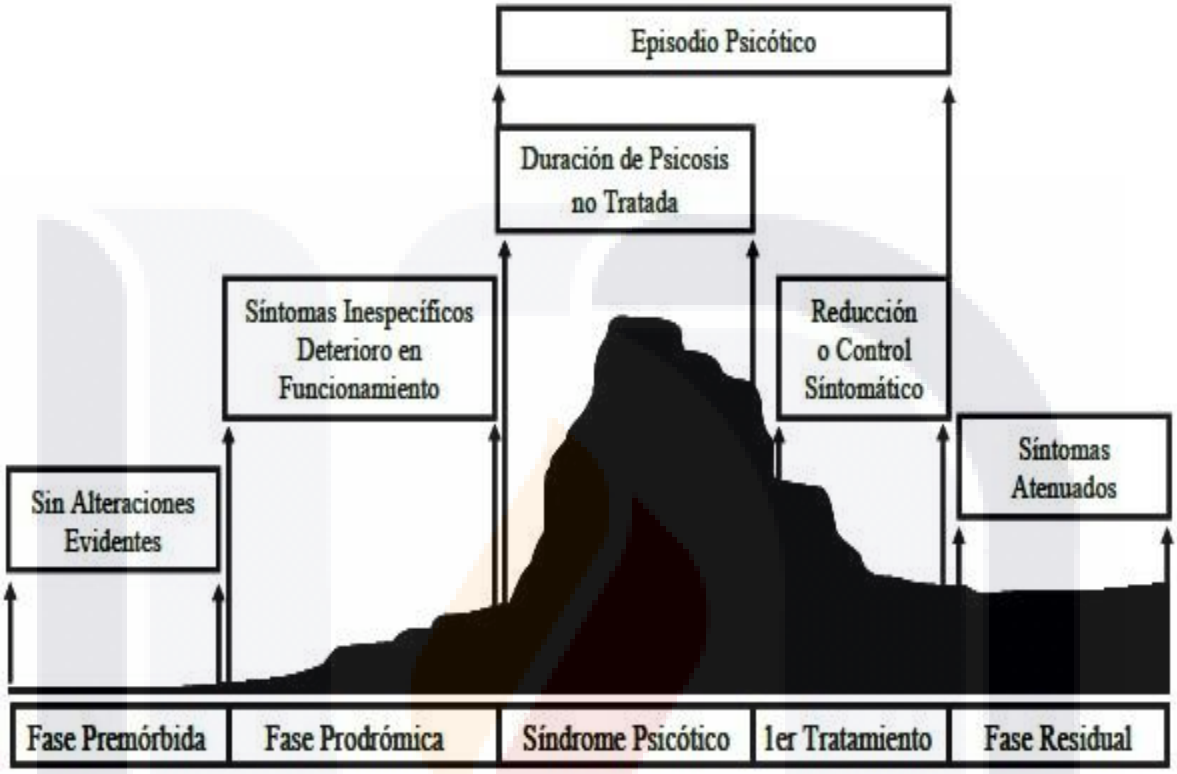


Figura 1. Fases del curso clínico en la esquiofrenia. Extraído de "Guía de Práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia en el primer y segundo nivel de atención" por R. Escamilla, et al., 2009 CENETC.

Cabe resaltar que la mayoría de los diagnósticos se plantean a raíz del primer episodio psicótico, pudiéndose aplazar incluso a fases más desarrolladas de la enfermedad, siendo común la comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresivos y abuso de sustancias, volviendo más complicado el diagnóstico oportuno y certero (Drozdowskyj, 2012).

5. Epidemiología

Con respecto a su incidencia, la esquizofrenia es una enfermedad que afecta a más del 1% de la población mundial mayor de 15 años, lo cual supone la existencia de 35 a 40 millones de personas que padecen esquizofrenia en el mundo con requerimientos médicos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

diversos: hospitalización en la fase aguda, uso de medicamentos antipsicóticos de por vida, rehabilitación psicosocial, acciones de reinserción a su entorno y tratamiento familiar complementario, así como, eventualmente, la posibilidad de espacios para la estancia prolongada en un número importante de casos (Tandon, Keshavan y Nasrallah, 2008). Bajo estas exigencias un número mayor al 50% de pacientes con esquizofrenia no están recibiendo una atención apropiada y más del 90% de dichos pacientes viven en países de renta media y baja en donde no se les administra tratamiento (OMS, 2016). En México durante el 2002 se estimaban de 500 mil a 700 mil pacientes con esquizofrenia (Frenk et al., 2002), aumentando hasta más del millón de pacientes en el 2009, teniendo un promedio de duración de la psicosis no tratada de seis meses al año y medio, lo que evidencia un retraso en la aplicación oportuna de tratamiento en pacientes con esta enfermedad (Secretaría de Salud, 2009).

6. Etiopatogenia

Como bien han señalado Serrallonga y Rojo "la gravedad, frecuencia y polimorfismo de la esquizofrenia han originado a lo largo de la historia numerosas teorías que han intentado explicar su fisiopatología o su génesis" (2002, p. 467). Nosotros hablaremos sólo de las más representativas, tratando de mirar las implicaciones que dichas posturas puedan darnos con respecto a nuestro interés dentro del uso de los objetos.

6.1 La esquizofrenia heredada

Bajo esta postura se asume que la esquizofrenia es una enfermedad familiar compleja y con una expresión fenotípica de gran variabilidad (Gastó y Catalán, 2000). En este sentido, las investigaciones con base en asociaciones completas del genoma, dan cuenta de variaciones que van desde frecuencia relativamente comunes a otras extraordinarias, ofreciendo resultados imprecisos que siguen siendo poco concluyentes y que requieren de más investigación (Kim, Zerwas, Trace y Sullivan, 2011). Sin embargo, se tiene evidencia de que el gen NRG1 es uno de los que tiene mayor susceptibilidad en la aparición de la enfermedad (Harrison y Amanda, 2006) y de que existe una correspondencia entre gemelos monocigóticos del 46%, mientras que en los dicigóticos es del 14%, siendo que los niños

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con ambos congéneres afectados de la enfermedad tienen un riesgo del 46,3 % de padecerla (Gastón y Catalán, 2000; Sullivan, Kendler y Neale, 2003).

Aunque el modelo genético ha llegado a sustentarse en datos epidemiológicos afirmando que la esquizofrenia aparece en la mayoría de las culturas y que su tasa de incidencia es muy similar en múltiples poblaciones, el hecho de que exista un pronóstico tan variable y resultados tan significativos a la hora de los tratamientos (Jablensky y Sartorius, 1988) hace pensar en la existencia de factores que van más allá del bagaje hereditario. Como comenta Pennington (2003), los genes sólo actúan directamente en la síntesis de proteínas, logrando la activación de otros genes para elaborar un complejo proceso de interacciones entrelazadas, por lo que hablar de la existencia de un gen predisponente es una afirmación simplista que deja de lado la explicación de procesos multifactoriales.

Para nosotros, una explicación basada completamente en el determinismo genético no puede ser compatible con una visión constructivista en la que el medio social tiene un papel protagónico no sólo como un factor más para la actividad psíquica, sino como fuente misma del desarrollo psicológico (Vygotski, 1960/2000), pues a pesar de la importancia que puedan tener los mecanismos biológicos derivados del equipo genético, éstos sólo sirven para que la realidad sea aprendida por la sensibilidad que otorga la actividad material del cerebro (Vieira, 2014). Por tanto, así como el medio posibilita el desarrollo, éste también puede ser causa de la aparición de alteraciones en el psiquismo.

6.2 Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la esquizofrenia

Otra perspectiva que, junto a la genética, ha tenido supremacía dentro del campo de la esquizofrenia es aquella que alude a aspectos neuroquímicos y neuroanatómicos para explicarla. Dicha visión no es nueva, pues desde el comienzo de la enfermedad como entidad nosológica se ha hecho la hipótesis de la existencia de un trastorno bioquímico como responsable del trastorno (Obiols y Carulla, 1998).

La explicación más difundida en esta postura es la teoría dopaminérgica de la esquizofrenia. En ella se afirma que los síntomas y signos de la enfermedad son producto de una funcionalidad excesiva de los sistemas dopaminérgicos (Matthysse, 1974). Hipótesis que se vio apoyada fuertemente con la introducción de los neurolépticos (Carlsson y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Lindqvist, 1963) y estudios postmortem (Nieto, 1979). Pero a pesar de que sigue vigente en varias áreas de la psiquiatría, muchos investigadores han comenzado a considerarla simplista e inconsistente (Davis et al., 1991; Goetz y Klawans, 1984), ya que la evidencia de pacientes resistentes a los tratamientos con neurolépticos y los supuestos de que diversos aspectos conductuales de la esquizofrenia pueden ser farmacológicamente diferentes, podría indicar la implicación de otros sistemas de neurotransmisores.

Respecto a las alteraciones cerebrales globales, autores como Obiols y Carulla (1998), así como Ruiz, Sánchez, Diego y Páez (2010) nos ofrecen un compendio de los principales descubrimientos que se han ido encontrando mediante diversas tecnologías como las resonancias magnéticas y tomografías computarizadas, entre los que se encuentran disminución del volumen craneal en las partes frontal, temporal, de la sustancia gris y de la densidad tisular; aumento del asta temporal de los ventrículos laterales, así como un incremento en su volumen total; ensanchamiento de surcos y cisuras de la corteza cerebral; disminución considerable del volumen del tálamo y aumento de tamaño hipofisiario. Muchos de estos hallazgos han sido considerados como parte de la etiopatogenia de la enfermedad, pero cabe aclarar que en su mayoría la evidencia empírica sigue siendo contradictoria y existe aún mucha controversia al respecto, lo que ha hecho que las investigaciones comiencen a replantearse por nuevas hipótesis como un posible problema de nuerodesarrollo o incluso inmunológico (Buckley y Miller, 2015; Insel, 2010).

Ahora bien, la paradoja comienza con la pregunta ¿la esquizofrenia provoca dichos cambios estructurales y funcionales en el cerebro? o ¿son los cambios los que dan como resultado a la esquizofrenia? Ante este dilema no cabe duda que el cerebro tiene una implicación con la enfermedad, pero el hecho que tenga relación no significa que sea el causante del trastorno o que su participación no tenga importancia. Como Álvarez (2012) ha comentado en su trabajo sobre la psicología sin complejos, las implicaciones que tiene el cerebro en los trastornos psicológicos se deben a una relación dependiente y consecuente de la práctica de la vida diaria, de los esfuerzos adaptativos, de las situaciones ambientales y de todas aquellas condiciones a las que nos enfrentamos día con día. Todos estos eventos pueden provocar alteraciones cerebrales, pero éstos conformarían la consecuencia y no tanto la causa. Aclarando dicha idea, comenta el siguiente ejemplo:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

> "Como se sabe, de acuerdo con estudios célebres de la neurociencia, en los taxistas de Londres la parte posterior de su hipocampo presenta un volumen significativamente aumentado, correlativo a los años de experiencia. […] Pues bien, a nadie se la ha ocurrido, al menos dejarlo por escrito o decirlo ante testigos, que tal alteración cerebral es la causa de ser taxista. Por el contrario, son bien conocidas las exigencias requeridas y las habilidades desarrolladas para ser taxista en la jungla de asfalto de más de 25.000 calles de Londres, como para entender el carácter dependiente-de la-práctica de dicha alteración. En definitiva, que ser taxista es lo que causa la alteración del hipocampo" (2012, p. 9).

Con esta idea de por medio, las implicaciones que tendría el uso de los objetos en los pacientes con esquizofrenia no serían causadas por los deterioros en las áreas correspondientes a la manipulación y ejecución de los usos, sino que los posibles problemas vendrían dados por la práctica diaria de su interacción con los objetos. Si éstos fueron adquiriendo sus significados convencionales por medio de la mediación semiótica dada en la relación cotidiana con los demás por qué no pensar que un proceso similar estaría implicado en posibles problemas con el uso de los objetos.

6. 3 La esquizofrenia en el marco familiar

Bajo esta postura la esquizofrenia se produce fundamentalmente como resultado de la interacción familiar. Dentro de dichas explicaciones la que tiene mayor peso en las teorías sistémicas y de la comunicación, es la teoría del doble vínculo propuesta por Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1971/1993). En ella se parte de la hipótesis de que la función yoica de las personas consiste en el proceso de distinguir modos comunicacionales en las relaciones interpersonales, teniendo el paciente con esquizofrenia dificultades para dicha capacidad mostrando problemas para asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que recibe de otras personas, de él mismo hacia los demás y de sus propios pensamientos. Esta dificultad se va gestando gracias a la aparición de un patrón secuencial y característico denominado doble vínculo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

El doble vínculo requiere necesariamente de los siguientes elementos para presentarse: dos o más personas, experiencias repetidas, un mandato negativo primario, un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto, y que a su vez esta reforzado por castigos y señales que son percibidos como una amenaza para la supervivencia, y un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo del doble vínculo. La presentación de estos elementos se realiza sobre una situación familiar que se caracteriza por un hijo cuyo cuidador primario siente ansiedad y retraimiento si el niño le responde como a un cuidador cariñoso/a; un cuidador principal que no acepta dichos sentimientos de ansiedad y hostilidad hacía su hijo, y que para negarlos manifiesta abiertamente una conducta amorosa para inducir al niño a responderle como a un cuidador cariñoso; y la falta en la familia de alguna persona fuerte y perspicaz que pueda intervenir en la relación entre el cuidador primario y el hijo para apoyar al niño a resolver las contradicciones. La conjunción de los elementos anteriores con la situación familiar descrita, dan como resultado que el futuro paciente con esquizofrenia esté inmerso en un doble vínculo, pues es castigado por interpretar correctamente lo que expresa su cuidador, y también lo es por interpretarlo erróneamente, lo que desencadena en dificultades comunicativas y metacomunicativas.

Estas dificultades del paciente entran en consonancia con los axiomas de la comunicación humana propuestos por Watzlawick, Beavin y Jackson (1967/1985) quienes defienden la idea de la imposibilidad de la no comunicación. Bajo esta premisa, afirman que el paciente con esquizofrenia entra en la paradoja de tratar de negar que se comunica y así mismo negar que dicha negación constituye en sí misma una comunicación, por lo que el lenguaje esquizofrénico “obliga al interlocutor a elegir entre muchos significados posibles que no sólo son distintos, sino que incluso pueden resultar incompatibles entre sí. Así se hace posible negar cualquier aspecto de un mensaje o todos sus aspectos” (p. 74). Por lo que la comunicación se vuelve un síntoma en el paciente de no querer comunicar.

La teoría del doble vínculo y su desarrollo dentro de las teorías de la comunicación humana fue bien recibida por la comunidad científica, convirtiéndose en un aporte revolucionario en el campo de la psiquiatría, pues dio paso a la comprensión de la enfermedad no como consecuencia de la alteración del funcionamiento biológico del organismo sino a aspectos de carácter social (Shomaly, 1994). En este sentido, dicha

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

explicación puede favorecernos a la comprensión del uso de los objetos en la esquizofrenia pues, así como la comunicación insertada en el plano social puede ser motivo de la patología mental, también lo es para la comprensión de los usos de los objetos.

¿Qué implicaciones tendrían estos supuestos? De manera hipotética podemos decir que, si las consecuencias del doble vínculo afectan directamente la forma convencionalizada con la que se comunica el paciente con esquizofrenia, entonces el carácter canónico del objeto podría verse afectado y de igual manera los usos simbólicos, rítmico-sonoros, privados, etc. Es decir, que las dificultades de asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que recibe y quiere transmitir, también afectaría la manera en que el paciente le da significado al mundo que le rodea y por lo tanto a la manera en que usa los objetos. Además, asumir la imposibilidad de la no comunicación nos deslinda de la intención, terreno conveniente cuando miramos al objeto por medio de un carácter pragmáticamente orientado lejos de la intencionalidad y del lenguaje.

7. Principales déficits relacionados con la esquizofrenia

A lo largo del tiempo, además de esclarecer el síndrome clínico de la enfermedad, los investigadores han invertido numerosos estudios en comprender las particularidades de la experiencia esquizofrénica, adjudicándole un sinnúmero de déficits, alteraciones y problemas que han sido reportados de manera recurrente en la literatura científica. Dentro de toda esta caracterización que se ha hecho sobre la esquizofrenia caben resaltar las particularidades del pensamiento esquizofrénico y las deficiencias dentro del ámbito social, los cuales acompañan la sintomatología esquizofrénica y nos servirán como argumento para comprender la relevancia del estudio de los usos de los objetos en la esquizofrenia.

7.1 El pensamiento en la esquizofrenia

Con respecto al primer elemento, las características que se le han dado al pensamiento esquizofrénico parten de una discordancia con la realidad, hecho que se evidencia por los síntomas clínicos de la enfermedad (Andreasen, 2000). Además de otros indicadores como el desfallecimiento de las ideas, de los sentimientos y de las tendencias de orden general, la incapacidad de transformar las percepciones en ideas más abstractas, el autismo, la perdida de la asociación de ideas, entre otros. (Bleuler, 1934; Kraepelin, 1919/2008). Schmolling

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

(1983) menciona que el pensamiento en la esquizofrenia exhibe frecuentemente un fuerte foco de atención en las cosas irrelevantes y un débil foco en las relevantes y en las abstracciones, con producciones verbales que tienden a ser autísticas, idiosincrásicas, tangenciales y bizarras. Esta forma particular de pensamiento está ligada con lo que se ha denominado Trastorno Formal del Pensamiento, que a pesar de las limitaciones conceptuales que tiene el término, su conceptualización más tradicional refiere a un fenómeno en el pensamiento/lenguaje del paciente, que es fundamental y específico de la esquizofrenia, es de carácter homogéneo, derivado de un único mecanismo causal y de forma estable (Barrera y Berrios, 2001). Este término generalmente tomado como síntoma en la esquizofrenia caracteriza en el paciente la acción de tomar la parte por el todo, pasando de lo abstracto a lo estrictamente concreto o viceversa (Vallejo, 2002). Además de otros estudios en donde se puede observar la interpretación literal, una dificultad en la comprensión y la representación simbólica y déficits en la capacidad semántica (Quejereta, Godoy y Mías, 2011; Sponheim, Surerus-Johnson, Leskela y Dieperink, 2003). Esta pérdida de objetividad, autores como Minkowski (1927), la definen como un trastorno en donde el contacto vital con la realidad se pierde, Andreassen (2000) afirma que esta pérdida está evidenciada por los síntomas positivos como las alucinaciones y los delirios, ya que las primeras refieren a la percepción de un objeto o estímulo en ausencia de éste, y por otro lado, el delirio se trata de una creencia falsa, basada en inferencias incorrectas y mantenida a pesar de la evidencia contradictoria (Jaspers, 1946).

Por otra parte, el aporte que ha otorgado la investigación en neuropsicología ha comenzado a tomar fuerza en la actualidad (Napal et al., 2012). Los estudios provenientes de esta área han evidenciado que existen alteraciones cognitivas en pacientes con esta enfermedad, aunque no existe mucha información sobre su prevalencia, estas alteraciones parecen ser más bien frecuentes (Barrera, 2006). Se ha dicho que estos trastornos en la esquizofrenia no parecen ser producto de los síntomas de la enfermedad (Harvey y Sharma, 2002). Esta afirmación tiene lugar debido a que no se han encontrado correlaciones entre la severidad de las alucinaciones o delirios y la severidad de los déficits cognitivos (Barrera, 2006). A pesar de lo mencionado con anterioridad, los estudios siguen dando la constante en los déficits, específicamente en aquellos relacionados con las Funciones Ejecutivas que tienen su sustrato orgánico en la corteza prefrontal (Peña, 1991; Quejereta, Godoy y Mías,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

2011). Dentro de las evaluaciones neuropsicológicas de estas funciones en pacientes con esquizofrenia se ha encontrado de manera consistente un déficit en la flexibilidad cognitiva evidenciadas por el deficiente rendimiento en la prueba de *Wisconsing Card Sorting Test* (Lozano y Acosta, 2009). Existen, además, otras numerosas alteraciones que han sido asociadas con la experiencia esquizofrénica de las que Pardo (2005) realiza un compendio mencionando la atención sostenida y dividida, el procesamiento de la información visual, codificación y recuperación de los recuerdos y la atención selectiva.

7.2 El funcionamiento social en la esquizofrenia

Una de las características más sobresalientes de la esquizofrenia, que inclusive figura como criterio diagnóstico de la enfermedad, es la aparición de una marcada disfunción en diferentes ámbitos de la vida cotidiana como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal. Por tal motivo, la esquizofrenia ha tomado el calificativo de incapacitante, pues este deterioro está presente a lo largo de todo el curso clínico, apareciendo desde la fase premórbida y usándose como predictor de su pronóstico, a mediano y largo plazo, incluyendo la frecuencia de recaídas y re-hospitalizaciones (Mueser, 2000).

El funcionamiento social se ha vinculado de manera frecuente con el concepto de calidad de vida. En el campo de la psiquiatría, éste último es concebido como una serie de indicadores sociales y psicológicos que dan cuenta de las actividades cotidianas de las personas, como pueden ser: la educación, los quehaceres del hogar, la participación comunitaria, así como la percepción de como las personas viven sus propias vidas, las relaciones humanas, el uso de transporte público, el autocuidado y las actividades de recreación (Priebe y Fakhoury, 2008). La operacionalización del concepto ha llevado al desarrollo de numerosas escalas que han sido utilizadas para la valoración de la calidad de vida en diversas poblaciones. Específicamente en el campo de la esquizofrenia, la aplicación de dichos instrumentos ha reportado considerables deficiencias en las áreas de autocuidado (Hamera, Peterson, Young y Schaumloffel, 1992), argumentándose que la sintomatología negativa es el principal factor asociado a la realización de dichas actividades propiciando la falta de arreglo de la apariencia, la falta de toma de medicamentos, una ingesta inadecuada de alimentos y deficiente aseo bucal y personal (Baker, 1995).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En concordancia con el elemento anterior, la evaluación e intervención con respecto a las habilidades sociales es otra de las áreas que más se han estudiado en la esquizofrenia. Dichas habilidades frecuentemente son vistas como aquellos aprendizajes adquiridos y utilizados para la implementación de competencias como iniciar y mantener conversaciones, hablar en público, expresar amor, agrado y afecto, defender los propios derechos, pedir favores, rechazar peticiones, hacer cumplidos, disculparse o admitir ignorancia, expresar opiniones personales incluyendo el desacuerdo, la molestia o el desagrado, pedir cambios en la conducta del otro y afrontar críticas (Caballo y Irurtia, 2008). En este ámbito hay registro de evidencia consistente en la dificultad de establecer comunicación asertiva en pacientes con esquizofrenia (Deluca, Moser y Bond, 2008), además de presentarse en capacidades de expresión verbal, no verbal, manejo de emociones y resolución de conflictos mediante el *rol-play* (Bellack, Morrison, Wixted y Mueser, 2014).

Otro elemento importante es el ámbito laboral, pues proporciona los medios para conseguir independencia económica, establecer la identidad personal y aumentar las relaciones sociales de los sujetos. Los pacientes al padecer la enfermedad comúnmente se encuentran desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo remunerado (Chinchilla, 2007). Esta disfunción es percibida como causa de dicapacidad (Carulla, Gestoso y Rodríguez-Blazquez, 1996) y según la OMS (1988) el funcionamiento laboral es el aspecto más alterado en los pacientes con esquizofrenia.

8. El uso de los objetos como punto de encuentro

Si bien, la división clásica entre lo cognitivo y lo social comúnmente se aplica para la mejor comprensión de los fenómenos, en la mayoría de los ámbitos esta separación se vuelve personal para los investigadores pues comienzan una discusión recurrente entre dicha dicotomía, expresando por un lado que las deficiencias a nivel de pensamiento son las causantes del deterioro en el ámbito social y viceversa. En el caso de la esquizofrenia ocurre que ambas áreas presentan peculiaridades muy significativas que funcionan en algunos casos como síntomas del cuadro clínico y han sido estudiadas en la mayoría de las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ocasiones de forma aislada y excluyente, lo que nos lleva a explicaciones distintas que no hacen más que continuar mirando divisiones en los problemas sin llegar a ningún acuerdo.

¿Qué alternativas tenemos entonces?, ¿cómo integrar estos dos elementos? Para responder a estas preguntas requerimos de una postura que conjugue ambas áreas, una que pueda coordinarlas y al mismo tiempo logre dar cuenta de la práctica cotidiana de las personas con esquizofrenia. Como ya se ha comentado, actualmente las tendencias órgano-mecanicista siguen ejerciendo la hegemonía dentro de las explicaciones que abordan la esquizofrenia. Dando un giro a esto, nosotros trataremos de mirarla centrándonos en el paciente que vive la experiencia de esta enfermedad enfatizando la forma en que interactúa con su entorno y particularmente con los objetos. Para llevar a cabo dicha empresa, utilizaremos una óptica pragmática en donde los objetos sean vistos desde su uso y significados, articulando los aspectos cognitivos y sociales, aspectos que dentro de la experiencia esquizofrénica parecen ir teniendo un curso especial según la cronicidad de la enfermedad, llenándose de matices difusos y mórbidos que le dan al paciente una forma diferente de interacción con la realidad, la cual está llena de objetos que sigue usando pues están allí independientemente de su condición. Pero antes de empezar a mirar desde la pragmática del objeto esta relación, falta comentar qué hay en torno a esto, qué es lo que se ha estudiado y cuáles son las conclusiones que existen al respecto.

9. Conclusiones

Aunque el paso de los años ha dejado infinidad de investigaciones y teorías con respecto a la esquizofrenia, éstas no han marcado alguna diferencia fundamental en la manera en que se concibe en la actualidad, pues seguimos centrándonos en la sintomatología clínica, lo cual supone un problema, pues en sentido estricto los síntomas en psiquiatría son contenidos de conciencia los cuales podrían no ser patológicos en sí mismos (Tissot, 1992), y además no aportan un entendimiento claro de las causas y de su posible explicación, sólo facilitan la clasificación para una etiqueta diagnóstica.

Más allá de la sintomatología, se ha identificado que la enfermedad tiene cierto patrón con respecto a su curso clínico y, a su vez, se han encontrado una serie de déficits frecuentes en los pacientes dentro de las áreas cognitiva y social. De igual manera, tenemos una serie de teorías que dan cuenta de su etiopatogenia y descripciones particulares y muy

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

específicas de la esquizofrenia. Pero aun teniendo toda esa basta información, la enfermedad sigue siendo un enigma y como tal, nuestro interés no consiste en develarlo pues dicho objetivo sería pretencioso e imposible. La tarea con la que sí nos comprometeremos será la de mirarla bajo un enfoque más psicológico, tratando de comprender por medio del uso de los objetos, un poco sobre la forma en que los pacientes viven la experiencia de la enfermedad integrando sus aspectos social y cognitivo. Si miramos desde dicho enfoque podremos en alguna medida ubicar al uso del objeto como un indicador de autonomía en el paciente, como forma de comunicación con los demás, como una manera de control ejecutivo y como interacción con la realidad.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Capítulo 3

Objetos y esquizofrenia: un encuentro olvidado en la enfermedad

Como ya se comentó en el capítulo anterior, a través de los años la población científica ha develado gran cantidad de conocimiento en torno a la esquizofrenia, información que en cierta medida ha logrado esclarecer las particularidades de la enfermedad encontrando déficits que van más allá de los síntomas patognómicos que la caracterizan, yendo desde funciones cognitivas específicas y trastornos motrices, hasta deterioro social y afectivo. Pero en todo este universo de temáticas asociadas con la enfermedad existe una que aparentemente no ha tenido el protagonismo suficiente como para ser considerada por los investigadores, este es el caso del estudio de los usos de los objetos en la esquizofrenia.

El motivo del presente capítulo será evidenciar dicho vacío teórico, comentando los pocos estudios que existen en torno a estos elementos, analizando los supuestos y la metodología con la que miran y dan cuenta de la relación entre paciente y usos de los objetos, para luego analizarlos desde nuestra postura y terminar a manera de conclusión, con el énfasis de la importancia del estudio de dicha relación.

1. El vacío teórico

A pesar de que Kraepelin en 1904 ya había observado que a la hora de la comida algunos de sus pacientes con esquizofrenia hacían gestos muy extraños mientras comían usando la cuchara de maneras extraordinarias tuvo que pasar casi un siglo completo para que dentro de la literatura científica comenzaran a vislumbrarse los objetos de manera implícita. La razón de este vacío teórico puede estar diluida en parte por los intereses por el mismo estudio de la enfermedad que, según Buckley y Miller (2015), actualmente van dirigidos hacia las hipótesis de la esquizofrenia como una enfermedad inmune, los tratamientos regenerativos de corte médico, la asociación de traumas emocionales durante la infancia con la esquizofrenia en la edad adulta y a las fases más tempranas de la enfermedad. Siendo que en épocas anteriores estaban encaminados hacia formas de tratamiento, síntomas particularizados y déficits cognitivos. Además, el estudio de los objetos ha estado lejos del interés de los investigadores de estos ámbitos. Quienes han intentado abordarlos se perfilan principalmente bajo el término de cultura material siendo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

arqueólogos, antropólogos, sociólogos, geógrafos, historiadores y personas que trabajan en estudios culturales, de diseño y tecnológicos los que se ocupan de las cuestiones de la materialidad (Tilley, Keane, Kuechlerm, Rowlands y Spyer, 2006). En cambio, la psicología aún sigue sin dirigir su mirada hacia el objeto cotidiano, ése con el que convivimos todos los días y forma parte primordial de nuestra interacción con los demás. Quizás el intento más importante para su consideración surge a partir de la Pragmática del Objeto, perspectiva que lo posiciona en un sentido epistemológico y protagónico para el desarrollo psicológico, pero que al ser tan joven aún no ha explorado los terrenos patológicos de la enfermedad mental y mucho menos específicamente en los terrenos de la esquizofrenia.

Una vez comentado el gran abismo que existe entre el estudio de los usos de los objetos y la esquizofrenia, continuaremos con el propósito del capítulo que será el de revisar las investigaciones que han abordado estos dos elementos, dividiéndolas en dos categorías según al tipo de interacción que se da entre los pacientes y los objetos.

2. El objeto en interacción implícita

La serie de trabajos que se presentan a continuación tienen como similitud que en todos ellos no existe una interacción explícita con los objetos materiales puesto que se presentan a manera de gestos evocando su uso o en forma de imagen a manera de representación. Además, en la mayoría de ellos sólo se usan como pretexto para la indagación de otros intereses, relegando el papel del objeto dentro de la investigación.

El primer trabajo por analizar es el elaborado por Martin, Tewesmeier, Albers, Schimd y Scharfetter (1994), donde el principal objetivo fue determinar si los pacientes con esquizofrenia crónica manifestaban un síndrome apráxico o si las peculiaridades del movimiento en el rendimiento gestual y mímico correspondían a distintas características psicopatológicas, a anormalidades motoras descritas con anterioridad en pacientes con esquizofrenia o a variables del curso de la enfermedad. Para llegar a dicho objetivo se aplicó una batería de pruebas para la evaluación de apraxias a 21 pacientes crónicos que fueron valorados cuidadosamente según sus características psicopatológicas y exámenes neurológicos. Dentro de los inventarios utilizados en el estudio, se aplicó el Test de Apraxias desarrollado por Kertesz y Ferro (1984) que consiste en una serie de 20 ítems que

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

implican la realización de gestos y pantomimas divididos en 4 categorías: faciales (expresiones emocionales), transitivos (con referencia a objetos), intransitivos (con referencia a convenciones) y bimanuales complejos (posturas de manos, específicamente las del alfabeto de sordos). Con respecto a los resultados del estudio, el examen neurológico no arrojó evidencia de alguna posible lesión ni de un trastorno apráxico en los pacientes. En cuanto al rendimiento en las pruebas, los movimientos de los pacientes con esquizofrenia en el desempeño de gestos y pantomimas fueron generalmente más torpes, toscos y menos extensos en el espacio y el tiempo en comparación con los controles sanos. Pero el dato más relevante fue la significancia de los errores denominados como *body part as object* (BPO) en los pacientes con esquizofrenia. Estos errores se presentan cuando en vez de demostrar el agarre de la herramienta pretendida, la mano se configura y se mueve como si fuera la herramienta en sí (Goodglass y Kaplan, 1963). Fenómeno común en pacientes con afasias (Goodglass y Kaplan, 1983) y en niños de entre 3 y 5 años (O'Reilly, 1995).

Otro estudio que de igual forma se centra en la búsqueda de apraxias es el realizado por Walther, Vanbellingen, Müri, Strik y Bohlhalter (2013), quienes investigaron la producción de imitaciones y pantomimas en pacientes con esquizofrenia comparándolos con un grupo control. Usando una muestra de 30 pacientes y la aplicación del *Test of Upper Limb Apraxia* (TULIA) que consiste de 48 ítems divididos en pantomimas e imitaciones, categorizados cada uno en no simbólico cuando los gestos no tenían sentido (poner la mano derecha sobre el hombro); transitivo cuando existía una referencia hacia algún objeto (hacer como si se fumara un cigarro); e intransitivo cuando la referencia estaba dada por una convención (saludar como soldado), se evidenció que los pacientes tienen un menor rendimiento en la producción de gestos tanto en imitaciones y pantomimas. Las deficiencias están presentes en todas las categorías empleadas siendo más evidentes cuando los pacientes no pueden apoyarse en un aprendizaje previo (dentro de la categoría no simbólica). Con respecto a estos resultados otros autores también han encontrado deterioro en la habilidad de imitación siendo más significativo cuando realizaban gestos con las manos, gestos orales y expresiones emocionales (Park, Matthews y Gibson, 2008). A pesar de que ningún estudio habla de la existencia de algún trastorno apráxico en sentido estricto, se han encontrado que los pacientes con mayores déficits gestuales tienen una significativa

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

disminución del funcionamiento de la corteza frontal y síntomas más severos, asociándose con un curso más crónico de la enfermedad (Stegmayer et al., 2016; Walther, et al., 2013). En cuanto a las pantomimas se ha evidenciado que dicha habilidad está vinculada a la función de los lóbulos frontales, mientras que la imitación se ha relacionado con el lóbulo parietal, además ambas capacidades están influenciadas por los síntomas catatónicos y el rendimiento de la motricidad gruesa, así como con la memoria de trabajo cuando los gestos son novedosos (Matthews, Gold, Sekuler y Park, 2013). En general se ha recalcado que la deficiencia en la producción de gestos tiene correlación con la reducción de la sustancia gris predominantemente en el giro frontal inferior izquierdo, con una participación adicional de la ínsula derecha y la corteza cingulada anterior, pero estas alteraciones estructurales siguen sin ser específicas en la esquizofrenia (Stegmayer et al., 2016).

Un último trabajo a presentar, dentro del mismo marco del rendimiento gestual, es el elaborado por Walther et al. en 2016. Dicho estudio, a diferencia de los demás, tiene la particularidad de ser longitudinal con una evaluación inicial y otra de seguimiento luego de 6 meses. Con una muestra de 28 pacientes y la aplicación del TULIA junto con la medición de otras variables como el funcionamiento social y la sintomatología positiva y negativa, se observó una correlación positiva entre el deterioro del rendimiento gestual y la percepción social no verbal al inicio del estudio con el peor funcionamiento social después de 6 meses, así como con el curso de los síntomas negativos. Evidencia que podría señalarnos un posible marcador predictivo para el pronóstico de la enfermedad.

Todos los estudios anteriores parten de supuestos organo-mecaniscistas para la explicación de las particularidades de la enfermedad. Y muy acorde con ello utilizan las tradiciones neurológicas para la evaluación de afasias, agnosias y apraxias en las que los exámenes deben limitarse a gestos con un significado fijo que pueda ser inequívocamente designado en el comando y que tenga una estructura espacial que debe ser lo suficientemente compleja como para dar lugar a errores explícitos, así como suficientemente convencional para decidir inequívocamente si las variaciones individuales están dentro del rango normal (Goldenberg, 2013). Lo que quiere decir que lo que se busca en dichas evaluaciones son símbolos en sentido estricto, los cuales aparentemente tienen un significado “fijo” por su carácter convencional.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En el caso de la prueba TULIA (Vanbellingen et al., 2010) que ha sido el instrumento más utilizado en los estudios anteriores, utiliza la imitación y la pantomima para la evaluación de los gestos. En el primer caso los gestos son demostrados por el examinador mientras que en el segundo sólo se le da la instrucción sin que el examinador sirva de modelo. En ambas formas los gestos por su contenido semántico pueden ser no simbólicos si carecen de significado (como ponerse el dedo índice en la nariz) y simbólicos si están convencionalizados. Éstos últimos a su vez se dividen en intransitivos cuando tienen una forma fija y un significado convencional (McNeill, 2000) pero que no hacen referencia a objetos (saludar como soldado) y transitivos cuando se demuestra la acción del uso de algún objeto en ausencia de él (cepillarse los dientes). Desde nuestro punto de vista dicha clasificación carece de sentido cuando se asumen gestos sin significado, pues si así fuera, sería imposible para los pacientes interpretarlos independientemente de si lo hicieran siguiendo un modelo o una instrucción, además pareciera ser que en este mismo punto los gestos se confundieran con la actividad motriz en general. Por otro lado, más que hablar de gestos intransitivos y transitivos, hablaríamos de gestos convencionales, gestos simbólicos y usos simbólicos en ausencia del objeto (Palacios, et al., 2016).

Con respecto a la evaluación de la prueba TULIA cada ítem se puntúa de 0 a 5 en función de si la acción se completó, a la velocidad del movimiento, errores de trayectoria, movimientos extras y movimientos gruesos, es decir, que el gesto se reduce a la simple ejecución confundiéndose nuevamente con el movimiento en general, siendo más evidente en la modalidad de imitación. Indudablemente esto tiene su valor, pero el obviar el aspecto comunicativo, significativo y público que implican dichas acciones nos llevaría a negar todo el carácter simbólico y convencional de los gestos. Contemplado desde esta manera, la existencia de posibles déficits en la capacidad gestual para representar usos o gestos convencionales podrían relacionarse con la presencia de los sistemas semióticos que estarían implicados en los símbolos que están inmersos en la significación de la realidad material.

Otro pequeño grupo de investigaciones que pone en juego una relación implícita entre la materialidad del objeto y la enfermedad es el interesado en evidenciar anormalidades en la exploración visual de pacientes con esquizofrenia. En este marco se encuadra el estudio de Delerue y Boucart (2012), quienes se propusieron el objetivo de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

investigar si la exploración visual de objetos con el fin de reconocer la acción que se hace con él, modula el comportamiento visomotor de manera diferente en pacientes con esquizofrenia y sujetos controles. Con una muestra de 39 pacientes realizaron tres tareas que consistían en mirar la imagen de un objeto y nombrarlo, mirar la imagen de un objeto y decir su uso y mirar la imagen de un objeto de manera libre. Los resultados mostraron que los pacientes exploraron los objetos menos que los controles, mientras que éstos exploraban la parte necesaria para identificar un objeto en la tarea de denominación de objeto (en la mayoría de los casos, dicho lugar según los investigadores estaba dado por la parte del objeto que permitía agarrarlo) y el objeto entero en las tareas de denominación de la acción y de libre visualización, los pacientes no variaban en sus estrategias de exploración visual durante las tres tareas. Estos resultados también concuerdan con otros estudios en donde la exploración visual se hacía para nombrar la acción que una persona hacía con un objeto (Delerue y Boucart, 2013). Más allá de la interpretación que se pueda hacer sobre la exploración visual en los pacientes con esquizofrenia, el hecho de que puedan identificar el objeto por su función mencionando su uso convencional, nos lleva a inferir que existe conservación de los sistemas semióticos que dan pie a las reglas públicas de los objetos.

Por otra parte, una línea de trabajos que ha tenido mayor proliferación que la anterior es la que se encuadra dentro de la percepción de *affordances* en pacientes con esquizofrenia, tratando de responder a la pregunta de si es posible que aparezca un fenómeno como éste cuando el sujeto y el medio ambiente ya no están interconectados. Con esto de referencia los siguientes estudios centran su interés en la percepción-acción de los pacientes y en la búsqueda de deficiencias en dicho proceso.

La primera investigación realizada por Sevos, Grosselin, Pellet, Massoubre y Brouillet (2013) utilizó una metodología en la que se exploró la existencia de compatibilidad sensorio-motora entre el estímulo y la respuesta para identificar la percepción de *affordances* en los participantes. Basándose en el efecto de compatibilidad de respuesta, adoptaron el experimento empleado por Tucker y Ellis (1998), en donde se les presentaba la imagen de algún objeto que podía estar en cuatro posiciones distintas según la orientación con la que se presentaba, teniendo que responder presionando entre dos teclas según la dirección en la que aparecía el estímulo. La hipótesis detrás de dicha tarea es que existe una congruencia entre la localización espacial del estímulo y la respuesta motora de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los participantes, habiendo una integración para la percepción de las *affordances* del objeto. Bajo dicho experimento se evidenció que los pacientes obtuvieron tiempos de respuesta mayores que los controles, no habiendo diferencias en función a la orientación del estímulo, argumentándose que dicho resultado podría reflejar una ausencia de simulación automática en los pacientes, que normalmente aparece cuando el estímulo y la respuesta comparten características sensorio-motores (Sevos et al., 2013). Mientras que Kume, Sato, Hiroaka, Suzuki y Niyama (2016) realizando un estudio parecido no encontraron diferencias significativas entre sus grupos.

En esta misma línea, tratando de mirar el término *affordance* de manera más flexible, Sevos, Grosselin, Brouillet, Pellet y Massoubre (2016) realizaron un estudio en donde asumieron la idea de que el contexto en el que se observa un objeto influye en cómo es que se percibe, desencadenando diferentes simulaciones sensorimotoras. Para llevar a cabo dicho propósito utilizaron el experimento comentado anteriormente, agregando de manera aleatoria oraciones que podían ser acciones congruente o incongruente con el objeto. Los resultados obtenidos con dichas modificaciones mostraron que los sujetos controles respondieron más rápidamente cuando la orientación era compatible entre la parte susceptible del objeto y la mano de respuesta, pero sólo cuando en la oración aparecía una acción congruente. Con dicha evidencia, los autores concluyen que los efectos de la *affordance* pueden ser modulados de acuerdo con las variaciones de contexto y particularmente de acuerdo con los objetivos de acción deducidos del entorno experimental. Por lo tanto, la especificación del uso convencional apropiado de un objeto facilita la simulación de un patrón particular de respuestas motoras.

El problema que tienen los estudios anteriores, además de las limitantes ya mencionadas de mirar los objetos desde el término de *affordance*, es la falta de congruencia en su propia metodología, pues los que ellos miran son representaciones del objeto, es decir, que la *affordance* estaría dada por lo que posibilitaría la imagen y no por el objeto tal cual. Además, el uso se ve reducido a la simple prensión y al intentar abordar el contexto en las implicaciones de la percepción de dicho fenómeno los estudios se quedan cortos, por tanto lo que promueve su método es más bien una descontextualización de los objetos y cuando se da la especificación del uso convencional éste queda reducido de igual manera al tiempo de respuesta de los participantes para indicar con qué mano agarrar el objeto.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

3. El objeto en interacción explícita

La segunda categoría de trabajos que se comentarán en el presente apartado comparten la característica de que en su metodología los pacientes interactúan de forma explícita con los objetos, rescatando el carácter material de los mismos, pero como fue el caso de las investigaciones en interacción implícita, el objeto y su uso en estos trabajos también se ven relegados para el estudio de otros intereses.

Una primera línea de investigación que podemos ubicar en esta categoría de estudios, es aquella que su foco de interés va dirigido a analizar el pensamiento abstracto de los pacientes con esquizofrenia. La tradición que tiene esta línea se remota al trabajo pionero de Vygotski (1934), el cual tenía como objetivo comprender la función de la formación de conceptos en la esquizofrenia, hipotetizando la aparición de deterioros en el pensamiento conceptual de los pacientes. A partir de este trabajo comienzan a plantearse diversas metodologías enfocadas a este mismo propósito, siendo las tareas de clasificación una de las más representativas. De aquí se desprende el trabajo de Goldstein y Scheerer (1941), quienes plantearon diversos métodos para evaluar el pensamiento concreto y abstracto, como la prueba de clasificación de objetos que consiste en formar categorías a partir de 31 objetos distintos para luego analizar el criterio con el que fueron clasificados (O'Brien, 1987).

Gran cantidad de estudios con población esquizofrénica han utilizado la prueba de Goldstein y Scheerer encontrando datos consistentes en que los pacientes agregan elementos a una categoría sin seguir el criterio o establecen categorías muy inclusivas modificando el criterio (Cutting, David y Murphy, 1987; Johnson y Bieliauskas, 1971; Payne y Halowett, 1960; Quinlan, Schultz y Davies, 1978), a este tipo de errores se les ha denominado sobre inclusión (Payne y Halowett, 1960) y se han encontrado en otras pruebas de clasificación (Chapman y Chapman, 1973; Tissot, 1992). Es importante resaltar que en estos estudios además de la sobre inclusión se han establecido más categorías debido a las maneras tan particulares con las que los pacientes realizan la prueba. En el trabajo de McGaughran y Moran (1957) se utilizó la categoría de *open-private* para referirse a las clases en donde los pacientes utilizaban formas idiosincráticas de simbolismo y sobre abstracciones en el proceso conceptual. En la investigación realizada por Silverman (1962) se utilizó la categoría de actividad inadecuada de la función para denominar aquellas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

clases que se formaban cuando el paciente usaba los objetos uno sobre otro. Otro trabajo a resaltar en esta línea es el realizado por Lovinbond (1954), ya que en varias de las categorías implementadas se pueden encontrar usos de los objetos, como es el caso de la fabulación, en donde se agrupan aquellas respuestas de los pacientes en donde hacían referencia a las funciones relacionadas temporalmente entre los objetos. En general, estos estudios evidencian la existencia de ciertas particularidades en la capacidad de abstracción de los pacientes con esquzofrenia, además de correlacionarlos con la gravedad de la enfermedad.

La problemática que se pone de manifiesto en los resultados de dichos estudios es la paradoja existente entre el pensamiento abstracto y concreto en la esquizofrenia. Por un lado, recae la sintomatología positiva para realizar categorías idiosincráticas de un alto grado de abstracción, mientras que por el otro encontramos déficits semánticos e interpretaciones literales que dan pauta a categorías concretas de los objetos. Lo importante de esta problemática es la posibilidad del uso como clase de elementos. Si bien en el trabajo de Lovinbond (1954) podemos encontrar categorías en relación con las propiedades físicas de los objetos, también encontramos clases que están relacionadas con el uso que según los ejemplos dados por dicho autor oscilan de igual manera entre lo concreto a lo abstracto, desde agrupar los objetos porque “todos harían un ruido si los golpeasen sobre la mesa” (Lovinbond, 1954, p. 63) hasta formar una categoría en la que los miembros pertenecen por compartir una actividad “el azúcar sería útil para tomar un café y se puede utilizar éste (bloque de madera) como cenicero si no se tienen uno” (Lovinbond, 1954, p. 63). Con estos ejemplos podemos vislumbrar desde usos indiferenciados que podrían aplicarse a la mayoría de los objetos (usarse para ser golpeado contra el suelo y provocar un sonido) guardando una relación icónica, hasta usos que estarían dentro de la regla convencional (objetos usados para hacer cafe).

La otra línea de investigación en donde se pone de manifiesto una interacción explícita entre los objetos y el paciente es la que se interesa por las anormalidades motoras de los pacientes con esquizofrenia. Estas investigaciones son sucesoras de los trabajos sobre la evaluación del rendimiento motor por medio de gestos y de igual manera continúan con la búsqueda de apraxias. El primer trabajo que enmarcamos en dicha línea es el realizado por Walther et al. (2015), en donde se trató de responder a la interrogante de si los

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pacientes sufren algún deterioro en la simulación del uso de herramientas o si este deterioro se encuentra en el uso funcional, los resultados mostraron que los pacientes tenían déficit en el conocimiento gestual y el uso funcional, asociando estos resultados con alteraciones en la percepción no verbal, anormalidades motoras frontales y aspectos clínicos. Como último estudio que pone en manifiesto la interacción del paciente con el uso del objeto se encuentra el realizado por Vihera et al. (2015), en donde el objetivo fue demostrar si los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades en el uso de herramientas, asociando su rendimiento con imágenes cerebrales estructurales, encontrando que el uso de herramientas es afectado en la esquizofrenia relacionado los resultados con la reducción del volumen de materia gris y la integridad de la sustancia blanca. La metodología implementada en estos estudios se basa en la prueba ideada por Randerath, Goldenberg, Spijkers, Li y Hermsdörfer (2011) que utiliza como material un martillo y una cuchara, estos objetos son utilizados en diferentes condiciones, primero a manera de pantomima (sin ningún objeto), luego con demostración (con el/los objetos sobre los que se realiza la acción) y, por último, con el uso real (con todos los objetos implicados para el uso: clavo y plato con comida). En todas las categorías se evalúa de manera cuantitativa agarre, movimiento, ejecución, dirección de movimiento y errores espaciales.

El problema con dicha metodología es que tiene como objetivo principal evidenciar si la presencia de *affordances* en las propiedades físicas de objetos, induce un aumento de rendimiento en el uso real de herramientas, comparándolo con la demostración y la pantomima. Dicho objetivo parece tener ciertas incongruencias ya que si las *affordances* vienen dadas por el objeto ¿cómo comparar la situación de pantomima?, ¿dónde están las *affordance*s si no hay objeto que nos las ofrezca? Más que darnos cuenta de la percepción de dichas propiedades de los objetos, lo que podríamos mirar con dicho método sería la presencia del uso convencional y uso simbólico.

4. Mirando desde la pragmática del objeto

Aunque sea muy poca la investigación que se ha realizado en torno a la relación entre usos de objetos y esquizofrenia, podemos realizar desde nuestra postura una interpretación intuitiva de los datos que se han reportado en estudios elaborados bajo diferentes marcos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

teóricos y con intereses ajenos a los nuestros. Esta interpretación la abordaremos en los siguientes cuatro puntos:

1. *Prevalencia de los usos convencionales*. En la mayoría de los estudios mencionados se reportan la existencia de diferencias en el rendimiento de las tareas evaluadas entre pacientes y controles. Pero dichas discrepancias están en función a los intereses de la investigación, es decir, se habla de diferencias en la ejecución motora de un gesto o uso, en los tiempos de respuesta o en las formas de clasificación. Pero a pesar del deterioro, realmente nunca se reporta una falta de convencionalidad en los usos de los pacientes con esquizofrenia, pues éstos lo refieren verbalizándolo o ejecutándolo y mientras se siga dando esto, podemos inferir la existencia de permanencia funcional y por lo tanto de una consideración del significado del signo por la regla de uso.

2. *Del uso canónico al uso simbólico*. Diversos estudios, específicamente en aquellos orientados a identificar anormalidades en el pensamiento abstracto mediante la formación de conceptos, han evidenciado usos tan particulares de los objetos que podrían posicionarse en el plano de usos simbólicos, habiendo sustitución y ausencia de soporte material. Esto podría no parecer novedad, pero las correlaciones que se han establecido entre la sintomatología del paciente con esquizofrenia y dichos usos, sugerirían de alguna manera la variación de éstos últimos en función a la presencia de alucinaciones y delirios, como si dichos síntomas influyeran en los sistemas semióticos a la hora de dar significado a la realidad haciéndolo de formas bizarras e idiosincráticas.

3. *El uso descontextualizado*. En todos los estudios mencionados encontramos la tendencia de mirar al objeto lejos de la práctica cotidiana del paciente, pues se le presentan desde el laboratorio en situaciones que están apartadas de su vida diaria. Esta situación hace que el objeto sea visto sólo como el medio necesario para el estudio de otros intereses, relegando su importancia.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

4. *La división de lo social y lo cognitivo*. La tendencia de las investigaciones revisadas ha sido la de indagar en aspectos muy exclusivos en el plano de lo cognitivo, sin hacer referencia a aspectos más integrales. Dicho problema deriva en una visión incompleta de la esquizofrenia y lleva a explicaciones aisladas y pobres de la experiencia de la enfermedad.

Esta reinterpretación de los datos que hemos recabado en los puntos anteriores nos servirá como guía para poder centrarnos de forma directa en la manera en que la persona con esquizofrenia le da significado a la materialidad por medio de los usos de los objetos, pero ¿por qué la importancia de esto en la esquizofrenia? En primer lugar, porque los objetos están presentes en la realidad, porque el paciente como persona que interactúa con esa realidad los usa y ese uso no se limita a uno solo, ya que en los usos de los objetos puede haber significados plurales (Moro y Rodríguez, 1991), pueden fungir como signo de múltiples cosas: pueden ser mostrados, señalados, indicados, sugeridos, nombrados, pueden ser utilizados para atraerse la atención del otro, para preguntar, para despertar intenciones en los otros, para solicitar de ellos un papel regulador, para simular y hacer como si se tratase de otra cosa (Rodríguez y Moro, 1999). Como ya lo hemos enfatizado con anterioridad, los objetos no son simples entes de la realidad, pues están envestidos de reglas que nos ayudan a compartir ese uso en la cultura de una manera social.

En segundo lugar, porque la esquizofrenia implica y lleva a deficiencias importantes en el funcionamiento personal, social y ocupacional (García-Portilla et al., 2011) que van en el sentido de la realización de las actividades diarias de autocuidado, relaciones personales y sociales y actividades sociales habituales (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini y Pioli, 2000). En esta amplia gama de conductas, los objetos están involucrados y en los pacientes con esquizofrenia se han encontrado descripciones que involucran la ropa del closet manchada, arrugada y descuidada, el uso del cepillo de dientes una vez por semana, departamentos descuidados y sucios con objetos desorganizados guardados donde no corresponde, uso de la ropa de manera inapropiada (llevar ropa abrigada en verano y primaveral en invierno) y en general uso de objetos de manera inadecuada (Velligan y Bow-Thomas, 2000).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En tercer lugar, en la esquizofrenia se ha encontrado cada vez más la eficacia de terapias que incluyen estrategias compensatorias que impactan en el entorno del paciente (Velligan, Mahurin, Eckert, Miller y Bow-Thomas, 1997), la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración laboral (Carulla, Gestoso y Rodríguez-Blázquez, 1996) y la capacitación en la adquisición de habilidades para desarrollar actividades manuales como medio de expresión y comunicación (Kareem y Littlewood, 2000), que a diferencia de las terapias tradicionales incluyen medios instrumentales como lo son objetos y herramientas y que están teniendo un efecto positivo en el tratamiento de la enfermedad (Valencia, Murow y Rascón, 2006). Por tales motivos resulta fundamental realizar estudios que evidencien las singularidades que la enfermedad trae consigo en la relación entre paciente y objetos. Además, el hacerlo desde un contexto cotidiano podrá dar cuenta del fenómeno de la esquizofrenia de forma articulada, por medio de las conductas funcionales dadas por los usos y la interacción de los otros presentes en dicha situación.

5. Conclusiones

Luego de haber revisado el estado del arte en el que se encuentra el estudio de los usos de los objetos y la esquizofrenia, podemos darnos cuenta de que actualmente son pocos los trabajos que han intentado dar cuenta de dicha relación, haciéndolo desde una visión ecológica del objeto e interesados en el rendimiento motor de la acción, pero no existe ninguno que los mire bajo una óptica pragmática en donde los objetos sean vistos desde su uso y significados ¿qué ventajas tendríamos si lo hiciéramos de esta forma? ¿qué diferencia aportaríamos?

Estando en un ámbito como la esquizofrenia, en donde la psiquiatría con sus tendencias órgano-mecanicistas se ha convertido en la explicación hegemónica de la enfermedad, una primera ventaja que resaltaríamos sería el mirar dicho fenómeno de manera más integradora otorgando alternativas al paradigma médico y al mismo tiempo dando cuenta de la experiencia cotidiana del paciente con esquizofrenia, pues los objetos forman parte de su vida diaria, mientras que otro beneficio estaría ligado con la misma visión pragmática del objeto, pues al ser una teoría tan joven, al ponerla en diálogo con distintos fenómenos como lo es la esquizofrenia, abonamos a su maduración y aplicación

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

dentro de diversas problemáticas que intentan dar más terreno a la psicología. Además, la aplicabilidad del conocimiento adquirido por el presente estudio podría servir de sustento para la aplicación de terapias alternativas en donde las implicaciones en el uso lleven a la mejora de la sintomatología y al tratamiento general de la enfermedad.

Por tales motivos, vale la pena preguntarnos ¿qué ocurre con los usos de los objetos en los primeros años del cuadro clínico?, ¿cómo son los usos de los objetos de los pacientes con esquizofrenia? y ¿cómo difieren estos usos según el tiempo del diagnóstico de la enfermedad? Evidentemente no podemos aseverar nada aún, pero si podemos atrevernos a decir que la pérdida del llamado contacto con la realidad, las evidencias empíricas en los déficits semánticos, la aparente paradoja entre lo abstracto y lo concreto y los propios síntomas del cuadro clínico, pueden llevar al paciente diagnosticado a realizar usos muy particulares de los objetos, y la observación de dicha interacción podría favorecer a entender tal fenómeno.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Capítulo 4
Método

El propósito del presente trabajo consiste en observar el uso de los objetos en pacientes con esquizofrenia en función al tiempo de diagnóstico de la enfermedad y para alcanzar dicho objetivo en el presente capítulo se describirá la manera en que se dará respuesta a los planteamientos propuestos en el capítulo anterior, mencionando a detalle el método empleado en la presente investigación, el cual parte de un diseño observacional y longitudinal para dar cuenta de los posibles cambios que conlleva el padecimiento de la enfermedad, siguiendo esta misma lógica se utilizaron dos grupos de pacientes divididos en función a la antigüedad de su diagnóstico, tratando de acercarse a dos momentos del curso clínico de la enfermedad, el curso temprano que corresponden a los primeros 10 años luego del primer episodio psicótico y al curso crónico que corresponde al periodo residual de la enfermedad luego de un prolongado tiempo de padecerla.

1. Participantes

Para la búsqueda de participantes se contó con la colaboración del Hospital de Psiquiatría “Gustavo León Mojica”, institución ubicada en la ciudad de Aguascalientes, México y regulada por el Gobierno del Estado. Una vez hecho el contacto con el hospital el Departamento de Rehabilitación Psicosocial abrió sus puertas para la localización de participantes interesados en la investigación y la autorización para la videograbación de pacientes institucionalizados.

Con respecto a los pacientes ambulatorios, el departamento de Rehabilitación Psicosocial ubicó a los posibles participantes que cubrieran con el diagnóstico de esquizofrenia abriendo la invitación en las sesiones de terapia familiar, a los interesados en la investigación se les citó formalmente a una reunión en donde se les explicó a detalle el papel de su colaboración, una vez que aceptaban se les pidió firmar el consentimiento informado, tanto al familiar como al paciente, en donde se hacía explícita su participación y daban su autorización para la toma de videograbaciones en sus domicilios, así como una breve entrevista para la recolección de sus datos generales. Con respecto a los pacientes institucionalizados al ser responsabilidad del hospital, se le pidió a la institución la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

autorización de su participación, una vez aceptada, se ubicó a los pacientes que cubrían con el diagnóstico de esquizofrenia y previo a cada toma se les informó de su participación mostrándose con buena disposición.

En total se contó con la participación de 10 pacientes con esquizofrenia, los cuales fueron divididos en dos grupos según el tiempo que llevaban con el diagnóstico de la enfermedad, tratando de ubicarlos clínicamente en un curso temprano y crónico de la enfermedad. El primer grupo se conformó de 4 hombres y 1 mujer, siento todos pacientes no institucionalizados con un diagnóstico de no más de 10 años (curso temprano), teniendo una edad promedio de 35 años (DE 6.7), con tratamiento antipsicótico de primera generación y asistentes de la consulta externa del hospital de psiquiatría. Todos pertenecían a un nivel socioeconómico medio-bajo, eran dependientes económicamente de su familia, desempleados y residentes del estado de Aguascalientes. El segundo grupo se conformó de 2 hombres y 3 mujeres, todos pacientes institucionalizados con un diagnóstico de más de 20 años de antigüedad (crónico), en promedio llevaban 22 años residiendo en la institución, con una edad promedio de 59 años (DE 6.7) y con tratamiento antipsicótico de primera generación. En ambos grupos se retomó el diagnóstico realizado por el experto dentro de la institución y no se realizaron distinciones en función al subtipo de esquizofrenia (exceptuando aquellos que tenían síntomas catatónicos), edad o sexo. A lo largo del trabajo se ha optado por usar pseudónimos de los participantes para mantener su confidencialidad.

2. Escenarios

Tanto en el grupo de pacientes crónicos institucionalizados como en el de pacientes en curso temprano no institucionalizados se buscaron escenarios cotidianos en donde se tuviera interacción con objetos varios. Estos escenarios deberían ser actividades que ambos grupos realizaran independientemente de su situación para poder ser equiparables entre ellos, por tal motivo se eligió la situación comida y el lavado de dientes.

En cuanto a los pacientes en curso temprano no institucionalizado, las grabaciones se realizaron en los domicilios de los mismos, por tal motivo las situaciones fueron variando en cada uno de los participantes, no obstante, en todos los casos siempre se comió sentado en una silla y los cubiertos y el alimento sobre una mesa (ver Figura 2). Por otro lado, la condición de los hogares en la gran mayoría de los pacientes era muy precaria, las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

viviendas eran pequeñas, de entre 1 a dos cuartos y con los servicios básicos, era común encontrar en los domicilios gran cantidad de objetos acumulados, en desorden y con poca limpieza. En dos de los participantes no existía un lugar propicio para comer, pues la disposición de la mesa se encontraba al aire libre y rodeada de desorden, cabe mencionar que en dos casos ocurrió que los participantes habían realizado cambio de domicilio y se continuaron las grabaciones en los nuevos hogares.

Para la preparación de los alimentos, en uno de los casos se dejaba la comida hecha para que el participante pudiera servirse después, en otro caso era el mismo participante quien tenía que preparar su propia comida, en un caso era la madre del paciente quien preparaba la comida al momento y en otro era la hermana del paciente quien se la preparaba. Solo en un caso particular el participante ayudaba junto con su madre y hermano a la elaboración de los alimentos.

Con respecto a la rutina de la comida, los horarios para servir la mesa eran variados y estaban en función a los pendientes y labores de los familiares, siendo en promedio a las 4:00 pm la hora en que se comía, dos de los pacientes comían solos pues se quedaban en sus habitaciones mientras los demás comían en la mesa o porque la demás familia estaba ausente por estar laborando, mientras que tres de ellos lo hacían acompañados de sus familiares.

Las conversaciones en torno a la mesa iban dirigidas a las actividades realizadas por la mañana, al sabor de la comida o se preguntaba sobre los pendientes que quedaban a lo largo del día, en general en dichas pláticas los participantes mantenían una postura pasiva en la conversación, respondiendo con monosílabos y manteniéndose callados hasta que se les preguntaba directamente algo.

En el caso del lavado de dientes, solo a un paciente se le entregó en dos momentos el cepillo con la pasta encima, mientras que en los demás, eran ellos mismos quienes ponían la pasta sobre las cerdas del cepillo. En dos casos, el lavado de dientes era realizado al aire libre frente al lavadero y en los demás se llevaba a cabo en el lavamanos del baño (ver Figura 2). Cabe mencionar que dos de los participantes comentaron que era poco frecuente que realizaran dicha actividad mientras que los demás afirmaban realizar el cepillado por lo menos tres veces al día.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Las actividades diarias de los participantes consistían, en tres de los casos, en permanecer en casa, realizando pequeñas actividades para la gestión del hogar como doblar ropa, recoger su habitación o limpiar otras áreas de la casa, cumpliéndolas de manera parcial, en otro caso el participante salía uno o dos días a la semana al centro de la ciudad y se dedicaba a realizar retratos a cambio de dinero, obteniendo una remuneración que servía para solventar sus pequeños gastos como la compra de cigarros y el pago del transporte, el último de los participantes se dedicaba al hogar y en algunas ocasiones salía a ayudar en el trabajo doméstico.

Resumiendo, los participantes al ser de un nivel socioeconómico medio-bajo contaban con hogares modestos, austeros y en su mayoría con falta de aseo, tuvieron interacción con mayor variedad de objetos a la hora de la comida, no tenían una rutina fija para comer, pues las horas en que lo hacían variaban o se encontraba en función a sus familiares y tenían poca e intermitente actividad funcional.

Figura 2. Escenarios de participantes no institucionalizados. Pacientes en situación comida y lavado de dientes

En cuanto a los pacientes crónicos institucionalizados, las grabaciones se llevaron a cabo en el comedor del Hospital de Psiquiatría “Gustavo León Mojica”, por lo que el escenario se mantuvo relativamente estable en todas las observaciones. Dicho contexto se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

desenvolvía en un salón grande de aproximadamente de 30m x 40m ocupado por varias mesas y sillas, en donde, tanto los pacientes de larga estancia (aquellos que residían en el hospital) como los de corta estancia (pacientes que estaban internados temporalmente), comían juntos. El comedor contaba con una limpieza adecuada, estaba bajo la supervisión de enfermeras, psicólogos y psiquiatras que en ocasiones ayudaban a servir la comida de los pacientes y además contaba con buena ventilación e iluminación (ver Figura 3).

En esta situación, los pacientes no intervenían en ningún momento para la elaboración de los alimentos, pues les daban la comida preparada en función a un menú diario que estaba predeterminado por los nutriólogos de la institución. Todos los participantes podían coger su plato de la cocina y eran libres de elegir el lugar que quisieran para comer. El horario de la comida comenzaba desde las 12:50 pm con la formación de los pacientes en el comedor, comenzaban a acceder en orden y el alimento empezaba a repartirse entre 1:00 pm y 1:10 pm, se compartían las mesas y en la mayoría de los casos las interacciones de los participantes se limitaban a la realización de gestos para pedir que les sirvieran agua o para ofrecer el alimento que no les apetecía.

Para el lavado de dientes, los pacientes tenían asignado un lugar dentro del comedor con varios lavamanos en donde realizaban la actividad, cada paciente tenía asignado un cepillo de dientes que podía tomar de una pared cerca de los lavamanos, generalmente era un psiquiatra quien les ponía la pasta dental sobre sus cepillos y utilizaban una taza para enjuagarse la boca luego de usar el cepillo (ver Figura 3).

Las actividades diarias de los participantes consistían, en su mayor parte, en la libre deambulación dentro del patio y los dormitorios del hospital, en ocasiones realizaban actividades de jardinería, aseo del hospital o talleres de manualidades como la elaboración de máscaras, esculturas o pintura, además tres de los participantes estaban en un programa de reinserción social que consistía en visitar algún lugar de la ciudad una vez al mes junto con el personal del Hospital.

En resumen, los pacientes tenien poca actividad dentro del hospital, tanto las condiciones en las que realizaban la actividad de comer como las del lavado de dientes, eran las adecuadas, había una rutina establecida para ellas y estaban supervisadas por el personal del Hospital, no tenían ningún tipo de intervención en la elaboración de los alimentos ni control de lo que comían y era obligatorio el aseo bucal.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Figura 3. Escenarios de participantes institucionalizados. Pacientes en situación comida y lavado de dientes

3. Materiales

Los objetos utilizados fueron los que se encontraban presentes en los ambientes cotidianos de cada uno de los pacientes a la hora de la comida y el lavado de dientes. En la Tabla 2 se muestran los objetos que fueron usados al momento de las observaciones, los cuales al estar en función de las condiciones naturales fueron más variados en los pacientes ambulatorios que en los institucionalizados.

Si bien son distintos los objetos entre los grupos, al ser un ambiente cotidiano regulado por las convenciones sociales existe consistencia en varios de los objetos, estando presentes en todas las situaciones de comida la cuchara, el plato, la taza/vaso y la tortilla, siguiendo este criterio y observando su frecuencia de uso durante la comida se optó por retomar en los registros sólo la cuchara y la tortilla. Con respecto a la situación de lavado de dientes todos los objetos se mantuvieron estables, solo que en algunos casos los pacientes ambulatorios no siempre contaban con toalla para limpiarse.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Comida		Lavado de dientes	
No institucionalizados	Institucionalizados	No institucionalizados	Institucionalizados
Bolillos Botella Comal Cuchara Jarra de plástico Plato Plato hondo Salero Servilletas Servilletero Tenedor Tortillas Tortillero Taza/vaso	Botella Cuchara Jarra de plástico Plato Plato hondo Servilletas Taza/vaso Tortillas	Cepillo de dientes Pasta de dientes Taza/vaso Toalla	Cepillo de dientes Pasta de dientes Taza/vaso Toalla

Tabla 2. Objetos presentes en los ambientes cotidianos de los pacientes. Objetos observados en amabos grupos tanto en la situación comida como en el lavado de dientes.

4. Procedimiento de recogida de datos

El diseño del estudio fue longitudinal. Ambos grupos fueron videograbados en tres momentos diferentes con el fin de observar el posible deterioro gradual debido a la enfermedad, dichas grabaciones se llevaron a cabo cada tres meses en ambos grupos. En el caso de los pacientes ambulatorios, las observaciones fueron realizadas en sus domicilios, mientras que las de los institucionalizados se llevaron a cabo dentro del comedor del hospital. En ambos casos la indicación fue la siguiente *"usted/es coman/lavense los dientes normalmente como siempre lo hacen, tratando de olvidar que están siendo videograbados"*.

La duración de las observaciones fue el tiempo que cada paciente invirtió en realizar las actividades de comer y el lavado de dientes. En el caso de la comida se inició la grabación en el momento en que los pacientes se sentaron con el plato delante de sí, terminando en el momento que se levantaron de la mesa con el plato vacío sin servirse más alimento. Con respecto al lavado de los dientes, la grabación comenzó cuando los pacientes tenían el cepillo de dientes en las manos antes de poner la pasta dental, sólo hubo un caso en el que al paciente le entregaron el cepillo con la pasta dental ya puesta iniciando la grabación en ese momento. En el caso de los pacientes crónicos institucionalizados el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

promedio de duración de las grabaciones en la situación de comida fue de 10 minutos con 7 segundos, mientras que en el lavado de dientes la duración promedio fue de 3 minutos con 35 segundos, los tiempos de cada toma junto con los totales aparecen en la Tabla 3. La duración promedio de los pacientes en curso temprano durante la comida fue de 9 minutos con 8 segundos y en el lavado de dientes el promedio fue de 1 minuto con 4 segundos, los tiempos de cada toma junto con los totales de este grupo aparecen en la Tabla 4.

Situación	Comida			Lavado de dientes		
Grabación	1° Toma	2° Toma	3° Toma	1° Toma	2° Toma	3° Toma
Manuel	06:18	07:23	03:32	01:13	01:11	01:04
Sofía	12:59	03:45	08:26	01:33	02:28	01:42
Gaby	10:10	10:28	09:49	06:05	09:46	07:12
Pepe	09:36	12:32	14:19	02:32	01:38	02:00
Bety	21:36	07:31	11:43	02:46	01:01	02:12
Total	60:39	41:39	47:49	14:09	16:04	14:10

Tabla 3. Duración de las filmaciones de los pacientes crónicos institucionalizados. Duración de cada toma y total en cada una de las situaciones de observación.

Situación	Comida			Lavado de dientes		
Grabación	1° Toma	2° Toma	3° Toma	1° Toma	2° Toma	3° Toma
Luis	06:59	05:08	08:29	01:52	01:37	01:33
Leo	10:48	09:58	08:01	01:01	00:25	01:17
José	09:47	15:51	08:04	00:53	01:39	01:33
María	09:18	06:22	09:58	02:53	01:48	01:20
Moisés	19:34	10:11	19:19	01:27	00:48	00:53
Total	46:26	47:40	53:51	8:06	6:17	6:36

Tabla 4. Duración de las filmaciones de los pacientes en curso temprano no institucionalizados. Duración de cada toma y total en cada una de las situaciones de observación.

Considerando ambos grupos se obtuvo 30 videos para la situación de comida y 30 más para el lavado de dientes. En todos los casos las videograbaciones se realizaron con una cámara Canon VIXIA HF R500 de alta definición.

5. Procedimiento para el análisis de los datos

Los archivos de las videograbaciones se mantuvieron en formato digital y fueron copiados a la computadora para proceder con el análisis microgenético. Este análisis debe

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ser detallado y minucioso para poder dar cuenta de la manera en que aparecen dichos procesos, por lo que requiere del método observacional como complemento fundamental para su realización. En el caso del presente trabajo, al estar interesado en los usos de los objetos en pacientes con esquizofrenia, optar por un análisis microgenético permite ver la aplicación del conocimiento de los usos de los objetos en actividades muy específicas como lo son la hora de la comida y el lavado de dientes, siendo sensibles al mismo tiempo de los cambios que pudieran aparecer en dichos procesos, rescatándolos de manera detallada.

5.1 Toma de protocolo

Para llevar a cabo el análisis microgenético de los videos se utilizó el software ELAN 4.9.4, como herramienta para la toma de protocolo. Este primer paso consistió en la transcripción del video de cada una de las situaciones de observación utilizando las categorías empleadas en estudios previos sobre la pragmática del objeto (ver Tabla 5) (Rodríguez y Moro 1999; Palacios 2009).

1.-Atención: El paciente atiende y concentra su mirada en un objeto, en su actividad o en otra persona.
2.-Expresiones emocionales: Manifestación externa de un estado de emoción con relación al objeto, a la acción del paciente o a la acción de alguien más.
3.-Usos de objetos: Utilización de los objetos ya sea de manera convencional bajo las reglas públicas y culturales, de forma simbólica o instrumental.
4.-Mediadores semióticos: Signos comunicativos e intencionales que tienen distintos grados de convención, utilizados para expresar o comunicar algo al otro. Lenguaje: Sistema semiótico de signos utilizado como medio de expresión o comunicación. Gestos: Acciones que tienen como función comunicarle algo al otro, ya sea para mostrar, ofrecer, indicar o para la evocación de eventos, deseos o emociones.
5.-Actividad de otros: Acciones de los demás dirigidas hacia el participante con el objetivo de comunicarle algo a través de los siguientes sistemas semióticos: 5.1.-Lenguaje: Habla dirigida hacia al participante o hacia su actividad. 5.2.-Gestos: Gestos dirigidos hacia el parcipante o hacia su actividad. 5.3.-Demostraciones inmediatas: Demostraciones de usos de objetos en donde se le ayuda al participante a realizar la ejecución utilizándose a él como modelo. 5.4.-Demostraciones distantes: Demostraciones de usos de objetos en donde se le muestra al participante como realizar la ejecución sin utilizarlo a él como modelo

Tabla 5. Líneas de registro. Categorías empleadas como líneas de registro para la toma de protocolo.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

5.2 Categorías de análisis

A partir de la toma de protocolo se realizaron las siguientes categorías de observación que comprenden la gama de interacciones y usos que fueron registrados durante las videograbaciones de ambas situaciones, dichos usos están categorizados tomando como base las convenciones sociales que reglan el uso de los objetos. Bajo este principio se diseñaron las categorías de usos canónicos, usos atípicos, titubeos y disposiciones espaciales atípicas.

1.- Usos canónicos: Consisten en usar los objetos de la forma socialmente establecida. En esta categoría entran los siguientes usos:

- Comer con cuchara: Coger comida del plato con la cuchara e introducirla a la boca para luego regresarla al plato, soltarla o simplemente alejarla del rostro.
- Comer con tortilla: Partir un pedazo de la tortilla y con él coger comida para introducirlo a la boca.
- Lavar dientes con cepillo: Llevar el cepillo con pasta hacia la boca, introducirlo, hacer el cepillado y sacarlo de la boca para escupir la pasta sobre el lavabo. Este último momento puede aparecer o no.
- Enjuagar con vaso/taza/manos: Encadenamiento de usos canónicos en la actividad cotidiana de lavarse los dientes que consiste en abrir la llave del grifo para coger agua con el vaso/taza/manos, enjuagarse la boca y escupirla sobre el lavabo, complementándose con el enjuague del cepillo vertiendo la misma agua del vaso sobre las cerdas o poniendo directamente el cepillo bajo el chorro del agua y cerrando la llave del grifo. Este encadenamiento no necesariamente debe incluir todos los pasos, sin embargo, es indispensable que el paciente lleve agua hacia su boca, se enjuague y la escupa sobre el lavabo.

2.- Usos atípicos: Formas de uso que se apartan del uso canónico de los objetos, este apartamiento puede ser en dos sentidos los cuales dan lugar a usos distintos en cada uno de ellos.

2.1.- Usos atípicos por interrupción: Clase de usos atípicos que se apegan a las reglas convencionales pero que su ejecución se ve comprometida en algún sentido, impidiendo su realización fluida, dándose ésta por la interferencia de otra acción ajena al uso, por la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pausa prolongada durante su realización, por dejar trunca la acción o la vacilación previa a la elección del objeto o durante su uso. En esta clase entran los siguientes usos.

- Comer con cuchara interrumpido:
  - Interrumpir por un momento el uso de la cuchara después de que se coge comida con ella y se introduce a la boca con otra actividad sin aparente sentido y ajena al uso de la cuchara, reanudando la ejecución del uso (e. g. coger comida con la cuchara, dirigirla hacia la boca y detener el uso para agarrar las tortillas, dejarlas en el mismo sitio y luego reanudar el uso de la cuchara).
  - Interrumpir el uso de la cuchara dejando trunca la acción después del momento de coger comida del plato y antes de introducir el alimento a la boca (e. g. coger comida del plato con la cuchara y dejarla sobre el plato)
  - Interrumpir el uso de la cuchara debido a una pausa exagerada sin ningún propósito aparente por más de 10 segundos (e. g. coger comida del plato con la cuchara y llevársela a la boca haciendo una pausa prolongada antes de introducirla a la boca).
- Comer con tortilla interrumpido:
  - Interrumpir el uso de la tortilla ya sea después de que se parte un pedazo, se coge comida del plato o se introduce a la boca, con otra actividad sin aparente sentido y ajena al uso de la tortilla, reanudando la ejecución del uso (e. g. agarrar una tortilla de la mesa, comenzar a partirla con las manos, detener la acción para agarrar el plato, girarlo, tomar la taza para acercarla hacia sí mismo y luego reanudar el uso de la tortilla poniendo el pedazo sobre la comida, cogerla y llevársela a la boca).
  - Interrumpir el uso de la tortilla dejando trunca la acción después del momento de partir un pedazo y coger comida del plato, antes de introducir el alimento a la boca (e. g. tomar la tortilla, comenzar a partirla, detenerse y dejar la tortilla sobre la mesa)
  - Interrumpir el uso de la tortilla debido a una pausa exagerada sin ningún propósito aparente por más de 10 segundos (e. g. tomar la tortilla, partirla con las manos, extender el pedazo sobre la comida, agarrar la comida sin levantarla del plato, hacer una pausa prolongada y luego llevarla a la boca).
- Lavar dientes con cepillo interrumpido:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

- Interrumpir el uso del cepillo de dientes después de haberlo introducido a la boca con otra actividad sin aparente sentido ajena al uso del cepillo de dientes, reanudando la ejecución del uso o dejándola trunca (e. g. detener el cepillado de dientes para cerrar y abrir la llave del agua y volver a cepillarse los dientes).
- Interrumpir el uso del cepillo para lavarse los dientes debido a una pausa exagerada sin ningún propósito aparente por más de 10 segundos (e. g. mantener el cepillo de dientes dentro de la boca sin ningún movimiento por un tiempo prolongado).

o Enjuague con vaso/taza/manos interrumpido:

- Interrumpir el encadenamiento de los diversos usos involucrados con el enjuague repitiendo uno o varios de ellos de forma consecutiva sin ningún motivo aparente más que la acción por sí misma, para luego reanudar el encadenamiento de los usos (e. g. llenar el vaso de agua, cerrar la llave, abrirla, cerrarla, volverla abrir y cerrarla de forma definitiva, tomar el agua, escupirla y enjuagar el cepillo).
- Interrumpir el encadenamiento de usos deteniéndose en la realización de uno de ellos por más de 10 segundos sin razón aparente (e. g. coger agua con las manos, enjuagarse la boca, escupir el agua sobre el lavabo, mantener la mano sobre la llave de manera prolongada para luego cerrarla).

2.2.- Usos atípicos por violación: Usos que se alejan de la forma socialmente establecida por aparecer fuera del contexto de la actividad o por la violación de la regla convencional.

o Comer con manos: Prescindir de la cuchara o la tortilla para agarrar comida del plato con las manos e introducirla a la boca o coger el plato con las manos para acercárselo a la boca y empinarlo para beber comida caldosa.

o Lavar dientes con cepillo desviado: Chupar la pasta del cepillo o meterlo a la boca para quitar la pasta sin deslizarlo sobre los dientes.

o Enjuague con vaso/taza/manos desviado:

- Tragar el agua que se utiliza para enjuagar los dientes en vez de escupirla.
- Prescindir de vaso/taza/manos para tomar agua directamente del grifo, cubriéndolo completamente con la boca.

3.- Disposición espacial atípica de los objetos: Uso de los objetos en su colocación en el espacio de forma atípica que consiste en agarrar el objeto y acomodarlo en otro lugar, desplazándolo por la mesa o levantándolo y dejándolo en el mismo lugar o en otro lado diferente al que estaba sin un propósito aparente más que el acomodo por sí mismo (e. g.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tomar las tortillas, levantarlas y dejarlas en el mismo lugar; agarrar la taza y desplazarla hacia adelante; tomar la servilleta, levantarla y dejarla en el otro lado del plato).

4.- Titubeo: Formas de vacilación dadas durante la elección del objeto a utilizar o durante su colocación luego de su uso:

- Vacilar a la hora de agarrar un objeto, alternando entre una o más opciones (e. g. dirigir la mano hacia la taza, redirigirla hacia el plato, llevarla hacia la cuchara y finalmente tomar la taza; dirigir la mano hacia el vaso, redirigirla al cepillo de dientes y coger finalmente el vaso).
- Vacilar en la acción de colocar el objeto en algún lugar (e. g. después de introducirse la comida de la cuchara a la boca, llevarla hacia el plato para dejarla sobre él, redirigirla hacia la mesa, llevarla hacia el plato y ponerla finalmente sobre la mesa; llevar el cepillo para ponerlo sobre el lavabo, redirigirlo para ponerlo dentro del vaso, llevarlo de nuevo hacia el lavabo y dejar el cepillo finalmente dentro del vaso).

Como ya se comentó con anterioridad, las categorías fueron elaboradas bajo las normas y convenciones culturales que regulan la actividad cotidiana de comer y de lavarse los dientes, partiendo de lo esperado y de los usos canónicos de los objetos presentes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Capítulo 5
Resultados

1. El deterioro de la esquizofrenia visto desde el uso de los objetos

Para el desarrollo del presente capítulo en primer lugar se presentarán los resultados de los pacientes en curso temprano no institucionalizados, en segundo lugar, los resultados de los pacientes crónicos institucionalizados y en tercer lugar la comparación de los resultados de ambos grupos, con la intención de enfatizar los cambios producidos en la manera en que los pacientes utilizan los objetos en sus actividades cotidianas y dar respuesta a nuestras interrogantes de investigación.

2. Pacientes de curso temprano no institucionalizados

2.1 Los usos de los objetos durante la comida

En los pacientes de curso temprano, durante la actividad cotidiana de comer, se encontró una preponderancia de usos canónicos alcanzando el 89.70%, mientras que de usos atípicos se encontró una frecuencia baja de 9.3%. Con respecto a las disposiciones espaciales atípicas no se observó ninguna y en la categoría de titubeos hubo una frecuencia de solo 1.18% (ver Figura 4).

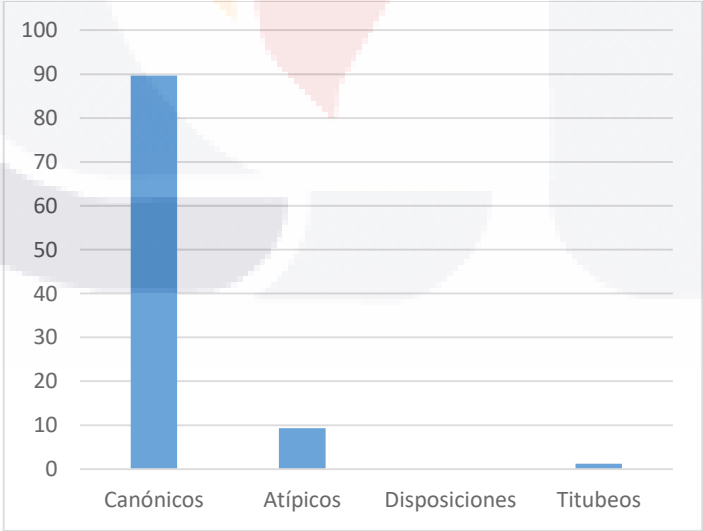


Figura 4. Frecuencias relativas de usos en pacientes en curso temprano no institucionalizados durante la comida.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Estos datos vistos de forma longitudinal muestran una ligera disminución de los usos canónicos a través de las tomas, empezando con un 94.61% en la primera, 93.64% en la segunda y 80.61% en la tercera, es decir, una disminución del 14% durante los 6 meses de observación. De manera inversa, los usos atípicos aparecen en aumento a través de las tomas, empezando en 5.39% en la primera, 5.78% en la segunda y 16.97% en la tercera, habiendo un incremento del 11% en el número de atipicidades. De manera similar, en la categoría de titubeos se presenta un ligero aumento en función de las tomas, habiendo una aparición nula en la primera, 0.58% en la segunda y 3.03% en la tercera (ver Figura 5).

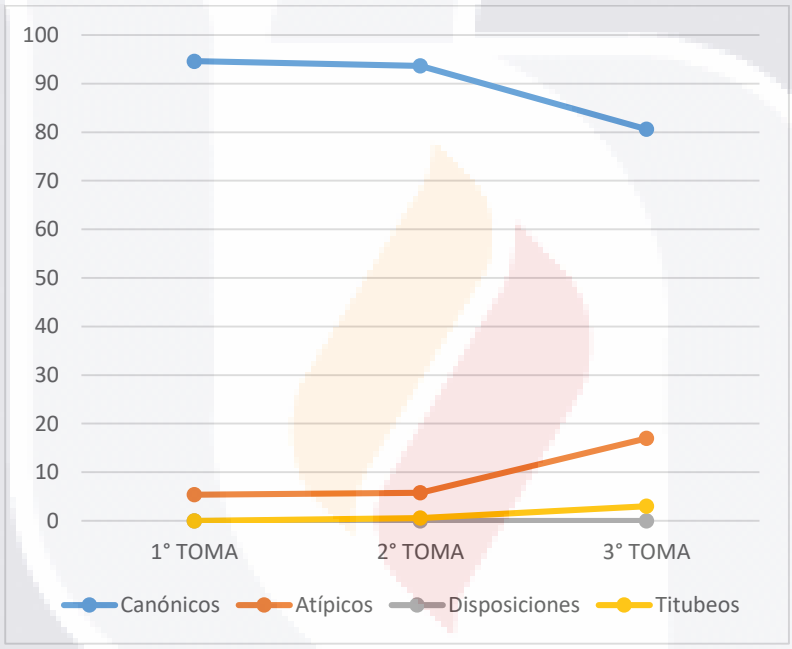


Figura 5. Frecuencia relativa de usos en pacientes en curso temprano no institucionalizados durante la comida por tomas.

Estos primeros resultados muestran la presencia de cambios en los usos de los objetos en la actividad de comer, los cuales comienzan con la aparición y aumento de usos atípicos, mientras que los titubeos empiezan aparecer en menor frecuenca a partir de la segunda toma, habiendo entre estas categorías una diferencia que en la tercera toma alcanza el 13.94%, lo que indica que los usos atípicos van por delante y antesceden a los titubeos como modificadores de los usos canónicos. Es importante resaltar este hecho, ya que nos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

muestra como es que comienza a comprometerse la realización de actividades cotidianas en relación con la materialidad.

La modificación de los usos canónicos esta presente desde la primera toma por la aparición de usos atípicos, los cuales, del total registrados, el 6.38% corresponden a usos por interrupción, mientras que el 93.61% es de usos por violación de la regla. Estos resultados de forma longitudinal muestran una variación en su aparición habiendo siempre una preponderancia por parte de los usos por violación en donde aparecen con un 100% en la primera toma, 80% en la segunda y 96.43% en la tercera. Por su parte los usos interrumpidos empiezan hasta la segunda toma con un 20% y 3.47% en la tercera (ver Figura 6).

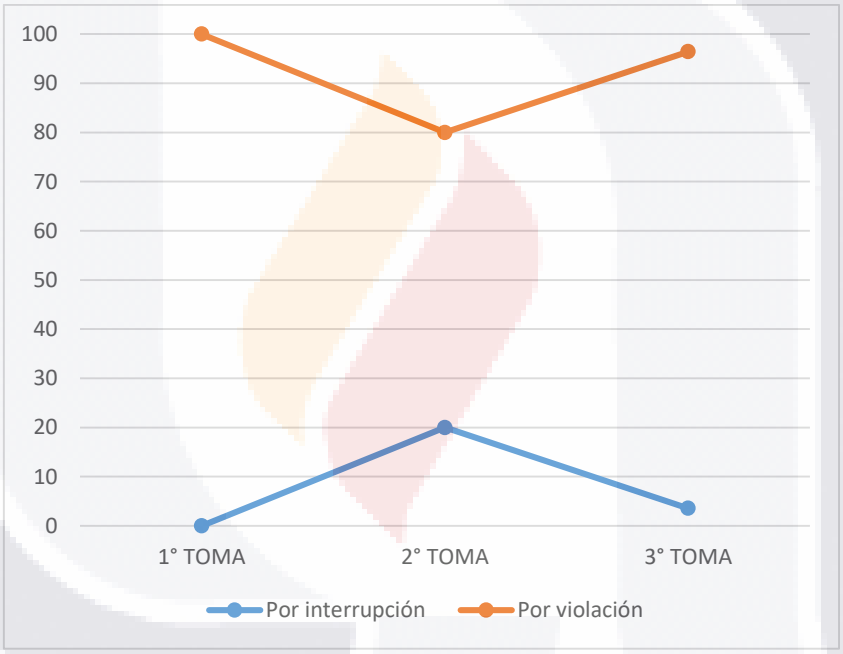


Figura 6. Frecuencia relativa de usos atípicos en pacientes en curso temprano no institucionalizados durante la comida por tomas.

La preponderancia de los usos atípicos por violación refleja como en la situación cotidiana de comer van comprometiéndose las reglas de los usos canónicos, pues los pacientes se alejan cada vez más de lo socialmente etablecido, apareciendo usos que quedan fuera del contexto de la actividad o usos que transgreden la convención social. Por otro lado, los usos atípicos por interrumpción aparecen en menor medida indicando que la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ejecución del uso queda menos comprometida que el seguimiento de la regla en los pacientes con menos de 10 años de diagnóstico. Un ejemplo de dicho dato lo podemos encontrar en la Observación 1 que se presenta a continuación.

Observación 1. José, 37 años, 6 años de Dx. Uso atípico por violación de la regla. Prescindir de la cuchara para comer con las manos durante la comida.

	J está comiendo caldo de pollo usando la cuchara para coger las verduras y llevárselas a la boca (uso canónico). Luego deja la cuchara sobre el plato y lleva su mano hacia el caldo*.
	J dirige su mano hacia la parte cóncava de la cuchara que está sumergida en el caldo, la mueve con los dedos y prescindiendo de ella, coge un pedazo de calabaza con los dedos sumergiendo su mano en el caldo*.
	Una vez que J cogió la calabaza con su mano, se la lleva a la boca y se la come (uso atípico)*. Después, J retoma el uso de la cuchara para usarla de forma canónica y continuar comiendo, prescindiendo otras 5 veces de su uso para volver a realizar usos atípicos.

*Momento representado por la imagen.

El prescindir de la cuchara fue uno de los principales usos atípicos por violación de la regla ya que estuvo presente en todos los participantes observados (a excepción de la primera toma en uno de los pacientes), sin embargo, surgieron otros usos atípicos por violación como el comer con la cuchara mientras se levantaba el plato de la mesa, uso que solo se presentó en dos participantes.

Cómo hemos visto, las alteraciones que aparecieron en menor proporción fueron los usos atípicos por interrupción, en este caso solo tres de los pacientes los presentaron con el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

objeto cuchara, habiendo en los demás un uso fluido del objeto. Una de estas apariciones de usos atípicos por interrupción puede verse ejemplificada en la Observación 2 realizada durante la tercera toma.

Observación 2. Moisés, 34 años, 5 años de Dx. Objeto: cuchara. Uso atípico por interrupción. Comer con cuchara atípico interrumpido por el truncamiento del uso de la cuchara durante la comida.

	Luego de sentarse en la silla M toma la cuchara por el mango y la dirige hacia la comida* comenzando el uso.
	Luego M coge comida con la cuchara* y la dirige hacia su boca, pero se detiene inesperadamente y deja la cuchara sobre el plato (uso atípico por interrupción).
	En seguida M coge una tortilla con las manos, parte un pedazo*, lo usa para coger comida y se introduce todo a la boca (uso canónico). M continúa usando la tortilla de forma canónica, hasta que nuevamente coge la cuchara, la vuelve a llenar de frijoles y se la introduce a la boca (uso canónico).

*Momento representado por la imagen.

2.2 Los usos de los objetos durante el lavado de dientes

En cuanto al lavado de dientes, en el grupo de pacientes en curso temprano, también apareció un predominio de los usos canónicos, los cuales mostraron una frecuencia del 93.02%, mientras que los usos atípicos constituyeron solo el 6.97%. Estas frecuencias correspondieron al total de registros, ya que las categorías de disposiciones espaciales

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

atípicas y titubeos no tuvieron ninguna aparición durante la realización de la actividad (ver Figura 7).

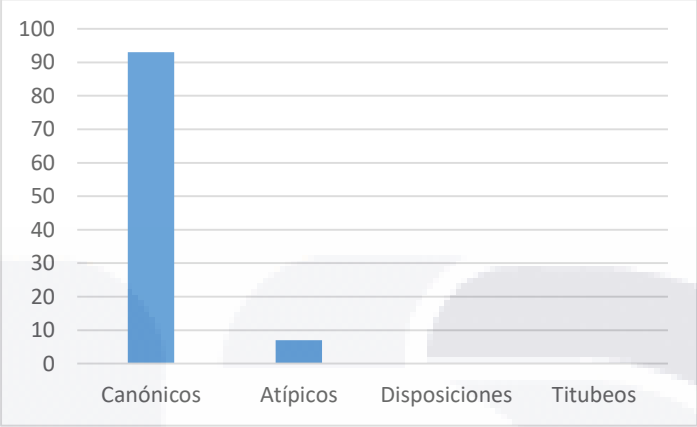


Figura 7. Frecuencias relativas de usos en pacientes en curso temprano no institucionalizados durante el lavado de dientes.

Logitudinalmente estos datos muestran una imagen similar a la situación comida, puesto que también se observa una disminución en la frecuencia de los usos canónicos comenzando por un 100% en la primera toma, 86.66% en la segunda y 90.9% en la tercera. Con respecto a los usos atípicos, se puede observar un ligero aumento en donde comienzan a aparecer hasta la segunda toma con un 13.33% y disminuyendo a 9.09% en la tercera (ver Figura 8).

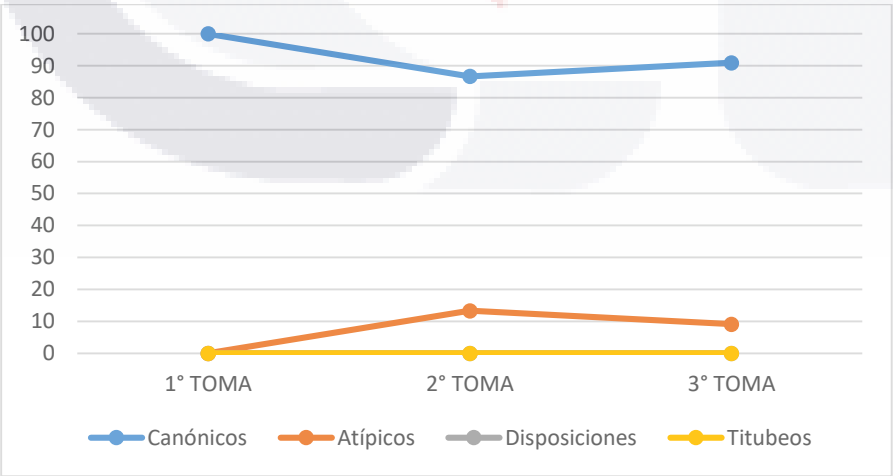


Figura 8. Frecuencia relativa de usos en pacientes en curso temprano no institucionalizados durante el lavado de dientes por tomas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En el lavado de dientes, también son los usos atípicos quienes comienzan a aparecer para comprometer la realización de la actividad cotidiana, solo que, a diferencia de la comida, en esta actividad el 100% de los usos atípicos fue por violación. Es decir, que lo más afectado en los usos durante el lavado de dientes, es la regla socialmente establecida. Un ejemplo de este tipo de uso está representado en la Observación 3 que se muestra a continuación.

Observación 3. Leo, 34 años, 5 años de Dx. Uso atípico por violación. Enjuague atípico durante el lavado por tragarse el agua.

	L después de usar el cepillo de dientes de forma canónica, usa su mano para coger el agua que cae del grifo, la lleva a su boca y comienza a enjuagarse*
	Mientras continúa enjuagándose con el agua que tiene en la boca empieza a coger agua con su mano y a esparcirla sobre el lavamanos*.
	Luego cierra la llave del agua y en lugar de escupir sobre el lavamanos traga el agua que tenía en la boca (uso atípico por violación)*. Después llega la madre de L y le ofrece una toalla con la cual comienza a secarse las manos y la boca.

*Momento representado por la imagen.

Esta forma de uso atípico por violación fue la más común en este grupo de pacientes apareciendo en dos de los parcipantes, no obstante, se observó otra atipicidad que consistía

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

en chupar el cepillo para quitar la pasta sin cepillarse los dientes y proceder con el enjuague. Este uso solo se observó en una ocasión, en la última toma de uno de los pacientes.

3. Pacientes de curso crónico institucionalizados

3.1 Los usos de los objetos durante la comida

Los resultados de este grupo durante la comida no mostraron una preponderancia en alguna de las categorías de uso de los objetos, ya que los usos canónicos aparecieron con una frecuencia del 43.43%, mientras que los usos atípicos tuvieron un 40.24%, habiendo una diferencia del 3.19% entre ambas categorías. Por otro lado, en este grupo aparecen por primera vez las disposiciones espaciales atípicas con un 9.39% y, finalmente, los titubeos con un 6.91% (ver Figura 9).

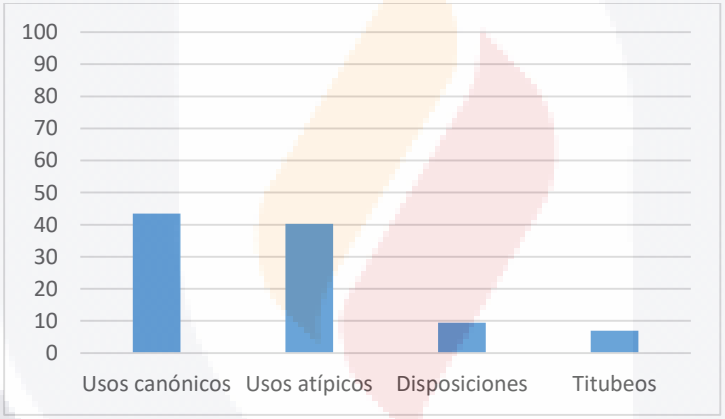


Figura 9. Frecuencias relativas de usos en pacientes de curso crónico institucionalizados durante la comida.

A través de las tomas, estos datos muestran una disminución progresiva de los usos canónicos, los cuales empiezan con 45.70% en la primera toma, 43.28% en la segunda y 41.15% en la tercera. En contraparte, tanto en los usos atípicos como en los titubeos, aparece un relativo aumento conforme pasan las tomas, ya que en los primeros se observa un 38.91% en la primera, 41.79% en la segunda y 40.67% en la tercera, mientras que los segundos comienzan con un 3.17% en la primera toma, 9.70% en la segunda y 9.09% en la tercera. Por último, las disposiciones espaciales atípicas no aparecen con una tendencia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

específica debido a que en la primera toma empiezan con un 12.22%, diminuyendo a un 5.22% en la segunda toma y volviendo aumentar a un 9.09% en la tercera (ver Figura 10).

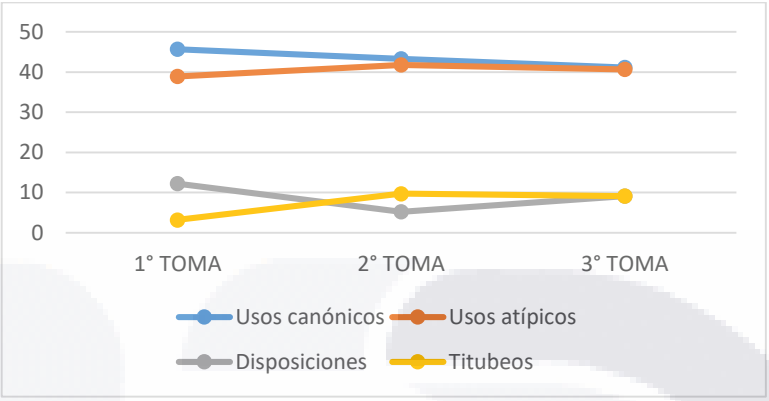


Figura 10. Frecuencias relativas de usos en pacientes de curso crónico institucionalizados durante la comida por tomas.

Los datos anteriores nos reflejan que en la actividad del lavado de dientes lo que más compromete a los usos canónicos son la aparición de usos atípicos, de los cuales el 22.52% corresponde a usos por interrupción y 77.47% a usos por violación. Esta proporción vista de forma longitudinal nos muestra una variación en la aparición de dichas atipicidades en donde los usos por violación se mantienen en predominio con 81.48% en la primera toma, 69.64% en la segunda y 78.82% en la tercera, mientras que los usos interrumpidos comienzan con 18.52% en la primera toma, 30.36% en la segunda y 21.18% en la tercera (ver Figura 11).

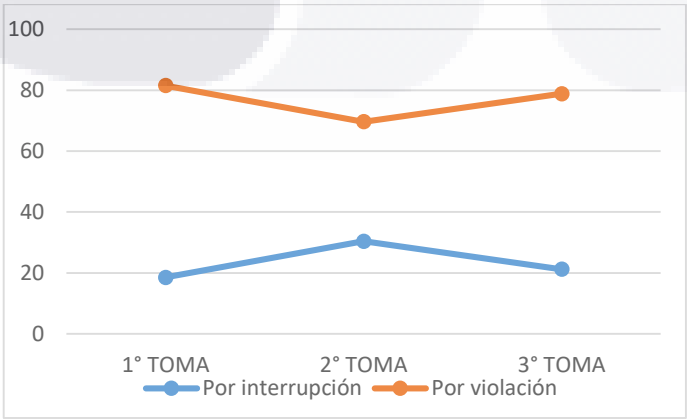


Figura 11. Frecuencia relativa de usos atípicos en pacientes en curso crónico institucionalizados durante la comida por tomas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Similar a lo visto en el grupo anterior, el uso atípico por violación fue el más frecuente durante la hora de la comida, modificando la actividad a través del quebrantamiento de la regla de uso socialmente establecida. Dentro de esta categoría el uso más común fue el comer con manos debido a que su aparición estuvo presente en todos los pacientes. Por otro lado, en este grupo de pacientes, los usos también se vieron afectados en su ejecución presentándose usos atípicos por interrupción que hacían poco fluida su realización, a pesar de que su frecuencia siempre estuvo por debajo de los usos atípicos por violación de la regla, estos usos fueron presentados en todos los pacientes, provocando que el flujo del desarrollo de la actividad cotidiana se viera comprometida. Esta forma de atipicidad esta ejemplificada en la Observación 4 realizada durante la primera toma.

Observación 4. Bety. 61 años, 29 años de Dx. Objeto: tortillas. Uso atípico interrumpido. Comer con cuchara interrumpido por el truncamiento del uso de la tortilla durante la comida.

	B quita la servilleta que se encuentra arriba de las tortillas y la pone al otro lado del plato, luego redirige su mano hacia las tortillas y toma una*.
	Con ambas manos B coge la tortilla, la agarra de una orilla y con el índice y pulgar de ambas manos hace el movimiento para partirla* pero se detiene repentinamente.
	Luego, B deja la tortilla en el mismo lugar de donde la habia tomado (uso atípico por interrupción)*, mira su plato un momento, coge el plato hondo y se lo empina para beber el caldo (uso atípico por violación). B coge la cuchara, la usa de forma canónica para llevarse comida a la boca, coge la taza la llena de agua y bebe. Después B retoma el uso de la tortilla que había dejado truncado, cogiendo comida y llevándosela a la boca.

*Momento representado por la imagen.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Cabe mencionar que en este grupo las alteraciones por interrupción abarcaron tanto la tortilla como la cuchara e inclusive en momentos en los que se usaban las manos para comer. Este dato es interesante pues marca una diferencia importante en la manera en que se van modificando los usos. Además, esta alteración en la interacción con la materialidad se ve afectada incluso en momentos previos al uso del objeto, es decir, durante su elección. Esta afección puede verse en la categoría titubeos, la cual se ejemplifica en la Observación 5 que se presenta a continuación.

Observación 5. Gaby, 52 años, 21 años de Dx. Objeto: vaso y cuchara. Titubeo. Vacilación en la elección del objeto previo al uso durante la comida.

	G después de haber cogido comida con la tortilla para llevársela a la boca (uso canónico), dirige su mano a la taza haciendo el gesto para cogerla, pero sin hacerlo*. En vez de esto, aleja su mano del vaso y la lleva hacia otro lado (primer titubeo).
	G dirige ahora su mano hacia las tortillas que tiene en el plato, de igual manera hace el gesto de querer cogerlas, pero no lo hace*. En vez de esto, vuelve a alejar su mano y la lleva a otro sitio (segundo titubeo).
	Luego, G lleva finalmente su mano hacia el pedazo de tortilla que había dejado sobre el arroz, lo coge* agarrando también arroz y se introduce todo a la boca (uso canónico).

*Momento representado por la imagen.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Una de las características particulares de este grupo fue la aparición de disposiciones espaciales atípicas en donde el arreglo canónico de los objetos se ve modificado por un uso alterado del espacio, el cual obedece a un acomodo por sí mismo, sin responder a ningún fin en particular. Esta forma peculiar de interacción puede verse representada en la Observación 6 que se muestra a continuación.

Observación 6. Bety. 61 años, 29 años de Dx. Objeto: tortillas. Disposición espacial atípica. Acomodo atípico de las tortillas durante la comida.

	B acerca su mano al montón de tortillas y las coge*.
	Luego, levanta las tortillas de la mesa, mueve su mano un poco hacia adelante y regresa las tortillas hacia la mesa*, dejándolas casi en el mismo lugar de donde las había cogido.
	Después de colocar las tortillas sobre la mesa, B lleva su mano hacia la cuchara*, la agarra, coge arroz con ella y se lo lleva a la boca (uso canónico) dejando en segundo plano a las tortillas.

*Momento representado por la imagen.

3.2 Los usos de los objetos durante el lavado de dientes

A diferencia de la situación comida, durante el lavado de dientes, los usos canónicos tuvieron una frecuencia alta de 69.02% y la de los usos atípicos fue de 22.12%, habiendo una diferencia entre ellos del casi 47%. Con respecto a las disposiciones espaciales atípicas su frecuencia fue mínima, de 1.76% y la de los titubeos fue de 7.07% (ver Figura 12).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

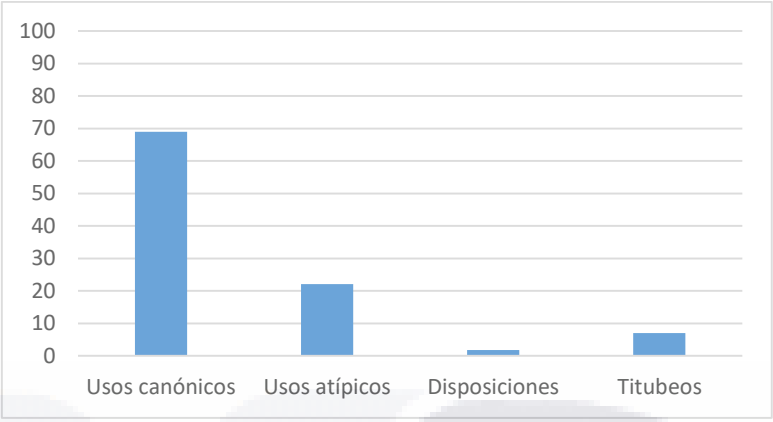


Figura 12. Frecuencias relativas de usos en pacientes en curso crónico institucionalizados durante el lavado de dientes.

Los resultados anteriores, vistos de forma longitudinal, se puede apreciar una disminución de los usos canónicos empezando con un 72.72% en la primera toma, 69.38% en la segunda y 64. 51% en la tercera. Con respecto a los usos atípicos sucede lo contrario, pues aparecen en relativo aumento durante las tomas, comenzando con 12.12% en la primera, 28.57% en la segunda y 22.58% en la tercera. En cuanto a las disposiciones espaciales atípicas se observa una relativa estabilidad que comienza con un 3.03% en la primera toma, una aparición nula en la segunda y un 3.22% en la tercera. En cuanto a los titubeos aparece una relativa fluctuación, comenzando con 12.12% en la primera toma, 2.04% en la segunda y 9.67% en la tercera (ver Figura 13).

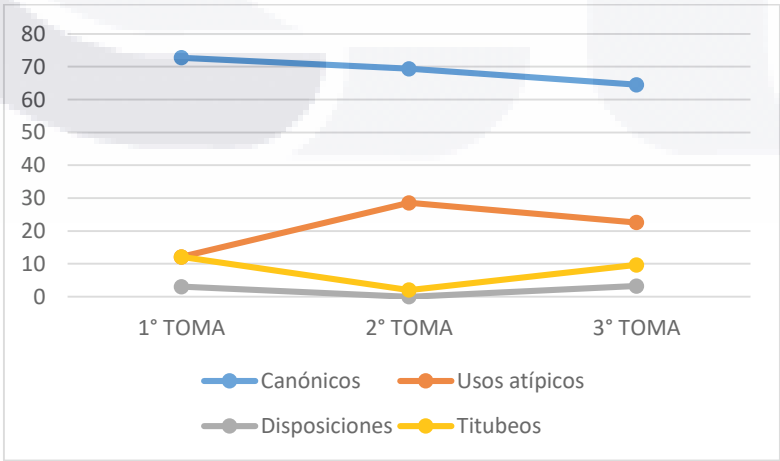


Figura 13. Frecuencias relativas de usos en pacientes en curso crónico institucionalizados durante el lavado de dientes por tomas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

De forma consistente, como hemos visto en ambos grupos y en las anteriores situaciones, durante el lavado de dientes la afección principal fue dada por los usos atípicos, de los cuales 56% fueron por interrupción y 44% fueron por violación. Estos datos, a través de las tomas, muestran una relativa variabilidad en la que los usos por interrupción tienen 75% en la primera toma, 42.85% en la segunda y 71.42% en la tercera. Con respecto a los usos atípicos por violación se puede observar una frecuencia de 25% en la primera toma, 57.14% en la segunda y 28.57% en la última (ver Figura 14).

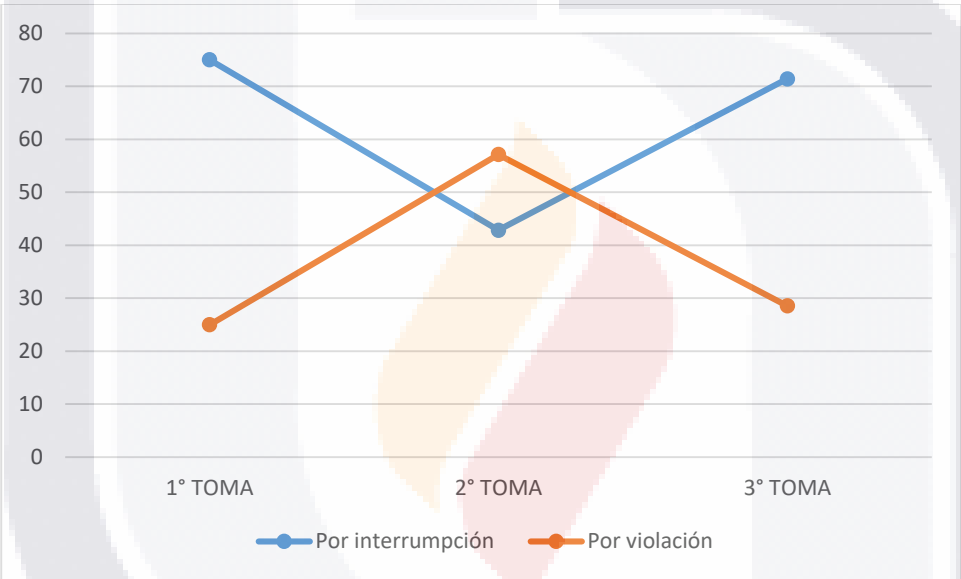


Figura 14. Frecuencia relativa de usos atípicos en pacientes en curso crónico institucionalizados durante el lavado de dientes por tomas.

Es importante resaltar este dato, pues este es el único escenario en donde aparece una mayor preponderancia de los usos atípicos por interrupción, es decir, que en esta actividad y con este grupo de pacientes, lo que se observa más alterado en los usos es su fluidez en la ejecución. Un ejemplo muy claro de cómo se ve afectada esta actividad puede verse en la Observación 7 realizada durante la tercera toma.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Observación 7. Gaby 52 años, 21 años de Dx. Objeto: cepillo y llave. Uso atípico interrumpido. Enjuagar con manos atípico por la permanencia prolongada en la ejecución del uso.

	G luego de haberse cepillado los dientes lleva el cepillo bajo el chorro del agua y comienza a enjuagarlo sacudiendo las cerdas con su dedo pulgar*.
	Pone su mano sobre la llave del grifo y se mantiene en esta posición durante 21 segundos permaneciendo en la ejecución*, es decir, dejando su mano sobre la llave y observando como cae el agua. Luego, cierra la llave y en seguida la vuelve a abrir, repite esta acción tres veces más, permaneciendo siempre con la mano sobre la llave (uso atípico por interrupción).
	Después de 3 pausas en las que no separó la mano de la llave, la cierra definitivamente*, va a secarse la boca con la toalla y deja el cepillo de dientes en su lugar.

*Momento representado por la imagen.

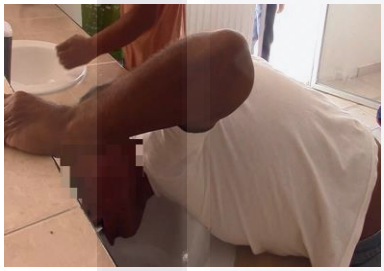
A pesar de que la preponderancia de usos atípicos en el lavado de dientes fue de usos atípicos por interrupción, la actividad también fue comprometida por el rompimiento de la regla de uso. Los usos atípicos por violación en esta actividad tuvieron mayor variedad que en el grupo de pacientes en curso temprano, ya que, en los pacientes crónicos, en el caso del uso del cepillo, hubo quienes chupaban el cepillo sin cepillarse (uso realizado por dos pacientes) o se lo metían a la boca y lo mantenían allí sin cepillar (un solo paciente realizó este uso). También, durante el enjuague aparecieron alteraciones que transgredían los cánones del uso como tragarse el agua (uso que apareció en dos pacientes), beberla

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

directamente del grifo (uso realizado por un solo paciente) o volver a usar el agua que ya se había usado durante el enjuague para volverse a enjaguar (uso realizado por un paciente). Un ejemplo de esto lo podemos ver en la Observación 8 que se presenta a continuación.

Observación 8. Moisés, 52 años, 21 años de Dx. Uso atípico por violación. Prescindir de vaso y mano para coger directamente agua del grifo cubriéndolo completamente con la boca.

	M después de cepillarse los dientes (uso canónico) abre la llave y acerca su rostro al grifo de donde está saliendo un chorro de agua abundante*.
	Y en lugar de usar la mano o un vaso para coger agua, cubre con su boca todo el grifo del lavamanos (uso atípico por violación)*.
	Una vez que su boca se llena con el chorro del grifo, retira su boca un poco y escupe en el lavamanos*, después repite la acción cubriendo de igual manera todo el grifo con su boca para enjuagarse (uso atípico por violación). Una vez que termina de enjuagarse M se seca la boca con la toalla y deja el cepillo en su lugar.

*Momento representado por la imagen.

4. Comparación en ambos grupos

4.1 Los usos de los objetos durante la comida

Realizando las comparaciones de los resultados de ambos grupos, podemos observar de forma más precisa las diferencias entre ellos en cada una de las categorías. Con respecto a los usos canónicos encontramos que existe una diferencia del 45% entre ambos grupos, en donde la preeminencia se encuentra en los pacientes en curso temprano con 89.7% quienes

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tienen un poco más del doble que los pacientes crónicos que cuentan con el 43.43%. Dentro de la categoría de usos atípicos también encontramos una diferencia importante entre ambos, habiendo en el grupo de curso temprano una frecuencia de 9.3 %, mientras que en el grupo de curso crónico existe una frecuencia casi 5 veces mayor, alcanzando el 40.24% y dejando una diferencia de 30.94% entre ambos grupos. En cuanto a las otras dos categorías restantes, los pacientes en curso crónico obtienen una mayor incidencia en ambas, siendo en las disposiciones espaciales atípicas donde solo existe ocurrencia en este grupo, mientras que en los titubeos los pacientes en curso temprano obtienen una frecuenca baja de 1.18% y en los pacientes en curso crónico dicha frecuencia es del 7.18%, habiendo una diferencia del casi 6% entre ambos (ver Figura 15).

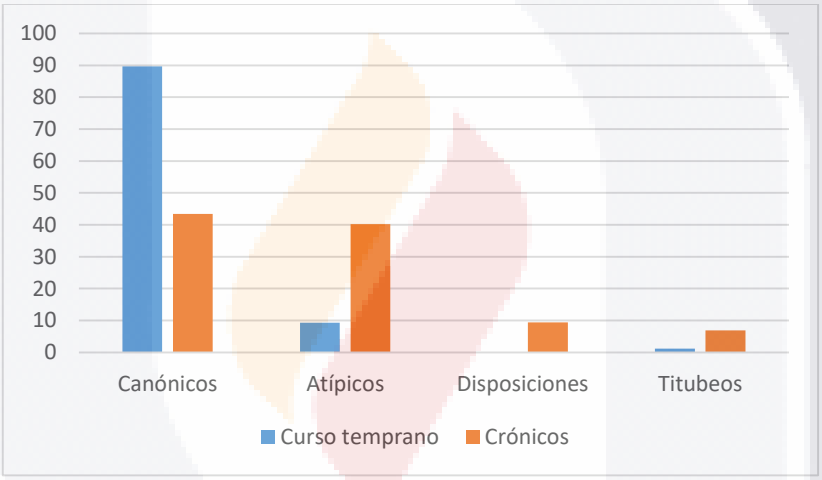


Figura 15. Comparación de frecuencias relativas de usos en ambos grupos durante la comida.

Estos datos reflejan claras diferencias existentes entre los grupos, sin embargo, en ambos podemos observar como la gran cantidad de alteraciones durante la comida están dadas por los usos atípicos, los cuales vistos de manera longitudinal parecen ir en aumento en el grupo en curso temprano y tomando una relativa estabilidad en los pacientes en curso crónico, esta diferencia comienza con 33.53%, aumentando ligeramente a 36.01% en la segunda y reduciéndose de manera importante a 23.7% (ver Figura 16). Esto debido a que los usos atípicos en los pacientes en curso temprano aumentan tres veces más de la segunda a la tercera toma.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

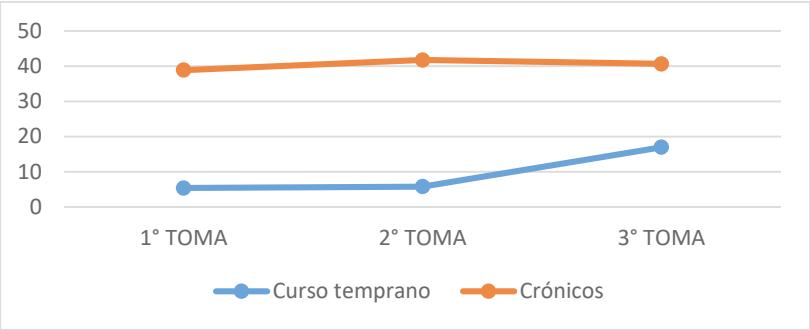


Figura 16. Frecuencias de usos atípicos de ambos grupos durante la comida por tomas.

4.2 Los usos de los objetos durante el lavado de dientes

Dentro de la actividad del lavado de dientes encontramos una imagen similar a la obtenida en la sitación de comida, debido a que las proponderancias son parecidas entre ambas sitaciones. Empezando con la categoría de los usos canónicos observamos que aparece en los pacientes en curso temprano una frecuencia elevada de 93.02% y en los pacientes crónicos una frecuencia del 69.02%, habiendo una diferencia del 24% entre ellos, con respecto a los usos atípicos, la diferencia entre los grupos es del 15.15%, donde en los pacientes crónicos aparecen con una frecuencia de 22.12% mientras que en el otro grupo solo se tiene un 6.97%. En cuanto a las categorías de disposiciones espaciales atípicas y titubeos, el grupo de pacientes crónicos tiene la ventaja con un 1.79% en el primero y 7.07% en el segundo, pues en los pacientes en curso temprano no se presentó ninguna de las categorías (Figura 17).

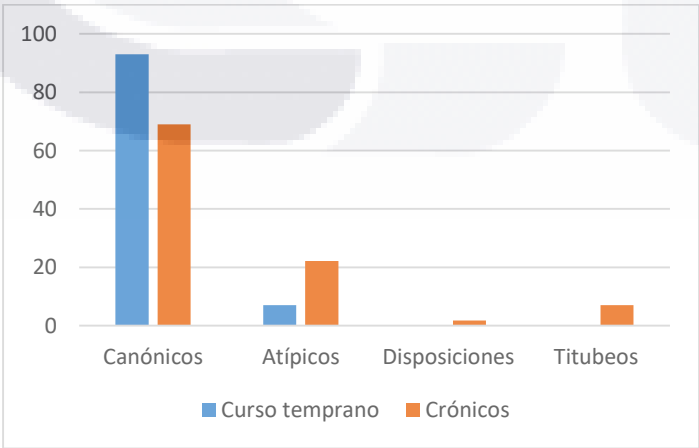


Figura 17. Comparación de frecuencias relativas de usos en ambos grupos durante el lavado de dientes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En esta situación, también los usos atípicos comprenden la mayor parte de las alteraciones en la actividad de comer. Éstos usos vistos de forma longitudinal tienen un patrón similar haciendo que las diferencias no reflejen una disminución a través de las tomas, como en la situación anterior. Sin embargo, si podemos observar que los pacientes crónicos tienen siempre una mayor frecuencia de usos atípicos en todas las tomas. De igual forma podemos ver cómo una vez que comienzan a aparecer los usos atípicos en los pacientes en curso crónico, estos no desaparecen y continúa habiendo una relativa constancia (ver Figura 18).

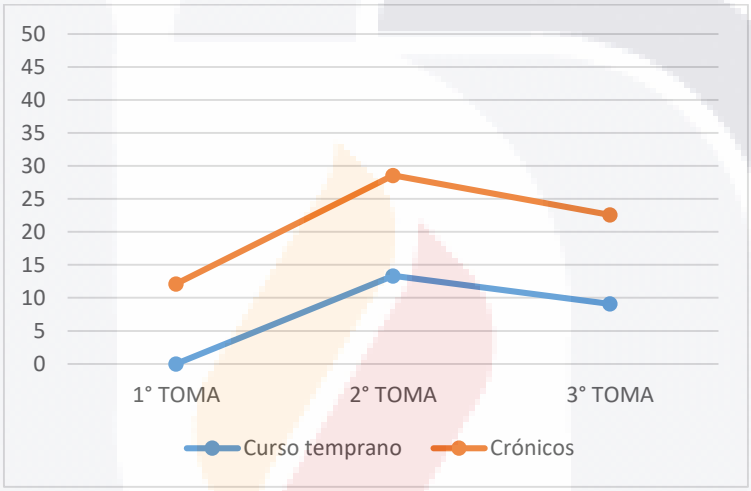


Figura 18. Frecuencias de usos atípicos de ambos grupos durante el lavado de dientes por tomas.

En suma, analizando tanto los resultados de cada grupo, así como las comparaciones entre ambos, podemos encontrar hallazgos importantes en los resultados de los cuales podemos destacar los siguientes.

En cuanto a los pacientes en curso temprano encontramos que existe una preponderancia de los usos canónicos en donde las primeras formas de alteración de dichos usos comienzan por los usos atípicos, los cuales están dados por la violación de las reglas convencionales del uso de los objetos. Conforme pasa el tiempo de diagnóstico, estos usos tienden a aumentar mientras que la frecuencia de usos canónicos empieza a descender. Siguiendo esto, las segundas alteraciones que aparecen son los titubeos, los cuales están por

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

delante de las disposiciones espaciales que aparecen hasta al final y solamente en pacientes en curso crónico.

Cabe resaltar que entre los grupos se pueden reflejar claras diferencias, una importante es que en los pacientes crónicos podemos observar que no existe una preponderancia de los usos canónicos, ya que los usos atípicos aparecen casi con la misma frecuencia a excepción del lavado de dientes, caso contrario en el grupo de pacientes en curso temprano, quienes si muestran una preponderancia en los usos canónicos en ambas sitaciones, observándose la aparición de usos atípicos muy por debajo, además el aumento de estos últimos es más acentuado aquí que en el grupo de pacientes en curso temprano. Otra diferencia relevante es que en los pacientes en curso crónico aparecen las disposiciones espaciales atípicas, categoría ausente en el otro grupo.

Con respecto a las distintas situaciones observadas encontramos que durante el lavado de dientes aparecen en menor frecuencia modificaciones en los usos canónicos de los objetos que durante la comida. Sin embargo, durante el lavado, la mayoría de las atipicidades están dadas por interrupción, mientras que en la comida la preponderancia es por usos atípicos por violación, esta diferencia es exclusiva de los pacientes crónicos, ya que en los de curso temprano ambas situaciones cuentan en su mayoría con usos atípicos por violación.

Mirando de forma longitudinal, nuestros datos parecen tener una lógica de aparecimiento según el tiempo de diagnóstico de la enfermedad que de forma resumida comienza con los usos atípicos por violación, seguido de los usos atípicos por interrupción, los titubeos y, finalmente, las disposiciones espaciales atípicas. Este orden de aparición, así como lo resaltado anteriormente, puede ser resultado del deterioro de la enfermedad teniendo como consecuencia una seríe de posibles repercusiones en la interacción con la materialidad, haciéndola cada vez más particular.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Capítulo 6
Discusión y conclusiones

Como hemos ido perfilando a lo largo del trabajo, las alteraciones en los usos canónicos de los objetos son reflejo del deterioro gradual de las personas con esquizofrenia, debido a que los usos canónicos de los objetos requieren poner en práctica los conocimientos de las normas culturales de dichos objetos en los contextos habituales de la vida de las personas.

Lo primero que llama nuestra atención es que el uso canónico de los objetos no desaparece en el paciente con esquizofrenia, pues los sistemas semióticos construidos desde su infancia continúan mediando en alguna medida su relación con la materialidad cultural, tal como lo pudimos observar en los resultados. Sin embargo, conforme se vuelve más antiguo el padecimiento, el paciente parece ir relegando estos significados sociales, violando las reglas de uso y optando por usos que se alejan de la convención ¿por qué esta predilección?, ¿cómo se explica que una actividad tan habitual como el comer con cuchara, en donde se aplica un uso que se supone fue cimentado desde la infancia, comience a modificarse? Las respuestas a estas preguntas pueden estar relacionadas con la forma en que dichas modificaciones comienzan a aparecer.

Los usos atípicos por violación son las primeras alteraciones observadas en los usos canónicos de los objetos en los pacientes, fenómeno que está presente tanto en la comida como en el lavado de dientes y que aumenta su frecuencia conforme avanza el tiempo de diagnóstico de la enfermedad. Esto cobra sentido y parece estar relacionado con los primeros indicadores de la enfermedad, ya que éstos se manifiestan a través de alteraciones funcionales en la vida cotidiana, como los cambios de rutina, autodescuido, interés reducido del trabajo, falta de atención social, déficit en las actividades de tiempo libre, en la comunicación y en la higiene personal y discapacidad social general (Häfner y an der Heiden, 1999; Häfner y Maurer, 2006). La predilección de un uso alejado de la convención establecida es prueba de esta relación con estas primeras modificaciones en el comportamiento social, como un primer indicador del desajuste social futuro que lleva al paciente a una alienación. Es decir, el hecho de haber encontrado que los primeros usos atípicos son por violación a la regla del uso puede llegar a comprometer cada vez más la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

vida del paciente, reflejándose en la falta del arreglo personal, la adquisición de malos hábitos alimenticios y el desorden cotidiano, afectando finalmente de forma general en su funcionamiento social, la trayectoria laboral, las relaciones interpersonales y a la calidad de vida en general. Para dar mayor soporte empírico y corroborar lo que acabamos de plantear es necesario llevar a cabo investigaciones en distintas situaciones de la vida diaria de los pacientes en las que utilizan otros objetos durante las primeras etapas de la esquizofrenia.

La aparente predilección por violar la regla del uso canónico por usos atípicos debemos verla como un alejamiento de lo socialmente establecido, a pesar de que los significados convencionales del objeto sigan presentes en los pacientes. Este alejamiento social en la interacción con la materialidad cultural puede tener relación con las posturas fenomenológicas de la enfermedad, en donde se teoriza que existe una pérdida de conexión, tanto de la capacidad de sentirse relacionados con los demás como de sentirse conectados a un mundo compartido, provocando en el paciente la incapacidad de experimentar los objetos como contextualizados dentro del espacio interpersonal (Krueger y Aiken, 2016). Minkowski (1927) afirma que el contacto vital con la realidad, que consiste en la percepción de un mundo afectivo y social, se encuentra escindido en el paciente con esquizofrenia provocando una desvinculación de las personas y de lo que lo rodea. Si partimos de estas premisas y las trasladamos a nuestra postura pragmática del objeto, podemos comentar que más que una escisión del mundo social y material, los pacientes optan por usos más primitivos e idiosincráticos que inherentemente modificarán la manera en cómo se usa la realidad material, haciendo que el paciente cambie los usos canónicos de los objetos por usos atípicos por violación.

Los usos atípicos por interrupción son las segundas alteraciones en presentarse, junto con la presencia de ligeros titubeos. La prevalencia de dichas modificaciones es mayor en las fases crónicas de la enfermedad y tienen mayor incidencia en la actividad del lavado de dientes. Estos datos coinciden con diversidad de estudios, como el realizado por Walther et al. (2016), quienes a través de gestos y usos simbólicos (los autores utilizan el término de gestos transitivos) evidencian que los pacientes en curso temprano tienen dificultades durante la ejecución de estos movimientos, habiendo una correlación positiva entre el deterioro del rendimiento gestual con el peor funcionamiento social luego de seis meses. De igual forma, Vihera et al. (2015) y Walther et al. (2015), evidenciaron errores en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

la ejecución de usos canónicos (los autores utilizan el término de uso a secas) en pacientes crónicos durante el agarre del objeto, la fluidez, la postura, etc.

En las fases tardías de la esquizofrenia se ha reportado de forma constante un déficit significativo de las capacidades cognitivas, específicamente aquellas relacionadas con las funciones ejecutivas. De las cuales, las que se encuentran con mayor afección en la esquizofrenia son la inhibición, la planeación y la flexibilidad cognitiva (Lozano y Acosta, 2009; Pelka-Wysiecka, Ernest, Monika y Jerzy, 2017; Rodríguez-Blanco, Lubrini, Vidal-Mariño y Ríos-Lago, 2017). Estas funciones facilitan gran variedad de destrezas como la capacidad para establecer metas, el desarrollo de planes de acción y la solución de problemas (Cock, Matute y Jurado, 2008). Asociar dicho deterioro con la aparición de los usos atípicos por interrupción cobra sentido debido a que dichas capacidades son necesarias para la ejecución adecuada de los usos pues son acciones que conllevan a la realización de un objetivo durante una actividad. En otras palabras, el uso canónico corresponde a la planificación de una serie de acciones que comienzan desde el momento que se elige el objeto adecuado para llevar a cabo su uso, el cual tiene como finalidad el llevarse la comida a la boca en el caso de la cuchara, o lavarse los dientes en el del cepillo. Ante esto, los déficits en las funciones ejecutivas provocarían titubeos, interrupciones y permanencias durante la ejecución del uso dando paso a las modificaciones observadas en nuestros resultados.

El porqué del aumento de usos atípicos por interrupción en el lavado de dientes, a diferencia de la situación comida en pacientes crónicos, puede argumentarse de igual forma con el deterioro de las funciones ejecutivas. En esta situación tenemos que hacer énfasis en la diferencia de acciones encadenadas en los usos en ambas tareas, ya que mientras en la comida las categorías implementadas involucraban un encadenamiento de tres a cuatro acciones en los usos de la cuchara y la tortilla, las categorías del lavado de dientes involucraban mayor cantidad de acciones. Tomemos como ejemplo el enjuague, esta categoría corresponde justamente a una serie de acciones encadenadas que son necesarias para realizar la actividad y consiste en abrir la llave del grifo para coger agua con el vaso/taza/manos, enjuagarse la boca y escupirla sobre el lavabo, para luego enjuagar el cepillo vertiendo la misma agua del vaso sobre las cerdas o poniendo directamente el cepillo bajo el chorro del agua y cerrando la llave del grifo, un total de seis acciones

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

encadenadas para la ejecución del uso. Ahora bien, se podría argumentar que estas alteraciones fueron dependientes de la forma en que se diseñaron las categorías, pero estudios diversos han mostrado que, a mayor número de acciones encadenadas para la ejecución de una actividad, mayor serán los errores que presente el paciente durante su realización alterando el uso canónico. Tal es el caso del estudio realizado por Semkovska, Bédard, Godbout, Limoge y Stip (2004), quienes encontraron fallos en los encadenamientos de usos canónicos para llevar a cabo una actividad (el término usado por los investigadores fue micro secuencias), es decir, que a la hora de ejecutar la tarea, que en su caso fue cocinar un alimento, aparecían retrasos, omisiones o repeticiones que afectaban su ejecución, pero que en un nivel general no afectaban la culminación de la actividad, hallazgos que son evidenciados de igual manera por Stip et al. (2007).

En suma, entre mayor número de acciones encadenadas para ejecutar un uso, mayores serán los requerimientos cognitivos para realizarlo, es decir, se requerirá de una mayor capacidad de planeación, de autorregulación e inhibición. Si sabemos que estas funciones se ven comprometidas en la esquizofrenia y que dicho deterioro es más evidente en etapas tardías de la enfermedad, cobra sentido la aparición de mayores usos atípicos por interrupción en los pacientes crónicos y en la actividad de lavado de dientes.

La última forma de alteración en aparecer y exclusiva de los pacientes crónicos fueron las disposiciones espaciales atípicas. Estas alteraciones en las actividades cotidianas no han sido reportadas ni abordadas en estudios previos sobre la esquizofrenia. Siguiendo la lógica de aparición de las distintas alteraciones de los usos canónicos, las disposiciones espaciales atípicas podrían ser indicadores de un deterioro prolongado en la enfermedad, el cual no sólo afecta a la materialidad cultural, sino también a las normas de la disposición espacial que ocupa dicha materialidad en las situaciones de la vida diaria. Los espacios están sujetos igualmente a los significados consensados, a la norma. Se establece por convención un lugar para el plato, otro para los cubiertos, para el vaso, tortillas, etc. Entonces, si el paciente viola las reglas del uso del objeto, también puede suceder lo mismo con las del uso del espacio. Las disposiciones espaciales atípicas además de ser violaciones a las reglas canónicas socialmente establecidas, también pueden reflejar un mayor grado de deterioro cognitivo, debido a que suelen aparecer como interrupciones en la ejecución de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

los usos canónicos, ocurriendo entre los distintos encadenamientos de acciones que componen dicho uso.

En resumen, desde nuestro punto de vista, las modificaciones observadas en los usos canónicos de los objetos reflejan el deterioro de la enfermedad. Por un lado, los usos atípicos por violación y las disposiciones espaciales atípicas, al ser formas de transgresión de las reglas de usos, pueden ser indicadores del deterioro gradual cognitivo y, por otro lado, los usos atípicos por interrupción y los titubeos, al ser alteraciones en la ejecución del uso, pueden ser indicadores del deterioro gradual de la autorregulación o funciones ejecutivas. En conjunto, estas modificaciones en la relación con la materialidad cultural afectan la funcionalidad social del paciente haciendo cada vez más evidente su alienación.

Partiendo del desarrollo de los usos de los objetos, desde la perspectiva pragmática del objeto, sabemos que el primer contacto que tenemos con la materialidad es a través del adulto y es él quien con su actividad pedagógica enseña al niño el significado de las cosas a través del signo dado por el uso, estos sistemas semióticos entran en una compleja interrelación con procesos autorregulativos para que el niño logre ejecutar el uso de forma correcta (Rodríguez, Estrada, Moreno-Llamas y de los Reyes, 2017) y de esta forma comenzar a introducirse de manera progresiva a las convenciones sociales que regulan la normatividad de la comunidad (Bodrova y Leong, 2001). Si tenemos en cuenta que en la esquizofrenia comienzan a relegarse los sistemas semióticos socialmente compartidos y empiezan a generarse formas particulares de significación de los objetos a través del uso, de igual manera los procesos autorregulativos para ejecutarlos comenzarán a comprometerse, es decir, así como el uso canónico promueve una regulación cognitiva para ejecutar el uso, la semiotización del objeto por usos atípicos por violación puede estar generando modificaciones en la autorregulación para llevar a cabo la realización de los usos provocando así usos atípicos por interrupción. En estos términos los signos que fueron y son compartidos socialmente, regulan nuestra actividad cognitiva para interactuar con la materialidad cultural, tanto en el caso de explicar la adquisición de los usos canónicos en los niños, como en el de explicar las diversas alteraciones en el uso canónico en la esquizofrenia.

En síntesis, las modificaciones observadas en la esquizofrenia pueden estar relacionadas a través de como los pacientes semiotizan los objetos por medio de su uso.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Estas alteraciones evidentemente están influenciadas tanto por el contexto social como por la sintomatología negativa. El primero de estos elementos puede estar promoviendo una falta de mediación social que corrija los usos atípicos provocando que éstos se diversifiquen y aumenten su frecuencia. Esto lo pudimos observar de forma directa en nuestros escenarios de observación cuando los pacientes no institucionalizados comían en un lugar inapropiado, al aire libre, sobre una silla rota, con desorden en la mesa, o se lavaban los dientes en lugares poco habilitados para ello, mientras que los contextos de los pacientes institucionalizados, a pesar de que tenían las condiciones adecuadas, hacían usos que violaban la convención y estos no eran corregidos ni por el personal del hospital ni por los demás pacientes. En cuanto al segundo elemento, puede estar influyendo con la falta de motivación necesaria para querer realizar las actividades y promoviendo así el desuso de los objetos. Todo esto, aunado con el progresivo deterioro hace que se vayan agudizando las alteraciones en el uso de los objetos. Lo anterior puede evidenciarse desde la perspectiva longitudinal en donde se afirma que el funcionamiento social (Green, Kern y Heaton, 2004), la cognición (Meier et al., 2013), la sintomatología negativa (Milev, Ho, Arndt y Andreasen, 2005) y la morfología y fisiología cerebral (Schnack et al., 2015) también se deterioran.

Como ya hemos afirmado, la aparición de las distintas alteraciones en el uso canónico de los objetos se debe al deterioro sociocognitivo característico de la esquizofrenia. Sin embargo, para dar mayor fundamento a dicha explicación comenzaremos a descartar otras explicaciones de posibles fuentes del deterioro debidas a las características de nuestro estudio.

El primer argumento que se podría plantear es que las alteraciones en el uso canónico de los objetos se debe a la edad o, mejor dicho, a través del envejecimiento normal que sucede con el correr de los años. En nuestra investigación, una diferencia importante entre nuestros grupos es la edad de los participantes, en donde el grupo de pacientes en curso temprano cuenta con una edad promedio de 35 años, mientras que el grupo de pacientes crónicos tiene una edad promedio de 59 años, esta discrepancia da un total de 24 años de diferencia dando la oportunidad de justificar la modificación de los usos debido al deterioro que provoca la edad. Sin embargo, los cambios promovidos por el envejecimiento no son suficientes para comprender este fenómeno, ya que los estudios

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

realizados en este ámbito solo reportan una ejecución retardada en el uso de herramientas, provocada por las modificaciones neuroanatómicas y neurofisiológicas en el cerebro envejecido (Lesourd, Baumard, Jarry, Le Gall y Osiurak. 2016). En cambio, las alteraciones observadas en nuestros resultados van más allá de un simple retardo en la ejecución, pues se muestran interrupciones, omisiones, permanencias prolongadas en la ejecución o usos alejados de la regla convencional. Las investigaciones que sí reportan algo similar a este tipo de errores se encuentran realizadas en pacientes con apraxias (Osiurak, et al., 2017) y demencias (Bozeat, Ralph, Patterson y Hodges, 2002), quienes sí presentan una alteración más allá del envejecimiento natural, enfatizando que el deterioro cognitivo que producen dichas enfermedades es la causa de los usos alterados, aunque en estos estudios tampoco se llegan a reporta todas las modificaciones observadas en nuestros resultados, tal es el caso de los usos atípicos por violación de la regla.

En suma, lo que el envejecimiento promueve es solo el retardo de la ejecución, es decir, que la fluidez de la realización del uso se vuelve más lenta. En nuestros participantes, el énfasis de la alteración no está en dich retardo, sino más bien en la interrupción de la ejecución y en su alejamiento de la regla convencional de uso, por tal motivo el argumento de que el envejecimiento pueda estar influyendo de forma directa en la relación de la esquizofrenia y el uso de la materialidad no tiene fundamento.

Un segundo argumento que podría explicar la modificación en los usos de los objetos puede ser justificado por el hospitalismo. Este fenómeno consiste en la institucionalización prolongada del paciente psiquiátrico en donde la reinserción social no se da por completo (Saraceno, 2003). Este resguardo hospitalario ha sido relacionado con variedad de características, entre las que destacan comportamientos repetitivos, retraso motor, manierismos (Luchins, Goldman, Lieb y Hanrahan, 1992), aumento de la sintomatología negativa y positiva y disminución del funcionamiento social (El-Ella, Hashim, Elhabiby, Khalil, Shorab y Mounir, 2015).

En nuestro estudio el hospitalismo es un elemento a resaltar, ya que es una diferencia importante entre nuestros grupos participantes. A pesar de que en ambos se observan modificaciones en los usos, la situación del hospitalismo puede funcionar como un regulador para el aumento de dichas alteraciones en los pacientes crónicos. Recordando el desarrollo de los usos de los objetos sabemos que un factor importante para esto es la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mediación de los otros sobre el uso de los objetos, pues son ellos quienes demuestran cómo se usan. En el caso de nuestros participantes, los resultados muestran que los usos comienzan a alterarse desde los primeros años de la enfermedad y sin un medio favorable que esté regulando la forma de usar los objetos, éstos pueden tener una ejecución fuera de la normativa social. Así como los otros, principalmente los adultos en los primeros años de vida, regulan a los niños en el uso adecuado del objeto, en nuestros participantes el contexto del hospitalismo puede estar incidiendo en el uso inadecuado de los objetos por la falta de una mediación adecuada, debido a que los pacientes cuando realizan usos atípicos no son corregidos en ese contexto, favoreciendo la prevalencia y diversificación de dichos usos. En el caso de los pacientes en curso crónico, ni psiquiatras, enfermeros o personal del hospital, mediaban la ejecución adecuada del uso siguiendo la convención establecida. Este hecho podría explicar en alguna medida el porqué del aumento de las atipicidades en el uso canónico. Sin embargo, no nos ayuda a comprender el origen de las alteraciones, pues éstas aparecen desde el curso temprano de la enfermedad bajo un contexto que esta fuera del hospitalismo. Por tal motivo, desde nuestro punto de vista, el hospitalismo puede ser una variable necesaria, pero no suficiente para la aparición de las modificaciones en los usos canónicos.

Como tercer posible argumento tenemos la influencia de la sintomatología negativa como justificación de la aparición de las alteraciones en el uso canónico de los objetos. Sobre este tema, se reporta que la alogia, el aplanamiento afectivo, la abolición y la anhedonia como síntomas negativos (Andreasen, 2000) hacen que el paciente vaya adquiriendo nuevas maneras de actuar (Mitra, Mahintamani, Kavoor y Nizamie, 2016), las cuales han sido reportadas en múltiples investigaciones, tal es el caso de los estudios sobre intervenciones para la mejora del funcionamiento de pacientes con esquizofrenia, que en muchas ocasiones presentan la observación de hábitos de su vida cotidiana en donde se da cuenta de actividades alejadas de las convenciones que en alguna medida violan las reglas socialmente establecidas (Velligan et al, 1997; Maples y Velligan, 2008), de igual forma se han retomado menciones en donde se afirma que los pacientes usan las manos para comer (Fernández, 2010; Krueger y Aiken, 2016) y en cuanto al lavado de dientes, diversos estudios sobre salud bucal en esquizofrenia reportan malos hábitos y desinterés por el cuidado de los dientes (Friedlander, Friedlander, Velasco, Casas y Monsalve, 2004; Roick

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

et al., 2007). Los resultados anteriores han sido correlacionados con la sintomatología negativa comentando que entre mayor sea ésta, mayor es la frecuencia de dichos comportamientos, los cuales, en alguna medida, evidencian ciertas alteraciones en el uso de los objetos.

¿Qué tanto podemos adjudicar nosotros la relación entre sintomatología negativa y la aparición de las modificaciones en el uso canónico de los objetos? De manera teórica consideramos que esta relación sigue sin explicar el origen y el porqué de las alteraciones en el uso. Esto lo podemos argumentar a partir de los pacientes con depresión, los cuales tienen compatibilidad con la sintomatología negativa de la esquizofrenia, puesto que en ambos la anhedonia, la abulia y la apatía son parte fundamental de los trastornos. En el caso de la depresión los pacientes presentan el abandono de diversos hábitos relacionados con la higiene, la salud bocal, el trabajo y la realización de actividades diarias (Rojas, Latorre y Ortega, 2000; Vázquez, Hernangómez, Hervás y Nieto, 2005), pero a diferencia de la esquizofrenia, en la depresión no se reporta un retroceso en el comportamiento del paciente o una modificación en la manera en que se relaciona con la materialidad cultural.

Estas tres posibles fuentes del deterioro, por sí solas, no tienen el suficiente fundamento para comprender el porqué de nuestros resultados. Sin embargo, no podemos descartar por completo su posible influencia en esta modificación en la interacción con el mundo material. Sabemos a partir de otros estudios que su implicación es relevante cuando se trata de comprender la enfermedad y que se vuelve necesario reconocerlos y dar cuenta de ellos cuando se investiga en este campo de la salud mental, pero desde nuestro punto de vista, quien puede dar cuenta de forma más precisa sobre los resultados observados es el deterioro sociocognitivo que caracterizan a la enfermedad.

El objetivo principal del estudio consistió en observar el uso de los objetos en pacientes con esquizofrenia en función al tiempo de diagnóstico de la enfermedad y encontramos que a pesar de que los pacientes continúan utilizando los objetos de manera canónica o convencional, estos usos se van alterando. Sin embargo, a pesar de los valiosos hallazgos obtenidos en nuestro estudio, éste tiene algunas limitaciones.

Una de las limitaciones en nuestro proyecto fue la imposibilidad de abarcar las primeras etapas de la enfermedad. A pesar de que el diseño de nuestro estudio fue longitudinal, los usos atípicos ya tenían una aparición considerable en nuestros

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

participantes en curso temprano, por lo que el origen de estas alteraciones no fue posible ubicarlo. Si quisiéramos llevar a cabo dicha tarea, una alternativa podría ser el estudio de los usos en pacientes con *ultra alto riesgo de psicosis*, término utilizado para las personas que tienen una amplia probabilidad de desarrollar esquizofrenia y que se caracterizan por un pronunciado desajuste social y rasgos de personalidad esquizoide o esquizotípico. Estudiar a participantes con estas características mediante un siguimiento longitudinal hasta el posible desarrollo de la enfermedad podría ser una posible alternativa para ubicar el inicio de las modificaciones en el uso de los objetos.

Una segunda limitante la podemos referir a los escenarios de observación debido a que en nuestra investigación solo se observaron dos escenarios distintos, la hora de la comida y el lavado de dientes. Un mayor número de situaciones hubieran podido sustentar más nuestros hallazgos y darles mayor generalización, tratando de observar si las modificaciones observadas por nosotros pueden presentarse en otras actividades diarias, en las que usan otros objetos. Por ejemplo, observar actividades ocupacionales o las salidas recreativas de los pacientes institucionalizados hubiera sido una excelente fuente de información. No obstante, la forma microgenética en que se analizaron los resultados y la elección de escenarios cotidianos, favorece en gran medida la validez externa.

Otra limitante más en nuestro estudio podría ser la falta de algún grupo control que estuviera libre del trastorno de esquizofrenia con el propósito de realizar comparaciones entre ellos y así tener mayor certeza a la hora de afirmar que las modificaciones en los usos reflejan cambios de significación en el uso de la realidad material y que dichas alteraciones forman parte de los primeros desajustes en los pacientes con esquizofrenia, los cuales conforme van avanzando en su enfermedad muestran mayores cambios en los usos canónicos de los objetos cotidianos. Cabe la posibilidad de que tanto los usos atípicos como los titubeos y las disposiciones espaciales atípicas podrían no ser exclusivas del padecimiento, puesto que en personas sanas podrían aparecer en frecuencias muy bajas teniendo relativos cambios conforme el desarrollo vaya avanzando. La introducción de algún grupo control podría ayudar a clarificar este tipo de aspectos. Sin embargo, por el momento, como discutimos antes, todo indica que las personas con desarrollo normotípico no presentan lo que hemos encontrado en los pacientes con esquizofrenia.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Una última limitante es aquella referida a la falta de exploración en la sintomatología positiva y negativa en los pacientes. Como bien lo ha señalado Berrios y Fernández (1996), el estudio de la esquizofrenia siempre debe considerar estos dos elementos dentro de la evaluación, haciéndolo con escalas o instrumentos apropiados y estandarizados. El haber realizado estas evaluaciones hubiera sido útil para correlacionar esta sintomatología con las distintas modifcaciones en el uso de los objetos, ayudándonos a elaborar mejores hipótesis de su posible intervención y a clarificar su posible efecto en las alteraciones de los usos encontrados.

A pesar de las diversas limitaciones que pudiéramos encontrar en el estudio, no podemos dejar de lado los alances que tiene esta investigación pionera en lo referente a la pragmática del objeto y la esquizofrenia.

El primer alcance importante es la comprensión de la experiencia del paciente con esquizofrenia desde su contexto cotidiano. Esto da una gran aportación al estudio de la enfermedad, ya que a diferencia de la gran mayoría de estudios en donde se evalúa por medio de escalas, instrumentos o ambientes experimentales, desde un contexto de la vida cotidiana podemos evidenciar como la esquizofrenia comienza a alterar la funcionalidad del individuo, observándolo de forma directa en su contexto natural a través de actividades tan cotidianas como el comer o lavarse los dientes. Bajo esta visión se obtiene una mirada más real de la condición de los pacientes, promoviendo el entendimiento del curso de su padecimiento desde el seno de la vida cotidiana y abonando a la mayor comprensión y explicación de la enfermedad.

Un segundo alcance de este estudio, en sintonía con el anterior, es la no escisión del plano social y cognitivo desde las normas de los usos de los objetos. Como bien pudimos observar en nuestros resultados, los usos de los objetos reflejan la falta de aplicación de las reglas convencionales de uso de los objetos en los participantes, danto cuenta del impacto que tiene este deterioro en la funcionalidad y en la interacción con la materialidad cultural. Esta propuesta puede resultar de gran utilidad para continuar develando los misterios de la enfermedad, comprendiéndola de forma integral y ayudando a sobrepasar la explicación tradicional de la esquizofrenia, no solo entendiéndola como una alteración reducida al marco fisiológico o morfológico del sistema nervioso, sino asumiéndola como un

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

fenómeno multifactorial en donde el aspecto cognitivo y social cobran relevancia para comprender como se va modificando la vida del paciente.

Otro alcance más del presente estudio es la posibilidad que tienen los hallazgos encontrados para la elaboración de estrategias de intervención en pacientes con esquizofrenia. Si asumimos que los usos atípicos por violación y las disposiciones espaciales atípicas forman parte del deterioro de la enfermedad y que posiblemente conforman el primer nivel de dicho deterioro podemos, por medio de la mediación del uso canónico, frenar en alguna medida la pérdida del funcionamiento del paciente, teniendo un posible impacto en áreas más generales de la vida de la persona, como en el ámbito laboral, las relaciones interpersonales y la calidad de vida en general. Nuestros resultados pueden servir de argumento para sustentar las diversas intervenciones clínicas enfocadas en la recuperación de hábitos o aquellas que dan soporte al entorno para mejorar la calidad de vida de los pacientes, como la terapia laboral y el entrenamiento cognitivo. Asimismo, el entrenamiento en la ejecución de los usos también serviría para la intervención desde el punto de vista neuropsicológico, ya que a través de la materialidad estaríamos favoreciendo a las Funciones Ejecutivas. Todo esto con la intención de retomar los sistemas semióticos que le dan sentido a nuestra interacción con los otros y la realidad material cultural.

El franquear las limitantes y el aprovechar las bonades del presente estudio será un paso importante para los futuros trabajos en torno a este fenómeno. Todo esto con la intención de seguir aportando al conocimiento y comprensión de tan singular enfermedad mental.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Referencias

Alanen, Y. O. (2003). *La esquizofrenia sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid, España: H. Karnak.

Álvarez, J. (1996). Dos Visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 16*, 655-676.

Álvarez, M. P. (2012). Frente al cerebrocentrismo, psicología sin complejos. *Infocop, 57*, 8-12.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013*). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Andreasen, N. (2000). Schizophrenia: the fundamental questions. *Brain Research Reviews, 31*, 106-112.

Andreasen, N. C., y Olsen, S. (1982). Negative vs Positive Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 39*, 789-794.

Andreasen, N. C. (1997). The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future. *Schizophrenia Research, 28*, 105-109.

Andreasen, N. C., Flaum, M., Swayzer, V. W., Tyrrell, G., y Arndt, S. (1990). Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia. A Critical Reappraisal. *Archives of General Psychiatry, 47*(7), 615-621.

Andreasen, N.C. (2011). Concept of schizophrenia: past, present, and future. En D. R. Weinberger y P. J. Harrison (Eds.), *Schizophrenia* (pp. 3-8). Londres, Inglaterra: Blackwell Publishing.

Apel, K. (1997). *El camino del pensamiento de Charles S. Peirce*. Madrid, España: Visor.

Apiquian, R., Aviña, C., Colín, R., Díaz, A., Corona, F., González, S., Herrara, M., Kawas, O., Nicolini, H., Lóyzaga, C., Ontiveros, C., Ortega, H., Rascón, M., Rodríguez, M., Valencia, M., Verduzco, W., y Villaseñor, S. (2014). *Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia*. Ciudad de México, México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.

Arieti, S. (1945). Primitive habits and perceptual alterations in the terminal stage of schizophrenia. *Archives of Neurology & Psychiatry, 53*(5), 378-384.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Baker, C. (1995). The development of the self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 9*(5), 261-280.

Balslev, K., y Sadda-Robert, M. (2006). Les microgenèses situées. Unités et procédés d'analyse inductive – deductive. *Recherches Qualitatives, 26*(2), 85-109.

Barrera, A., y Berrios, G. (2001). Investigación del Trastorno Formal del Pensamiento en la esquizofrenia: una mirada crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 21*, 17-33.

Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 44*(3), 215-221.

Basilio, M., y Rodríguez, C. (2016). How toddlers think with their hands: social and private gestures as evidence of cognitive self-regulation in guided play with objects. *Early Child Development and Care, 1*, 1-16.

Baudrillard, J. (1969). La morale des objets. Fonction-signe et logique de classe. *Communications, 13*, 23-50.

Baudrillard, J. (2004). *El sistema de los objetos*. Ciudad de México, México: Siglo Veintiuno Editores (Trabajo original publicado en 1966)

Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wixted, J. T., y Mueser, K. T. (2014). An analysis of social competence in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry, 156*(6), 809-818.

Bergson, H. (1963). *Obras escogidas*. Madrid, España: Aguilar (Trabajo original publicado en 1911)

Bernardo, M., Sanjuán, J., y Leal. C. (2003). Reconceptualización de la esquizofrenia. *Acta Española de Psiquiatría, 4*(31), 10-17.

Beuchot, M. (2004). *La semiótica. Teoría del signo y el lenguaje de la historia*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.

Bleuler, E. (1934*). Textbook of psychiatry*. New York, NY: The Macmillan Company.

Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox. The group of schizophrenias*. New York, NY: International Universities Press (Trabajo original publicado en 1911)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Bozeat, S., Ralph, M. A. L., Patterson, K., y Hodges, J. R. (2002). When objects lose their meaning: What happens to their use?. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 2*(3), 236-251.

Buckley, P., y Miller, B. (2015). Schizophrenia Research. A progress Report. *Psychiatric Clinics of North America*, 38(3), 373-377.

Caballo, V. E., y Irurtia, M. J. (2008). Entrenamiento en habilidades sociales. En Labrador, F. J. (cord.) *Técnicas de modificación de la conducta* (pp. 573-592). Madrid: Ediciones Pirámide.

Carlsson , A., y Lindqvist, M. (1963). Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3 methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Acta Pharmacologica et Toxicologica (Copenh), 20*, 140-144.

Carulla, L., Gestoso, C., y Rodríguez-Blazquez, C. (1996). Trabajo y esquizofrenia: aspectos conceptuales. *Psychosocial Intervention, 5*, 83-90.

Castañares, W. (1994). *De la interpretación a la lectura*. Madrid, España: Iberediciones.

Cavalcante, S., y Rodríguez, C. (2015). La comprensión del dado como objeto con funciones numéricas. Un estudio longitudinal con dos niños desde los 24 a los 36 meses en interacción con un adulto. *Estudios de Psicología, 36*(1), 59-70.

Chapman, L., y Chapman, J. (1973). Problems in the measurement of cognitive deficit. *Psychological Bulletin, 79*, 380-385.

Chinchilla, A. (2007). *Las esquizofrenias: Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos.* Madrid, España: Masson.

CIE-11 (2015). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, España: Meditor.

Cock, M. R., Matute, E., y Jurado, M. B. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 8*(1), 23-46.

Cole, M. (1999). *Psicología cultural: una disciplina del pasado y del futuro*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Colodrón, A. (2002). *La condición esquizofrénica*. Madrid, España: Triacastela.

Coloreu, W. (1917). *La locura en la historia de la humanidad*. Barcelona, España: Antonio Gost Balmes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Costall, A., y Richards, A. (2013). Canonical Affordances: The Psychology of Everyday Things. En P. Graves-Brown y R. Harrison (Eds.), *The Oxford Handbook of the Archaeology of the Contemporary World* (pp. 82-93). Oxford, Inglaterra: OUP Oxford.

Costall, A. (1995). Socializing affordances. *Theory & Psychology*, *5*(4), 467-481.

Costell, A. (2012). Canonical affordances in context. *AVANT*, *3*(2), 85-93.

Cutting, J., David, A., y Murphy, D. (1987). The nature of overinclusive thinking in schizophrenia. *Psychopathology*, *20*, 213–219.

Daprati, E., y Angela, S. (2006). How we interact with objects: learning from brain lesions. *Trends in Cognitive Sciences*, *10*(6), 265-270.

Deladalle, G. (1996*). Leer a Peirce hoy*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.

Delerue, C., y Boucart, M. (2012). The relationship between visual object exploration and action processing in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, *17*(4), 334-350.

Delerue, C., y Boucart, M. (2013). Visual exploration and action processing in schizophrenia. *Cognitive neuropsychiatry*, *18*(3), 153-167.

Derito, C. N. (2006). Breve consideración histórica sobre las nosografías psiquiátricas. *ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, *13*(3), 67-108.

Dolle, J. M. (1993). *Para comprender a Jean Piaget*. Ciudad de México, México: Trillas.

Doménech, M., Íñiguez, L., y Tirado, F. (2003). George Herbert Mead y la psicología social de los objetos. *Psicologia & Sociedade*, *15*, 18-36.

Drozdowskyj, E. S. (2012). *Transiciones diagnósticas hacia la esquizofrenia* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España).

Eco, U. (1994). *Signo*. Bogotá, Colombia: Labor, Barcelona 1988.

El-Ella, E. I. A., Hashim, N. Z., Elhabiby, M. M., Khalil, S. A., Shorab, I., y Mounir, M. E. (2015). Negative symptoms and functioning in institutionalized versus outpatient schizophrenic patients. *Middle East Current Psychiatry*, *22*(2), 65-69.

Engels, F. (1990). *Dialéctica de la Naturaleza*. Madrid, España: VOSA (Trabajo original publicado en 1875)

Esquirol, E. (1847). *Tratado completo de las enajenaciones mentales.* Madrid, España: Colegio de Surdo-Mudos (Trabajo original publicado en 1845)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Everaert-Desmedt, N. (2004). Peirce´s Semiotics. En L. Hébert (dir.), *Signo*. Rimouski: Québec.

Fernández, M. R. (2010). Relación entre la conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y las actividades de la vida diaria. *Revista asturiana de Terapia Ocupacional*, *8*, 3-7.

Fervaha, G., Foussias, G., Agid, O., y Remington, G. (2015). Motivational deficits in early schizophrenia: prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophrenia research*, *166*(1), 9-16.

Fierdman, S., y Vietze, P. M. (1972). The Competent Infant. *Peabody Journal of Education*, *49*(4), 314-322.

Flavell, J. H. (1985). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. Ciudad de México, México: Paidós.

Foucault, M. (1992). *Historia de la locura en la época clásica*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica (Trabajo original publicado en 1964)

Frenk, J., Ruelas, E., Tapia, R., Castañon, R., de León, E., Belsasso, G., González, E., Uribe, M., González, S., Barragán, G., y Lomelín, G. (2002). *Programa específico de Esquizofrenia 2001-2006.* Ciudad de México, México: Secretaría de Salud.

Friedlander, A. H., Friedlander, I. K., Velasco O. E., Casas B. N., y Monsalve G. L. (2004). La atención odontológica del paciente con esquizofrenia. *Archivos de Odontoestomatología*, *20*(7), 463-473.

Gastó, C., y Catalán, R. (2000). *Esquizofrenia. Teorías Biológicas*. En J. F. Navarro (Coord.) Bases Biológicas de las psicopatologías (pp. 3-10). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Gee, B., Hodgekins, J., Fowler, D., Marshall, M., Everard, L., Lester, H., Freemantle, N., y Brichwood, M. (2016). The course of negative symptom in first episode psychosis and the relationship with social recovery. *Schizophrenia research*, *174*(1), 165-171.

Gibson, E. J. (1994). *An odyssey in learning and perception*. Londres, Inglaterra: Mit Press.

Gibson, J. J. (1986). *The Ecological Approach to Visual Perception*. New York, NY: Psychology Press.

Goetz, C. G., y Klawans, H. L. (1984). Teorías dopaminérgicas de la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *4*(11), 331-338.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Goldenberg, G., y Spatt, J. (2009). The neural basis of human tool use. *Brain, 132*, 1645-1655.

Goldenberg, G. (2013). *Apraxia. The Cognitive Side of Motor Control*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.

Goldstein, K., y Scheerer, M. (1941). Abstract and Concrete Behavior - An Experimental Study With Special Tests. *Psychological Monographs, 53*, 1-9.

Goodglass, H., y Kaplan, E. (1963). Disturbance of gesture and pantomime in aphasia. *Brain, 86*, 703-720.

Goodglass, H., y Kaplan, E. (1983). *Boston Diagnostic Aphasia Examination*. Washington, DC: Lea & Febiger.

Green, M. F., Kern, R. S., y Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia research, 72*(1), 41-51.

Haaland, K. Y., Harrington, D. L., y Knight, R. T. (2000). Neural representations of skilled movement. *Brain, 123*(11), 2306-2313.

Häfner, H., y an der Heiden, W. (1999). The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 249*(4), S14-S26.

Häfner, H., y Maurer, K. (2006). Detección temprana de la esquizofrenia: datos actuales y perspectivas futuras. *World Psychiatry*. *4*(3), 130-138.

Hamera, E., Peterson, K., Young, L., y Schaumloffel, M. (1992). Symptom monitoring in schizophrenia: Potential for enhancing self-care. *Archives of Psychiatric Nursing, 6*(6), 324-330.

Harrison, P. J., y Amanda, L. J. (2006). Neuregulin 1 and Schizophrenia: Genetics, Gene Expression, and Neurobiology. *Biological Psychiatry, 60*(2), 132-140.

Harvey P., y Sharma, T. (2002). *Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia. A Clinician's Handbook*. Londres, Inglaterra: Martin Dunitz.

Herrera, R. (2005). El símbolo es del ojo la pupila. *Revista Académica e Institucional de la UCP, 73*, 31-46.

Hoenig, J. (1983). The concept of schizophrenia. Kreapelin-Bleuer-Schnieder. *The British Journal of Psychiatry, 142*, 547-556.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Hooder, I. (1982). *Symbols in Action: Ethnoarchaeological Studies of Material Culture*. Londres, Inglaterra: Cambridge University Press.

Ingold, T. (2000). *The Perception of the Environment*. New York, NY: Routledge.

Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature, 468*(7321), 187-193.

Insúa, P., Grijalvo, J., y Huici, P. (2001). Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia: Síntomas clínicos y medidas psicolingüísticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *78*, 27-50.

Isava, L. M. (2009). Breve introducción a los artefactos culturales. *Estudios*, *17*(34), 441-454.

Jablensky, A., y Sartorius, N. (1988). Is schizophrenia universal?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *78*(S344), 65-70.

Jablensky, A. (2012). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*, 271-287

Jaramillo, J. (2005). *Historia y filosofía de la medicina*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, España: Editorial UOC.

Jaspers, K. (1946). *Psicopatología general*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.

Johnson, J., y Bieliauskas, L. (1971). A Two measures of overinclusive thinking in schizophrenia: A comparative analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 77*(2), 149-154.

Johnson-Frey, S. H. (2003). What's So Special about Human Tool Use?. *Neuron*, *39*(2), 201-204.

Kales, A., Kales, J. D., y Vela-Bueno, A. (1990). Schizophrenia: historical perspectives. En A. Keles y C. N. Stefanis (Eds.), *Recent advances in schizophrenia* (pp. 3-23). New York, NY: Springer-Verlag.

Kareem, J., y Littlewood, R. (2000). *Intercultural Therapy*. Londres, Inglaterra: Black Wheel Science.

Kendler, K., y Hays, P. (1982). Schizophrenia with premorbid inferiority feelings: A distinct subgroup? *Archives of General Psychiatry, 39*(6), 643-647.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Kertesz, A., y Ferro, J. M. (1984). Lesion size and location in ideomotor apraxia. *Brain*, *107*(3), 921-933.

Kim, Y., Zerwas, S., Trace, S. E., y Sullivan, P. F. (2011). Schizophrenia genetics: where next?. *Schizophrenia bulletin*, *37*(3), 456-463.

Kraepelin, E. (2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos (Trabajo original publicado en 1919)

Kramer, H., y Sprenger, J. (2006). *Malleus maleficarum*. Barcelona, España: Reditar (Trabajo original publicado en 1486)

Krueger, J., y Aiken, A.T. (2016) Losing Social Space: Phenomenological Disruptions of Spatiality and Embodiment in Moebius Syndrome and Schizophrenia. En: J. Reynolds y R. Sebold (Eds), *Phenomenology and Science. Palgrave Macmillan* (pp. 121-139) New York, NY: Palgrave Macmillan, New York.

Kume, Y., Sato, F., Hiraoka, Y., Suzuki, S., y Niyama, Y. (2016). Spatial compatibility and affordance compatibility in patients with chronic schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, *24*, 33-40.

Lakoff, G. (1987). *Women, Fire and Dangerous Things. What Categories Reveal about the Mine.* Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Lastres, J. B., y Cabieses, F. (1959). La trepanación del cráneo en el antiguo Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, *42*(3), 258-320.

Leduca, N. L., Moser, L. L., y Bond, G. R. (2008). Assertive community treatment. En K. T. Mueser y D. V. Jeste (Eds.), *Clinical Handbook of Schizophrenia* (pp. 329-338). New York, NY: Guilford Press.

Lesourd, M., Baumard, J., Jarry, C., Le Gall, D., y Osiurak, F. (2017). A cognitive-based model of tool use in normal aging. Aging, *Neuropsychology, and Cognition*, *24*(4), 363-386.

Lifánova, T. M. (1996). Bibliografía completa de los trabajos de Liev Siemiónovich Vygotskiy. *Voprosi psijológuii*, *5*, 137-57.

Li-Ning, J., Rondón, M., Mina, R., y Ballón, R. (2013). Causas de rehospitalización de pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Neuro-psiquiatría*, *66*, 13-26.

Lovinbond, S. (1954). The object sorting test and conceptual thinking in schizophrenia. *Australian Journal of Psychology*, *6*, 52-70.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Lozano, L., y Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Médica, 17*, 87-94.

Lozano, L., y Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Médica, 17*, 87-94.

Luchins, D. J., Goldman, M. B., Lieb, M., y Hanrahan, P. (1992). Repetitive behaviors in chronically institutionalized schizophrenic patients. *Schizophrenia Research, 8*(2), 119-123.

Luria, A. R. (1984). *Conciencia y lenguaje*. Madrid, España: Visor.

Magariños, J. A. (1983). *El Singo, las fuentes teóricas de la semiología: Saussure, Peirce, Morris*. Buenos Aires, Argentina: Hachette.

Mahieu, E. L. (2004). A propósito de Morel y la démence précoce. *Vertex, 15*, 73-75.

Maj, M. (1998). Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 172*, 458-460.

Maples, N. J., y Velligan, D. I. (2008). Cognitive adaptation training: establishing environmental supports to bypass cognitive deficits and improve functional outcomes. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 11*(2), 164-180.

Marafioti, R. (2004). *Charles S. Peirce: El éxtasis de los signos*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Martin, P., Tewesmeier, M., Albers, M., Schimd, G., y Scharfetter, C. (1994). Investigation of gestural and pantomime performance in chronic schizophrenic inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 244*, 59-64.

Martínez, D. R., y Martínez, D. R. (2009). Los límites conceptuales de la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría, 25*, 7-14.

Matthews, N., Gold, B., Sekuler, R., y Park, S. (2013). Gesture Imitation in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 39*, 94-101.

Matthysse, S. (1974). Dopamine and the pharmacology of schizophrenia: the state of the evidence. *Journal of Psychiatric Research, 11*, 107-113.

McGaughran, L., y Moran, L. (1957). Differences between schizophrenic and brain damaged groups in conceptual aspects of object sorting. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 54*, 44-49.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

McNeill, D. (2000). *Language and gesture*. Londres, Inglaterra: Cambridge University Press.

Meier, M. H., Caspi, A., Reichenberg, A., Keefe, R. S., Fisher, H. L., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., y Moffitt, T. E. (2014). Neuropsychological decline in schizophrenia from the premorbid to the postonset period: evidence from a population-representative longitudinal study. *American Journal of Psychiatry, 171*(1), 91-101.

Mesa, P. J. (1986). *El marco teórico de la psicopatología*. Sevilla, España: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Milev, P., Ho, B. C., Arndt, S., y Andreasen, N. C. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *American Journal of Psychiatry, 162*(3), 495-506.

Minkowski, E. (1927). *La esquizofrenia*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.

Mitra, S., Mahintamani, T., Kavoor, A. R., y Nizamie, S. H. (2016). Negative symptoms in schizophrenia. *Industrial psychiatry journal, 25*(2), 135.

Moles, A., y Wahl, E. (1974). Kitsch y objeto. En E. Verón (Dir.), *Los objetos* (pp. 9-37). Buenos Aires, Argentina: Editorial Tiempo Contemporáneo.

Moles, A. (1974). Objeto y comunicación. En E. Verón (Dir.), *Los objetos* (pp. 9-37). Buenos Aires, Argentina: Editorial Tiempo Contemporáneo.

Moles, A. (1975). *Teoría de los objetos*. Barcelona, España: Editorial Gustavo Gili.

Moreno, A., Rodríguez, C., y Olmo, M. J. (2015). The Rhythmic, Sonorous and Melodic Components of Adult-Child-Object Interactions Between 2 and 6 Months Old. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 49*(4), 1-8.

Moro, C., y Rodríguez, C. (1989). L'interaction triadique, bébé-objet-adulte durant la première année de la vie de l'enfant. *Enfance, 42*, 75-82.

Moro, C. (2011). Material culture, semiotics and early childhood development. En M. Kontopodis, C. Wulf, y B. Fichtner (Eds.) *Children, Development and Education* (pp. 57-70). New York, NY: Springer Netherlands.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Moro, C. (2016a). To Encounter, to Build the World and to Become a Human Being. Advocating for a Material-Cultural Turn in Developmental Psychology, *Integrative Psychological and Behavioral Science, 50*(4), 586-602.

Moro, C. (2016b). Usage de l'objet, signification et émergence de la conscience à l'étape préverbale du développement: Une perspective édusémiotique. *Semiótica, 212*, 129–153.

Mueser, K. (2000). Cognitive Functioning, Social Adjustment and Long-Term Outcome in Schizophrenia. En T. Sharma (Ed.), *Cognition in Schizophrenia* (pp. 157-177). New York, NY: Oxford University Press.

Napal, O., Ojeda, N., Sánchez, P., Elizagárate, E., Peña, J., Ezcurra, J., y Gutiérrez, M. (2012). Curso evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición: una revisión de la literatura. *Actas Española de Psiquiatría, 40*(4), 198-220.

Nicolas, A. (1979). *Jean Piaget*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.

Nieto, D. (1979). La anatomía de la esquizofrenia y la teoría dopaminérgica. *Salud Mental, 1*(3), 12-18.

Norman, D. A. (1990). *La psicología de los objetos cotidianos*. Madrid, España: NEREA.

Novellas, E., y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuer-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud, 21*(3), 205-219.

O'Brien, J. (1987). *The Goldstein-Scheerer Tests of Abstract and Concrete Thinking*. United States: EDRS.

Obiols, J. E., y Carulla, M. (1998). Bases biológicas de la esquizofrenia. Aspectos neuroquímicos y neuroanatómicos. *Psicología Conductual, 6*, 5-27.

Ochipa, C., Rothi, L. J. G., y Heilman, K. M. (1992). Conceptual apraxia in Alzheimer's disease. *Brain, 115*(4), 1061-1071.

Oranización Mundial de la Salud. (2016). *Esquizofrenia*, Nota descriptiva N°397.

Orban, G. A., y Caruana, F. (2014). The neural basis of human tool use. *Frontiers in psychology, 5*, 41-52.

O'Reilly, A. W. (1995). Using representations: Comprehension and production of actions with imagined objects. *Child Development, 66*(4), 999-1010.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Osiurak, F. y Massen, C. (2014). The cognitive and neural bases of human tool use. *Frontiers in psychology, 5*, 5-6.

Osiurak, F., Granjon, M., Bonnevie, I., Brogniart, J., Mechtouff, L., Benoit, A., Nighoghossian, N., y Lesourd, M. (2018). Novel Tool Selection in Left Brain-Damaged Patients With Apraxia of Tool Use: A Study of Three Cases. J*ournal of the International Neuropsychological Society, 24*(5), 524-529.

Palacios, P., y Rodríguez, C. (2015). The development of symbolic uses of objects in infants in a triadic context: a pragmatic and semiotic perspective. *Infant and Child Development, 1*, 1-11.

Palacios, P. (2009). *Origen de los usos simbólicos de los objetos en los niños en contexto de comunicación e interacción triádicos* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España).

Palacios, P., Rodríguez, C., Méndez-Sánchez, C., Hermosillo-De-La-Torre, A, Sahagún, M., y Cárdenas, K. (2016). The development of the first symbolic uses in Mexican children from the pragmatics of object. *Studies in Psychology, 37*, 1-14.

Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 69*(1), 71-83.

Park, S., Matthews, N., y Gibson, C. (2008). Imitation, Simulation, and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 34*(4), 698-707.

Payne, R., y Hewlett, J. (1960). Thought disorders in psychiatric patients. En H. J. Eysenck (Ed.), *Experiments in Personality* (pp. 134-167). Londres, Inglaterra: Routledge and Kegan Paul.

Peirce, C. S. (1878). Como esclarecer las ideas. En J. Vericat (tr., intr. y notas), *Charles S. Peirce. El hombre, un signo* (pp. 200-223). Barcelona, España: Crítica 1988, pp. 200-223.

Peirce, C. S. (1987a). *La ciencia de la semiótica*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión (Trabajo original publicado en 1965)

Peirce, C. S. (1987b). *Obra lógico-semiótica*. Madrid, España: Taurus (Trabajo original publicado en 1904)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Pelka-Wysiecka, J., Ernest, T., Monika, M., y Jerzy, S. (2017). Neuropsychological profile of specific executive functions in patients with deficit and non-deficit schizophrenia. *European Psychiatry*, *41*, S275-S276.

Pennington, H. J. (2003). Esquizofrenia, genética y complejidad. *Actualidades en Psicología*, *19*(106), 139-145.

Peña, J. (1991). *Programa integrado de exploración neuropsicológica. Test*. Barcelona, España: Masson.

Perani, D., Cappa, S. F., Bettinardi, V., Bressi, S., Gorno-Tempini, M., Matarrese, M., y Fazio, F. (1995). Different neural systems for the recognition of animals and man-made tools. *Neuroreport*, *6*(12), 1637-1641.

Pesez, J. M. (1990). Historia da cultura material. *La Nueva Historia*, *2*, 119-121.

Piaget, J. (1974). *Seis estudios de piscología*. Ciudad de México, México: Seix Barral (Trabajo original publicado en 1964)

Piaget, J. (1985). *La construcción de lo real en el niño*. Barcelona, España: Crítica (Trabajo original publicado en 1937)

Piaget, J. (2011). *La formación del símbolo en el niño*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica (Trabajo original publicado en 1945)

Pinel, P. (1829). *Compendio de la nosografía filosófica*. Madrid, España: Miguel de Burgos (Trabajo original publicado en 1809)

Portellano, J. A. (2005*). Introducción a la neuropsicología*. Madrid, España: McGrawHill.

Preda, A. (2009). The Turn to Things: Arguments for a Sociological Theory of Things. *The Sociological Quarterly*, *40*(2), 47-366.

Priebe, S., y Fakhoury, W. K. (2008). Quality of life. En K. T. Mueser y D. V. Jeste (Eds.), *Clinical Handbook of Schizophrenia* (pp. 581-591). New York, NY: Guilford Press.

Quejereta, A., Godoy, J., y Mías, C. (2011). Abstracción verbal y flexibilidad cognitiva en esquizofrenia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, *11*(2), 85-101.

Quinlan, D., Schultz, D., y Davies, R. (1978). Overinclusion and Transactional Thinking on the Object Sorting Test of Schizophrenia and nonschizophrenia Patients. *Journal of Personality Asessment*, *42*(4), 401-408.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Randerath, J., Goldenberg, G., Spijkers, W., Li, Y., y Hermsdörfer, J. (2011). From pantomime to actual use: how affordances can facilitate actual tool-use. *Neuropsychologia, 49*(9), 2410-2416.

Rivière, A. (1985). *La psicología de Vygotski*. Madrid, España: Visor.

Rizzolatti, G., Fogassi, L., y Gallese, V. (2002). Motor and cognitive functions of the ventral premotor cortex. *Current opinion in neurobiology, 12*(2), 149-154.

Rodríguez, C., y Moro, C. (1999). *El mágico número tres. Cuando los niños aún no hablan.* Barcelona, España: Paidós.

Rodríguez, C., y Moro, C. (2002). Objeto, comunicación y símbolo. Una mirada a los primeros usos simbólicos de los objetos. *Estudios de Psicología, 23*(3), 323-338.

Rodríguez, C. (2006). *Del Ritmo al símbolo. Los signos en el nacimiento de la inteligencia*. Barcelona, España: ICE Horsori Editorial S.L.

Rodríguez, C. (2007). El ojo de Dios no mira signos. Desarrollo temprano y semiótica. *Infancia y aprendizaje, 30*(3), 343-374.

Rodríguez, C. (2012a). El adulto como guía: ¿El eslabón perdido del desarrollo temprano? *Padres y Maestros, 334*, 23-26.

Rodríguez, C. (2012b). The functional permanence of the object: A product of consensus. En E. Martí y C. Rodríguez (Eds.), *After Piaget* (pp. 123–150). New Brunswick, NJ: Transactions Publishers.

Rodríguez, M., y Moro, C. (1998). El uso convencional también hace permanentes a los objetos. *Infancia y Aprendizaje, 21*(84), 67-83.

Rodriguez-Blanco, L., Lubrini, G., Vidal-Mariño, C., y Rios-Lago, M. (2017). Efficacy of cognitive rehabilitation of attention, executive functions, and working memory in psychotic disorders: A systematic review. *Actas españolas de psiquiatria, 45*(4), 167.

Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger H., Heider, D., Schindler, J., y Riedel-Heller, S. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(4), 268-276.

Rojas, G., Latorre, R., y Ortega, A. V. (2000). Depresión mayor y salud oral: Rol de los fármacos antidepresivos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 38*(2), 126-130.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Ruiz, J. S., Sánchez, V., Diego, C., y Páez, P. S. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud, 21*(3), 235-254.

Sacristán, C. (2007) La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco, 45*, 163-189.

Saraceno, B. (2003). Liberación de los pacientes psiquiátricos, Distrito Federal, México: Pax México.

Sass, L., Parnas, J., y Zahavi, D. (2015). Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 18*, 1-23.

Scharfetter, C. (1988). *Introducción a la Psicopatología General*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Schlosser, D. A., Campellone, T. R., Biagianti, B., Delucchi, K. L., Gard, D. E., Fulford, D., Stuart, B. K., Fisher, M., Leowy, R. L., y Vinogradov, S. (2015). Modeling the role of negative symptoms in determining social functioning in individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia research, 169*(1), 204-208.

Schmolling, P. (1983). A systems model of schizophrenic dysfunction. *Systems Research and Behavioral Science, 28*(4), 253-267.

Schnack, H. G., Van Haren, N. E., Nieuwenhuis, M., Hulshoff, H. E., Cahn, W., y Kahn, R. S. (2016). Accelerated brain aging in schizophrenia: a longitudinal pattern recognition study. *American Journal of Psychiatry, 173*(6), 607-616.

Secretaría de Salud. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el Primer Nivel de Atención y de Especialidad*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud.

Semkovska, M., Bédard, M. A., Godbout, L., Limoge, F., y Stip, E. (2004). Assessment of executive dysfunction during activities of daily living in schizophrenia. *Schizophrenia research, 69*(2), 289-300.

Serrallonga, J., y Rojo, J. E. (2002). *Esquizofrenia.* En J. Vallejo (Dir.) Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (pp. 457-482). Barcelona, España: Masson.

Serrano, M. M., y Díaz, A. (2013). Affordances: construcción social y propiedades dinámicas. *Filosofías Subterráneas Topografías, 1*, 63-71.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Sevos, J., Grosselin, A., Brouillet, D., Pellet, J., y Massoubre, C. (2016). Is there any Influence of Variations in Context on Object-Affordance Effects in Schizophrenia? Perception of Property and Goals of Action. *Frontiers in psychology, 7*, 1-15

Sevos, J., Grosselin, A., Pellet, J., Chesnoy, G., Gay, A., Billard, S., Brouillet, D., y Massoubre, C. (2013). 1142–Object-affordance in schizophrenia. *European Psychiatry, 28*, 1.

Sevos, J., Grosselin, A., Pellet, J., Massoubre, C., y Brouillet, D. (2013). Grasping the world: object-affordance effect in schizophrenia. *Schizophrenia research and treatment, 2013*, 1-8.

Shomaly, D. (1994). Comunicación, meta comunicación y paradoja: la vigencia de la Escuela de Palo Alto. *Revista de Humanidades, 2*, 95-102.

Silverman, L. (1962). Ego impairment in schizophrenia as reflected in the object sorting test. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 64*(5), 381-385.

Silvestri, A., y Blanck, G. (1993). *Bajtin y Vygotsky: la organización semiótica de la conciencia*. Barcelona, España: Anthropos.

Simon, B. (1978). *Razón y locura en la antigua Grecia*. Madrid, España: Akal Editor.

Sponheim, S., Surerus-Johnson, C., Leskela, J., y Dieperink, M. (2003). Proverb interpretation in schizophrenia: the significance of symptomatology and cognitive processes. *Schizophrenia Research, 65*, 117-123.

Stegmayer, K., Bohlhalter, S., Vanbellingen, T., Federspiel, A., Moor, J., Wiest, R., Müri, R., Strik. W., y Walther, S. (2016). Structural brain correlates of defective gesture performance in schizophrenia. *Cortex, 78*, 125-137.

Stegmayer, K., Sulzbacher, J., Vanbellingen, T., Benzing, V., Bohlhalter, S., Müri, R. M., Strik, W., y Walther, S. (2015). P169. Impaired gesture performance as potential endophenotype of schizophrenia. *Clinical Neurophysiology, 126*(8), e160-e161.

Sterner, A., y Rodríguez, C. (2012). Valoración de signos de alarma en autismo entre los 9 y los 16 meses de edad. *Psicología Educativa, 18*(2), 145-158.

Stip, E., Sablier, J., Sephery, A., Rivard, S., Cloutier, C., Aubin, G., Godbout, L., y Limoges, F. (2007). Cuisine et schizophrénie: activité carrefour d'une évaluation écologique, ergothérapique et neuropsychologique. *Santé mentale au Québec, 32*(1), 159-179.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Subbotsky, E. (1996). Vygotsky's distinction between lower and higher mental functions and recent studies on infant cognitive development. *Journal of Russian & East European Psychology, 34*(2), 61-66.

Sullivan, P. F., Kendler, K. S., y Neale, M. C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Archives of general psychiatry, 60*(12), 1187-1192.

Szasz, T. (1974). *La fabricación de la locura*. Barcelona, España: Editorial Kairós.

Tandon, R., Keshavan, M., y Nasrallah, H. (2008). Schizophrenia, "Just the Facts": What we know in 2008 Part 1: Overview. *Schizophrenia Research, 100*, 4-19.

Tilley, C., Keane, W., Kuechlerm, S., Rowlands, M., y Spyer, P. (2006). *Handbook of Material Culture*. Londres, Inglaterra: SAGE Publications.

Tissot, R. (1992). *Función simbólica en psicopatología*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.

Tomasello, M. (1999). *Los orígenes culturales de la cognición humana*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

Tranel, D., Damasio, H., y Damasio, A. R. (1997). A neural basis for the retrieval of conceptual knowledge. *Neuropsychologia, 35*(10), 1319-1327.

Tucker, M., y Ellis, R. (1998). On the relations between seen objects and components of potential actions. *Journal of Experimental Psychology: Human perception and performance, 24*(3), 830-846.

Valencia, M., Murow, E., y Rascón, M. (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38*(3), 535-549.

Vallejo, G. (1999). Peirce: pragmatismo, semiótica y realismo. *Cinta moebio, 5*, 14-28.

Vallejo, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona, España: Masson.

Van der Veer, R., y Yasnitsky A. (2016). Obras publicadas de Vygotski: Una (casi) definitiva bibliografía. En A. Yasnitsky, R. van der Veer, E. Aguilar y L.N. García (Eds.), *Vygotski revisitado: Una historia crítica de su contexto y legado. Apéndice A. Bibliografía de las obras publicadas de Vygotski* (pp. 391-417). Buenos Aires, Argentina: Miño & Dávila Eds.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Vanbellingen, T., Kersten, B., Hemelrijk, B., Winckel, A., Bertschi, M., Müri, R., Weerdt, W., y Bohlhalter, S. (2010). Comprehensive assessment of gesture production: a new test of upper limb apraxia (TULIA). *European Journal of Neurology, 17*, 59–66.

Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G., y Nieto, M. (2005). Evaluación de la Depresión. En V. Caballo (Ed.) *Evaluación de la depresión. Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicopatológicos* (pp. 1-80), Madrid, España: Pirámide.

Velligan, D., y Bow-Thomas, C. (2000). Two Case Studies of Cognitive Adaptation Training for Outpatients with Schizophrenia. *Psychiatric Service, 51*, 25-30.

Velligan, D., Mahurin, R., Eckert, S., Miller, A., y Bow-Thomas, C. (1997). Cognitive adaptation training: The use of compensatory strategies for inpatients and outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 24*, 229-337.

Vieira, S. (2014). The biologic-social integration in the psychological system formation. *Revista Educação, 1* (1), 75-86.

Viériesov, N. (2007). Sign mediation: Magic triangle: sign-mediated action and behind. En *ISCAR, Fourth Nordic Conference on Cultural and Activity Research* (pp. 15-17). Oslo, Noruega: AHO.

Viériesov, N. (2010). Introducing cultural historical theory: main concepts and principles of genetic research methodology. *Kulturno-istoríchеskaya psijologuia*, *4*, 83-90.

Vihera, P., Stegmayera, K., Vanbellingen T., Federspiela, A., Strika, W., Wiestd, R., Bohlhalterb, S., y Walther, S. (2015). Deficit actual tool use in schizophrenia is linked to structural alterations in key regions of planning and executing of tool use and connecting fibers. *Clinical Neurophysiology, 126*(8), e96–e97.

Vygotsky, L. (1934). Thought in schizophrenia. *Archives of Neurology and Psychiatry, 31*(5), 1063-1077.

Vygotsky, L. S. (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona, España: Paidós.

Vygotsky, L. S. (1997). *Obras escogidas Tomo III*. Madrid, España: Antonio Machado. (Trabajo original publicado en 1924)

Vygotsky, L. S. (2000). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Biblioteca de Bolsillo (Trabajo original publicado en 1960)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Walther, S., Eisenhardt, S., Bohlhalter, S., Vanbellingen, T., Müri, R., Strik, W., y Stegmayer, K. (2016). Gesture performance in schizophrenia predicts functional outcome after 6 months. *Schizophrenia bulletin, 124*, 1-8.

Walther, S., Stegmayer, K., Sulzbacher, J., Vanbellingen, T., Müri, R., Strik, W., y Bohlhalter, S. (2015). Nonverbal Social Communication and Gesture Control in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 1*, 1-8.

Walther, S., Vanbellingen, T., Müri, R., Strik, W., y Bohlhalter, S. (2013). Impaired gesture performance in schizophrenia: Particular vulnerability of meaningless pantomimes. *Neuropsychologia, 5*, 2674-2678.

Watzlawick, P., Beavin, H., y Jackson, D. D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España: Editorial Herder (Trabajo original publicado en 1967)

Woodward, I. (2007). *Understanding Material Culture*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

World Health Organization (1988). *Psychiatric Disability Assessment Schedule*. Ginebra, Suiza: WHO.

Wundt, W. (1990). *Elementos de psicología de los pueblos*. Barcelona, España: Editorial Alta Fulla (Trabajo original publicado en 1916)

Zecchetto, V. (2002). *La danza de los signos. Nociones de semiótica general*. Quito, Ecuador: Abya-Yala/UPS.

Zecchetto, V. (2013) *Seis semiólogos en busca del lector*. Quito, Ecuador: Abya-Yala/UPS.

Zlotnik, M. (2003). La psiquiatría clásica y sus dos clínicas. En R. Mazzuca, C. Codoy, F. Schejtman y M. Zlotnik (Eds.), *Psicoanálisis y psiquiatría: encuentros y desencuentros*. Buenos Aires, Argentina: Bergasse.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS