

# **Dificultades del lenguaje y la comunicación en personas con esquizofrenia**

Autora:

Raquel Sánchez Gutiérrez

Tutoras académicas:

M<sup>a</sup> De Los Ángeles Ruiz-Benítez De Lugo Comyn

Carmen Mercedes Hernández Jorge

Trabajo de Fin de Grado de Logopedia

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso académico 2018/2019

## **Resumen**

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que puede afectar el lenguaje de las personas que lo padecen. El presente trabajo tiene como objetivo conocer qué áreas del lenguaje y la comunicación se encuentran más afectadas en estas personas. Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando los siguientes términos: esquizofrenia, logopedia, comunicación, habla y lenguaje, a través de varios buscadores y bases de datos, como el PuntoQ, Dialnet, Scielo, Pubmed y Medline. Inicialmente se obtuvo un gran número de artículos, que después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión se redujeron a 29. Los resultados revelan que las personas con esquizofrenia tienen, fundamentalmente, dificultades en el área semántica (alteraciones en las tareas de decisión léxica, en la homonimia y una mayor desorganización en el almacenamiento, la recuperación y la organización de la información) y pragmática del lenguaje (alteraciones en la cohesión y el discurso). También presentan algunas distorsiones características en el habla, tanto en los componentes verbales como no verbales. Se confirma la presencia de distintas dificultades en la comunicación y uso del lenguaje en esta población, lo que avala la necesaria intervención logopédica en las personas afectadas por este trastorno.

**Palabras clave:** *esquizofrenia, logopedia, áreas del lenguaje, comunicación.*

## **Abstract**

Schizophrenia is a serious mental disorder that can affect the language of people who suffer from it. The present work aims to know which areas of language and communication are most affected in these people. A bibliographical search was carried out using the following terms: schizophrenia, speech therapy, communication, speech and language, through various search engines and databases, such as PuntoQ, Dialnet, Scielo, Pubmed and Medline. Initially a large number of articles were obtained, which after applying the inclusion and exclusion criteria were reduced to 29. The results reveal that people with schizophrenia have, fundamentally, difficulties in the semantic area (alterations in the tasks of lexical decision, in the homonymy and a greater disorganization in the storage, the recovery and the organization of the information) and pragmatics of language (alterations in cohesion and discourse). They also present some characteristic distortions in speech, both in verbal and non-verbal components. It confirms the presence of different difficulties in the communication and use of the language in this population, which guarantees the necessary speech therapy intervention in the people affected by this disorder.

**Key words:** *schizophrenia, speech therapy, language areas, communication.*

## Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y se asocia a una discapacidad considerable que puede afectar al desempeño educativo, relacional y laboral por su edad de debut, que suele ser al final de la segunda década de vida. Las personas con esquizofrenia suelen sufrir estigmatización, discriminación y violación de sus derechos humanos (Organización Mundial de la Salud, 2018; National Institute of Mental Health, 2015). Ese estigma puede llevar a las personas con esquizofrenia a un aislamiento del resto de la población.

Tradicionalmente, el concepto estigma hace referencia al atributo o conjunto de atributos que permiten identificar a un individuo como perteneciente a un colectivo desvalorizado (González, Lozano & Castien, 2008; citado por Badallo et al., 2018). Durante los últimos años se ha avanzado en la conceptualización del estigma asociado al trastorno mental, ampliándose tanto el foco de intervención como los componentes tradicionalmente asociados (Muñoz, Guillén & Pérez-Santos, 2013; citado por Badallo et al., 2018), entendiéndose como una serie de procesos sociales, psicológicos y psicosociales que desembocan en cambios psicológicos en la persona estigmatizada y provocan la exclusión y marginación del colectivo por parte del grupo normativo (Badallo et al., 2018).

El término psicosis aparece por primera vez en 1845 usado por Ernest Freiherr von Feuchterleben. Para este autor, la noción de enfermedad mental no deriva de la mente ni del cuerpo, sino más bien de la interrelación entre ambos (Vallejo, 2002). La psicosis supone un trastorno mental en el que se presenta alguna pérdida de contacto con la realidad. Con frecuencia, comienza entre el final de la adolescencia y alrededor de los 25 años, y afecta a personas de toda condición. Los usuarios con este trastorno mental grave pueden presentar alucinaciones sensoriales, paranoias o delirios, y habla o pensamientos desordenados. Es importante tener en cuenta que también estos síntomas pueden no sólo ser manifestaciones de una enfermedad mental, sino también objetivarse en individuos con una enfermedad física o ser inducidos por algunos medicamentos, el consumo de alcohol o la drogadicción (National Institute of Mental Health, 2016).

En 1911, el psiquiatra suizo Eugen Bleuler basándose en la existencia de una disociación o desconexión entre las funciones psíquicas, principalmente el pensamiento, introduce el nombre de esquizofrenia. El término esquizofrenia deriva del griego y significa escisión de la mente (Vallejo, 2002). Según este autor, la escisión como rasgo crítico es la responsable de las diversas manifestaciones de este trastorno. En esta entidad de etiología multifactorial (factores genéticos, ambientales, familiares y sociales) se ven afectados el pensamiento, la emoción y la conducta (Kaplan, & Sadock, 1995). Bleuler describió como síntomas fundamentales de la esquizofrenia el autismo, la ambivalencia, la afectividad embotada y la pérdida de asociación de ideas (Vallejo, 2002). De acuerdo con la capacidad de adaptación del individuo y las circunstancias ambientales, la escisión podría inducir fenómenos secundarios, como los delirios, las alucinaciones, el aislamiento social y la disminución de los impulsos (Kaplan, & Sadock, 1995).

Kurt Schneider, psiquiatra alemán, también estaba interesado en identificar síntomas patognomónicos que pudieran conducir al diagnóstico certero de esquizofrenia; así, en su libro *Psicopatología Clínica*, en 1950, diferencia entre síntomas de primer rango, causados directamente por el proceso esquizofrénico (sonoridad del pensamiento, voces dialogadas, voces comentadoras de la propia actividad, vivencias de influencia corporal, intervención del pensamiento y la divulgación del mismo y percepción delirante), y síntomas de segundo rango, que serían los que representan las reacciones al proceso patológico (ocurrencia delirante, perplejidad, empobrecimiento afectivo y engaños sensoriales) (Vallejo, 2002).

Los puntos de vista de Bleuler y Schneider tuvieron gran influencia en la formación del concepto de esquizofrenia, y sus diversos matices provocaron distintos puntos de vista en diferentes países y ambientes (Vallejo, 2002). Actualmente, la esquizofrenia se define como un trastorno mental grave que se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son las alucinaciones auditivas (oír voces) y los delirios (trastorno del contenido del pensamiento) (OMS, 2018).

El CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS, en su última versión), establece nueve categorías para la esquizofrenia: esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia indiferenciada, depresión postesquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, otras esquizofrenias y esquizofrenia sin especificación (OMS, 2000).

La incidencia de la esquizofrenia oscila entre 10 y 60 casos por 100.000 habitantes/año (Jablensky, 1986; citado por Vallejo, 2002), sin variar sustancialmente en diferentes regiones geográficas, razas o culturas. Las cifras de prevalencia en los países desarrollados son mucho más altas que en los no desarrollados (Vallejo, 2002).

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en tres categorías: síntomas positivos, negativos y cognitivos. Los síntomas positivos son comportamientos psicóticos que generalmente no se ven en personas sanas, entre ellos se encuentran, tal como hemos señalado, las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento y los trastornos del movimiento. Los síntomas negativos están relacionados con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales, éstos incluyen el “afecto plano” (disminución en la expresión de emociones a través del rostro o tono de voz), la falta de satisfacción en la vida diaria, la dificultad para comenzar y mantener actividades y la reducción del habla. Por último, los síntomas cognitivos son sutiles para algunas personas y más graves para otras, como la deficiencia en el funcionamiento ejecutivo, problemas para concentrarse o prestar atención y problemas con la memoria operativa (National Institute of Mental Health, 2015).

Hasta la segunda mitad del siglo XX, la atención a la población con problemas graves de salud mental era invasiva y no consideraba los derechos de la misma. A partir de este momento histórico se inició el cambio en la atención a la salud mental, al promoverse reformas legales y asistenciales para garantizar una mejor atención y mayor respeto de los derechos ciudadanos y humanos de los pacientes con trastornos mentales, fundamentalmente los pacientes con esquizofrenia que recibían asistencia en grandes hospitales psiquiátricos, con precaria atención. La Organización Mundial de la Salud, en

su Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000 (OMS, 1981), resumió y promovió el ideario y los objetivos de la época: un conjunto de medidas y recomendaciones encaminadas a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención de enfermedades evitables y al establecimiento de servicios sanitarios que desplazarán el eje de la atención desde la asistencia hospitalaria a la atención primaria, preventiva y promotora de salud. En cuanto a la salud mental se refiere, hoy se aborda desde el punto de vista asistencial en equipos multidisciplinares y multiprofesionales que buscan la integración y acercamiento a la población mediante el tratamiento ambulatorio desde una perspectiva comunitaria (Desviat, 2011).

Este abordaje multidisciplinar se debe a la complejidad del trastorno, que abarca distintas esferas de la persona. Tradicionalmente, el abordaje ha sido desde la psiquiatría, la psicología, la enfermería y el trabajo social. Sin embargo, consideramos que se obvia la aportación de la logopedia en esta intervención multidisciplinar, siendo esta aproximación fundamental en el trabajo con las personas con esquizofrenia. Esto lo planteamos ya que en la población con este trastorno se ven mermadas sus capacidades lingüísticas y comunicativas, y mejorar la comunicación es un factor que probablemente contribuirá a rehabilitar sus habilidades sociales y favorecerá una mejor adaptación a las exigencias comunicativas del entorno, lo que redundará en una mejora de la calidad de vida de este colectivo. Y en definitiva, la logopedia es la disciplina que trata, entre otros aspectos, los trastornos de la comunicación humana, tanto en la voz, como en el habla, el lenguaje (oral, escrito y gestual), la audición y las funciones orofaciales, tanto en población infantil como adulta (AELFA, s.f.).

El objetivo de nuestro trabajo es conocer qué áreas del lenguaje y la comunicación se encuentran más afectadas en las personas con esquizofrenia.

### **Método**

Se llevó a cabo un trabajo de revisión bibliográfica con el objetivo de conocer los trastornos del habla y la comunicación en personas con esquizofrenia. A continuación, se

describirá el proceso efectuado en la búsqueda de información que se ha realizado para el desarrollo del mismo.

Se ha recurrido a diferentes buscadores y bases de datos tales como: el PuntoQ (perteneciente a la biblioteca virtual de la Universidad de La Laguna), Dialnet, Scielo, Pubmed, Medline y Google Scholar. Por otro lado, se ha acudido a la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna (ULL), para retirar dos libros que complementarían la investigación del trabajo. En los recursos utilizados, se han revisado y descargado aquellos artículos, en principio, útiles para el trabajo.

Las palabras claves utilizadas en el proceso de recogida de información han sido: esquizofrenia, logopedia, comunicación, habla y lenguaje. Se ha hecho una combinación de todas ellas con la palabra fundamental, en este caso, esquizofrenia. Además, la búsqueda realizada ha sido tanto en español como en inglés, ampliando la indagación y obteniendo, de esta manera, un mayor número de resultados.

Se establecieron unos criterios de selección usados para limitar el número final de resultados obtenidos en la búsqueda, que se recogen en la Figura 1, donde además, se expone el proceso de selección y exclusión de los resultados.

De las bases de datos, tales como, el PuntoQ, Dialnet, Scielo, Pubmed y Medline, se han recogido 56 artículos, y de los buscadores Google y Google Academic, 86 documentos. En conjunto son 142, de los cuales, se han eliminado 15 por repetición, quedándonos con un total de 127 fuentes de información. Además, como se ha dicho anteriormente, se ha acudido a la biblioteca de la Facultad de Medicina de la ULL, para recoger dos libros, por lo que en total se cuenta con 129 documentos.

Se procedió a hacer un vaciado. En primer lugar, se eliminaron aquellos documentos que solo por el título no eran útiles para el desarrollo del trabajo, siendo éstos 27 y manteniendo los 102 restantes. En segundo lugar, teniendo en cuenta los criterios de

selección, se revisaron y descartaron 72 artículos, obteniendo finalmente 30 documentos útiles para la elaboración de la revisión bibliográfica.

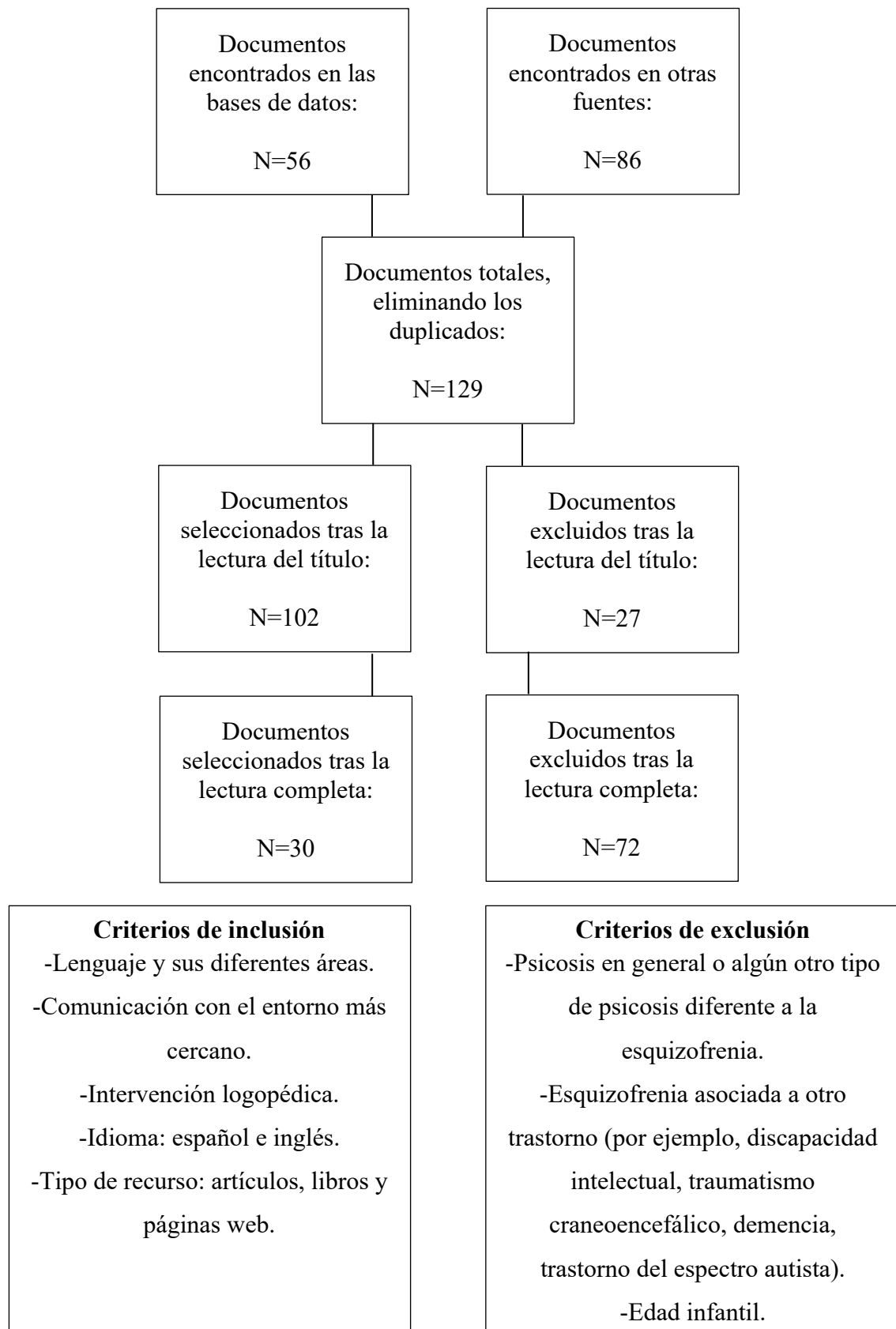


Figura 1. Diagrama de flujo (Prisma 2009, Flow Diagram).



## Resultados

En la comunicación interpersonal de las personas con esquizofrenia se observa que pueden existir dificultades en las áreas pragmática y semántica. Estudios realizados han revelado que al evaluar aspectos de dichas áreas, sobresalen las siguientes alteraciones: problemas en el procesamiento lingüístico y la competencia interpersonal, complicaciones para mantener una conversación coherente e inteligible con ellos, carencias de discurso espontáneo por instantes y un exceso en otros, monólogos, complicaciones para cambiar de un tema a otro, fallos fonéticos e inapropiado volumen de voz y de la prosodia, dificultades para tomar en cuenta al interlocutor y las necesidades informativas de estos, así como el uso de palabras poco frecuentes que hacen ver su discurso como peculiar en relación a una persona sin esquizofrenia (Báez, 2012; Salavera, & Puyuelo, 2010; citado por Rodríguez, Agelvis & Martínez, 2015).

En función de los resultados que hemos obtenido, organizaremos este apartado en tres epígrafes, en primer lugar, las dificultades en el área semántica, para continuar con las dificultades en el área pragmática y por último, haremos referencia a las distorsiones del lenguaje características de las personas con esquizofrenia.

### 1. Dificultades de las personas con esquizofrenia en el área semántica.

El plano semántico consiste en el estudio del significado de los signos lingüísticos y de sus combinaciones (Pérez & Merino, 2013), y se encuentra bastante afectado. Como consecuencia, los individuos con esquizofrenia pueden tener grandes dificultades cuando adoptan el papel de emisor, ya que ofrecen descripciones inadecuadas a las necesidades del receptor, debido a su discurso empobrecido y al uso excesivo de monólogos (Addington, & Addington, 2006; Leroy, & Beaune, 2008; Salavera, 1999; citado por Salavera, 2010; López, 2014; Salavera, & Puyuelo, 2010).

Es interesante destacar que las personas con esquizofrenia pueden presentar una mayor desorganización en el almacenamiento, la recuperación y la organización de la información semántica que las personas sin esquizofrenia (Salavera, & Puyuelo, 2010). Además, las tareas de decisión léxica (afectadas por los déficits atencionales) tienen un

papel importante en las alteraciones del lenguaje a nivel semántico (SchwanenÁugel, Fabricius & Noyes, 1996; Besche-Richard, & Passerieux, 2003; citado por Salavera, & Puyuelo, 2010).

Dentro de este plano, se ha estudiado con especial interés la homonimia. Ésta consiste en la existencia de palabras que se escriben de la misma forma pero tienen diferentes significados (Lyons, 1995; citado por Salavera, & Puyuelo, 2010). Una serie de estudios psicolingüísticos han demostrado que la homonimia en las personas con esquizofrenia depende de dos factores: la frecuencia del uso de los determinados significados de la palabra y el contexto en el que se encuentra, como un texto o una conversación (Coney, & Evans, 1998; Titone, Levy & Holzman, 2000; citado por Salavera, & Puyuelo, 2010). Además, existen otros estudios que revelan que los sujetos muestran preferencia por el significado más frecuente de la palabra frente a los menos frecuentes, independientemente del contexto (Bazin, Perruchet, Hardy-Bayle & Feline, 2000; Benjamin, & Watt, 1969; Blaney, 1974; Chapman, Chapman & Daut, 1976; citado por Salavera, & Puyuelo, 2010).

## 2. Dificultades de las personas con esquizofrenia en el área pragmática.

En el área pragmática, uno de los aspectos alterados en las personas con esquizofrenia es la cohesión. Ésta es la capacidad de enlazar una serie de enunciados a través de palabras y estructuras de frases explícitas como pronombres, conjunciones, elipsis, repeticiones, etc. (Accatino, 2012).

El discurso de los individuos con esquizofrenia está caracterizado por su falta de contenido (Báez, 2012; Salavera, & Puyuelo, 2010; citado por Rodríguez, Agelvis & Martínez, 2015; Salavera, 2010; Salavera, Gost, & Antoñazas, 2010). Además, Andreasen (1979) observó que los sujetos con esquizofrenia podían tener un discurso circunstancial, donde la comunicación se hace extensa, costándoles diferenciar lo esencial de lo accesorio; un discurso autorreferencial, llevando el tema hacia ellos mismos aunque sea un tema neutro; y un discurso tangencial, donde ofrecen respuestas irrelevantes (Salavera, Martínez & Barcelona, 2009; citado por López, 2014).

Asimismo, podemos añadir que la capacidad atencional de esta población es muy limitada, influyendo este aspecto en el deterioro del plano pragmático, ya que sabemos

que cuanto mayor es el requerimiento atencional de la situación comunicativa, menor es el desempeño pragmático (Durán, & Figueroa, 2009).

Como controversia a lo planteado hasta aquí, existen otros autores, como Laguna y Vayreda (1993) y Belinchón (1988) que proponen que el discurso esquizofrénico no es patológico sino que tiene características propias. Para ello, se sustentan en un número elevado de estudios realizados en el contexto psiquiátrico que han demostrado que los rasgos característicos de este tipo de discurso trastornado constituye solo una mínima parte en la producción verbal de los sujetos, unido al hecho de que estos rasgos aparecen en otros tipos de psicosis e incluso en personas sin esquizofrenia. También, se ha encontrado que la aparición de estos problemas en el discurso esquizofrénico no es un conjunto estable de alteraciones ya que pueden cambiar de una persona a otra (Rodríguez, Agelvis & Martínez, 2015).

Además de lo señalado anteriormente, se han detectado distorsiones concretas en el lenguaje que emite esta población y que pasamos a describir a continuación.

### 3. Distorsiones características en el lenguaje de las personas con esquizofrenia.

Sabemos que hay distintas distorsiones, características en el lenguaje, que corresponden a diferentes aspectos. Estas distorsiones han sido enunciadas por diferentes autores como Andreasen (2009), Chaika (2009), Salavera, Martínez y Barcelona (2009) y Salavera, Gost y Antoñazas (2010). Para facilitar su comprensión, hemos decidido estructurarlas atendiendo a distorsiones verbales, distorsiones no verbales y distorsiones paralingüísticas (Figura 2, 3 y 4).

Tipo	Distorsiones
Verbales	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="469 1686 1343 1771">1. Asonancia: repetición de terminaciones vocálicas en palabras dentro de oraciones o frases.</li><li data-bbox="469 1827 1343 1861">2. Ecolalia: repetición en eco de palabras o frases del interlocutor.</li><li data-bbox="469 1917 1343 1951">3. Estereotipias verbales: repetición de palabras fuera de contexto.</li></ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Neologismos: vocablos inexistentes formados por unión o deformación de otros.</li><li>5. Pérdida u olvido del tema principal.</li><li>6. Farfuleo: ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, pero sin repeticiones o indecisiones.</li><li>7. Habla errática y disrítmica, con súbitos brotes espasmódicos que suelen implicar formas incorrectas en la construcción de frases.</li><li>8. Preferencia por el uso del significado dominante de las palabras que tienen varios significados.</li><li>9. Emisión de palabras o frases asociadas a otras dichas con anterioridad pero que carecen de relevancia para el discurso.</li><li>10. Repetición perseverante del uso inadecuado de palabras y morfemas.</li><li>11. “Ensaladas de palabras” y alteraciones en la sintaxis, que afectan a la organización del discurso o las oraciones.</li><li>12. Incapacidad para darse cuenta y/o corregir los errores lingüísticos cometidos.</li><li>13. El número de palabras en el intercambio de la comunicación verbal puede estar restringido.</li><li>14. Les puede ser difícil captar, aunque no siempre, el humor y las ironías.</li><li>15. Pueden presentar parafasias y pararrespuestas. Cabe aclarar que la parafasia es un trastorno del lenguaje caracterizado porque en su expresión hablada se producen deformaciones o sustituciones de sílabas o palabras completas, debido a un defecto inconsciente en la elección de las formas de expresión (Clínica Universidad de</li></ol>
--	--

	Navarra, 2019); por otro lado, las pararrspuestas consisten en contestar una pregunta con algo no referido a ésta.
--	--

Figura 2. Distorsiones verbales en el lenguaje de las personas con esquizofrenia.

Tipo	Distorsiones
No verbales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expresión facial no reactiva.</li> <li>2. Mirada inexpresiva.</li> <li>3. Con frecuencia, rehúyen o no mantienen el contacto visual con la persona con la que están hablando.</li> <li>4. La sonrisa suele ser forzada.</li> <li>5. Según la literatura, cuando predominan los síntomas catatónicos, las posturas corporales pueden ser anómalas.</li> <li>6. Tienden al retraimiento y distanciamiento físico, aunque también pueden ser invasivos, ocupando el espacio vital del interlocutor.</li> <li>7. Reflejan apatía y parecen estar sin energía.</li> <li>8. Su apariencia física puede mostrar descuido personal.</li> <li>9. Los refuerzos a los demás son inexistentes y en caso de realizarlos, suelen ser inoportunos.</li> </ol>

Figura 3. Distorsiones no verbales en el lenguaje de las personas con esquizofrenia.

Tipo	Distorsiones
Paralingüísticas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El volumen de voz es inadecuado y desciende cuanto mayor es la longitud del mensaje.</li> <li>2. La entonación es plana y constante, causando desinterés en el receptor, ya que no se produce un acompañamiento emocional al mensaje que ese está emitiendo.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Su timbre de voz es muy agudo o muy grave.</li> <li>4. No hay fluidez ni continuidad en su discurso, produciéndose muchas pausas innecesarias e incómodas.</li> <li>5. La velocidad de su discurso presenta dos posibilidades que oscilan entre la logorrea y el habla extremadamente lenta, dependiendo de la tipología de la enfermedad y el grado de deterioro cognitivo.</li> <li>6. La presencia de neologismos exige aclaraciones para comprender el significado del discurso.</li> <li>7. Su discurso es corto y con grandes periodos de silencio.</li> </ol>
--	--

Figura 4. Distorsiones paralingüísticas en el lenguaje de las personas con esquizofrenia.

Haciendo referencia a lo dicho anteriormente, cabe señalar que una gran parte de las personas con esquizofrenia cuentan con escasas relaciones sociales, conformadas mayoritariamente por sus familiares más cercanos (Huang, Sousa, Tsai & Hwang, 2008; Jiménez, Vázquez & Vázquez, 2007; Schomerus et al., 2007; citado por Gutiérrez, Caqueo, Ferrer & Fernández, 2012). Esto indica lo complicado que es la posibilidad de poder entrenarse en la adquisición de habilidades sociales y comunicativas adecuadas, debido a la falta de relaciones en su entorno.

### **Discusión y conclusiones**

El objetivo de este trabajo era conocer qué áreas del lenguaje y la comunicación se encuentran más afectadas en las personas con esquizofrenia.

Como primera conclusión, y simplemente observando el diagrama de flujo, podemos afirmar que han sido muy pocos los artículos que han cumplido con nuestros criterios de inclusión, y aún es menor la bibliografía relativa al lenguaje y la comunicación en la población adulta. Todo ello podría estar en relación con la escasez de líneas de investigación sobre el problema de la comunicación en las personas con esquizofrenia y más concretamente de su abordaje desde el punto de vista logopédico. O también en

relación a los criterios de inclusión que hemos utilizado, ya que la mayor parte de la investigación se centra en la infancia y adolescencia, pero no en los adultos, objeto de estudio de nuestro trabajo.

Una segunda conclusión es que las dificultades en la comunicación que presentan las personas con esquizofrenia, contribuyen a su aislamiento. Ello supone una barrera para la integración de este colectivo, no solo con su círculo familiar sino también con el resto de las personas que les rodean, desplazándolos y aislándolos, con lo cual pueden entrar en una espiral de dificultad de adaptación y perpetuar así el estigma que ya padecen. Las dificultades a las que hacíamos referencia en esta población son: alteraciones en las áreas del lenguaje semántica y pragmática, además de distorsiones características en su lenguaje (Báez, 2012; Salavera, & Puyuelo, 2010; López, 2014). Por su parte, en el plano semántico, son varios los estudios que coinciden en que los individuos con esquizofrenia pueden poseer dificultades cuando adoptan el papel de emisor, ya que pueden ofrecer descripciones inadecuadas a las necesidades del receptor (López, 2014; Salavera, & Puyuelo, 2010; Addington, & Addington, 2006; Leroy, & Beaune, 2007; Salavera, 1999; citado por Salavera, 2010). Además, en este campo pueden acontecer alteraciones en las tareas de decisión léxica y en la homonimia, además de existir una mayor desorganización en el almacenamiento, la recuperación y la organización de la información semántica (Salavera, & Puyuelo, 2010). Finalmente en el área pragmática, son frecuentes las alteraciones en la cohesión, en la falta de contenido (Báez, 2012; Salavera, & Puyuelo, 2010; citado por Rodríguez; Agelvis & Martínez, 2015; Salavera, 2010; Salavera, Gost & Antoñazas, 2010) y en algunas características en el habla, tanto en los componentes verbales como no verbales.

Consideramos que, entre otras aproximaciones terapéuticas, mejorar estas dificultades relacionadas con el lenguaje, podría ayudarles a incrementar su capacidad de relación con el entorno y, de esta manera, mejorar su calidad de vida.

En oposición a lo dicho anteriormente, otros autores, como Laguna y Vayreda (1993) y Belinchón (1988) proponen que el discurso esquizofrénico no es patológico sino que es

un discurso con características propias. Por tanto, la intervención podría también dirigirse al entorno de las personas con esquizofrenia con el objetivo de trabajar aspectos más de índole personal (toma de conciencia, cambio de perspectiva, etc.) para ayudar a la mejor comunicación entre la persona con esquizofrenia y su entorno cercano.

Una tercera conclusión de este trabajo es la necesidad de la intervención logopédica en las personas con esquizofrenia. Esto lo planteamos, ya que una de las competencias profesionales de la logopedia es evaluar, diagnosticar, pronosticar, rehabilitar y prevenir los trastornos de la comunicación humana (Consejo General de Colegios de Logopedas, 2012). Abordando desde la Logopedia este trastorno, se pueden diagnosticar cuáles son las alteraciones que, de manera individual, presentan a nivel del habla y el lenguaje las personas con esquizofrenia.

Consideramos que el logopeda es el único profesional capacitado para abordar tanto las alteraciones del habla como de la comunicación, siempre en el contexto de un equipo multidisciplinar y multiprofesional. Incluir la logopedia en el equipo multiprofesional de atención a la persona con esquizofrenia es de suma importancia para contribuir a disminuir el estigma de las personas con este trastorno mental grave, al favorecer su integración social a través de la mejora del aspecto comunicativo y del lenguaje, contribuyendo de esta manera a mejorar sus relaciones interpersonales.

Por esta convicción en la necesidad de intervención logopédica con este colectivo pasamos a ofrecer algunas pinceladas sobre la misma.

El primer paso consistiría en la realización de la anamnesis, con la finalidad de conocer datos relevantes sobre el usuario o usuaria. Mediante la entrevista con el usuario y también recurriendo a exámenes complementarios, podríamos establecer una aproximación diagnóstica acerca de sus dificultades y fortalezas en la comunicación y el lenguaje.

Una vez establecido el diagnóstico, se elaborarían unos objetivos terapéuticos ajustados a la realidad de las alteraciones y fortalezas detectadas en nuestro usuario.

Posteriormente y partiendo de las distorsiones individuales, se podrían poner en práctica sesiones grupales, tanto con iguales, como con iguales y familiares, facilitando la



comunicación con personas que se encuentran bajo la misma situación, creando un ambiente de apoyo entre unos y otros. Siempre en un entorno controlado.

En cuanto a los exámenes complementarios, existe un test para evaluar las alteraciones del lenguaje en personas con esquizofrenia en edades adultas, que es el Aptitudes Mentales Primarias-Revisado (PMA-R). Además, se pueden utilizar algunas pruebas de edades infantiles para diagnosticar dichas dificultades y poder partir de una línea base para la rehabilitación de las mismas, como son, por ejemplo, la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R) y el Test ABC (Amador, Forns & Kirchner, 2006; Consejo General de la Psicología, España, 2015; Departamento de I+D+i, 2018; Pérez, s.f).

Indudablemente, la rehabilitación logopédica, tras una adecuada evaluación de las alteraciones individuales y gracias a las herramientas terapéuticas con las que contamos, puede contribuir a la mejora de las áreas del lenguaje afectadas, favoreciendo la comunicación, y con ello la inserción de las personas con esquizofrenia. Todo esto no solo en su círculo de familiares y amistades, sino contribuyendo a su inserción laboral y social, disminuyendo el estigma de este colectivo.

Dados los resultados obtenidos en nuestro estudio, y aunque precisaría de la comprobación mediante un nuevo trabajo, podríamos concluir que los programas de intervención logopédica dirigidos específicamente al tratamiento y rehabilitación del habla, el lenguaje y la comunicación en las personas con esquizofrenia, pueden contribuir a la integración social de dicho colectivo.

### **Referencias bibliográficas**

- Accatino, L. (2012). Alteraciones del lenguaje en esquizofrenia. *Revista Memoriza*, 9, pp. 1-8. Recuperado de: <http://memoriza.com>
- Addington, J. & Addington, D. (2006). Early interventions for psychosis: Who refers? *Schizophrenia Research*, 84 (1), pp. 176–177. Recuperado de: <https://www.journals.elsevier.com/schizophrenia-research>

- Andreasen, N. (1979). Thought, language, and communication disorders: I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of general Psychiatry*, 36 (12), pp. 1315-1321.
- Amador, J.A., Forns, M. & Kirchner, T. (2006). *La escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R)*. [Documento de trabajo].
- Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología e Iberoamericana de Fonoaudiología. (s.f.). Recuperado de: <http://www.aelfa.org/logopedia.asp>
- Badallo, A., Ballesteros, F., Bertina, A., Cerezo, Y., Magro, M. B., & Polvorinos, S., (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. *Revista Clínica Contemporánea*, 9 (1), pp. 1-15. Recuperado de: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org>
- Báez, J. (2012). *El delirio y el discurso: Débiles referentes para arbitrar en la salud mental*. [Tesis psicológica] 7 (1), pp. 18-39.
- Bazin, N., Perruchet, P., Hardy-Bayle, M. C., & Feline, A. (2000). Context-dependent information processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45(1-2), pp. 93-101. Recuperado de <https://www.journals.elsevier.com/schizophrenia-research>
- Benjamin, T. B., & Watt, N. F. (1969). Psychopathology and semantic interpretation of ambiguous words. *Journal of Abnormal Psychology*, 74 (6), pp. 706-714. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/search>
- Besche-Richard, C. & Passerieux, C. (2003). Semantic context-processing deficit in thought-disordered schizophrenic patients: evidence from new semantic priming paradigms. *Cognitive Neuropsychiatry*, 8 (3), pp. 173-189. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/toc/pcnp20/current>
- Blaney, P. H. (1974). Two studies of language behaviour of schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 83 (1), pp. 23-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0036230>
- Chapman, L. J., Chapman, J. P. & Daut, R. L. (1976). Schizophrenic inability to disattend from strong aspects of meaning. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(1), pp. 35-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.85.1.35>
- Clínica Universidad de Navarra (2019). Recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/patrafasia>

- Coney, J. & Evans, D. K. (1998). Hemispheric asymmetries in the resolution of lexical ambiguity. *Neuropsychologia*, 38 (2), pp. 272-282. Recuperado de: <https://www.journals.elsevier.com/neuropsychologia>
- Consejo General de Colegios de Logopedas (2012). *Documento del perfil profesional del logopeda*. Recuperado de: [www.consejologopedas.es](http://www.consejologopedas.es)
- Consejo General de la Psicología, España (2015). *Evaluación de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-V (WISC-V)*. Recuperado de: [www.cop.es](http://www.cop.es)
- Departamento de I+D+i (2018). *PMA-R, Aptitudes mentales Primarias-Revisado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85 (5), pp. 427-436. Recuperado de: [https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/home.htm](https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/home.htm)
- Durán, E. & Figueroa, A. (2009). Sobre el déficit pragmático en la utilización de pares adyacentes, por pacientes esquizofrénicos crónicos, y de primer brote. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47 (4), pp. 259-270. Recuperado de <http://www.sonepsyn.cl>
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. & del Barrio, V. (2015). Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. SENA. *Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Madrid: TEA Ediciones.
- Filho, L. (s.f). *TEST-ABC Manual + Protocolos + Hoja de Respuesta*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/312323286/TEST-ABC-Manual-Protocolos-Hoja-de-Respuesta>
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)
- González, R., Lozano, B. & Castien, J. I. (2008). *Psicosociología del estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación*. Madrid: Editorial Universitas.
- Gutiérrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M. & Fernández, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24, (2), pp. 255-262. Recuperado de: <http://www.psicothema.com>

- Huang, C.Y., Sousa, V.D., Tsai, C.C., & Hwang, M.Y. (2008). Social support and adaptation of Taiwanese adults with mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1795-1802.
- Jablensky, A. (1986). Epidemiology of schizophrenia. An European perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (1), pp. 52-73. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/12.1.52>
- Jiménez, R., Vázquez, A., & Vázquez, R. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7 (1), pp. 61-71. Recuperado de: <https://www.ijpsy.com>
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1995). *Tratado de Psiquiatría/VI* (6ª ed.). Buenos Aires: Inter-médica.
- Leroy, F. & Beaune, D. (2008). Langage et schizophrénie: l'intention en question. *Annales Médico Psychologiques*, 166 (8), pp. 612–619. Recuperado de: <https://www.journals.elsevier.com/Annales-Medico-Psychologiques>
- López, B. (2014). El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5 (2), pp. 112-124. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=18640>
- Lyons, J. (1995). *Linguistic semantics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Muñoz, M., Guillén, A. I. & Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*, 10 (2), pp. 10-19.
- National Institute of Mental Health (2015). *La esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>
- National Institute of Mental Health (2016). *Recovery After an Initial Schizophrenia Episode*. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>
- Organización Mundial de la Salud (1981). *Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38896>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2018, 9 de abril). *Esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- Orradre, M. (2000). El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23, pp. 111-122. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=2906>

- Pérez, J. & Merino, M. (2013). *Definición de Semántica*. Recuperado de: <https://definicion.de/semantica/>
- Pérez, S. (s.f.). *Test ABC de Filho ¿Imposible hacerlo mal?*. Recuperado de: <http://psicopedia.org/3919/test-abc-de-filho/>
- Pluck, G., Almeida, P., González, A., Muñoz, R. A., & Trueba, A. F. (2017). Estimación de la función cognitiva premórbida con el Test de Acentuación de Palabras. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26 (3), pp. 226-234. Recuperado de: <http://revecuatneurologia.com>
- Rodríguez, J., Agelvis, V., & Martínez, H. (2015). Me tiene controlada la habla: acercamiento al discurso esquizofrénico desde la semiótica de las pasiones. *Lengua y Habla*, 19, pp. 93-109. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=19360>
- Salavera, C. (1999). Análisis de patologías del lenguaje en la esquizofrenia: aspectos psicológicos. *Cuadernos de ICIJA*, 6, pp. 185-192.
- Salavera, C. (2010). Trabajando la prevención: habilidades comunicativas en personas con esquizofrenia. Conocer la enfermedad para trabajar desde la escuela. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 13 (4), pp. 221. Recuperado de: <http://www.aufop.com>
- Salavera, C. & Puyuelo, M. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30 (2), pp. 84-93.
- Salavera, C., Gost, M., & Antoñazas, J. L. (2010). Habilidades sociales en la esquizofrenia. Trabajo Social vs Psicología. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 48, pp. 223-231.
- Salavera, C., Martínez, M. P. & Barcelona, A. (2009). *El lenguaje en esquizofrenia: patologías*. Recuperado de [www.avizora.com/publicaciones/psicologia/textos/0067\\_lenguaje\\_esquizofrenia\\_patologias.htm](http://www.avizora.com/publicaciones/psicologia/textos/0067_lenguaje_esquizofrenia_patologias.htm)
- Schomerus, G., Heider, D., Angermeyer, M., Bebbington, P., Azorin, J., Brugha, T., & Toumi, M. (2007). Residential area and social contacts in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (8), pp. 617-622.
- SchwanenÁngel, P. J., Fabricius, W. V., & Noyes, C. R. (1996). Developing organization of mental verbs: Evidence for the development of a constructivist theory of mind in middle childhood. *Cognitive Development*, 11 (2), pp. 265-294.

Titone, D., Levy, D. L., & Holzman, P. S. (2000). Contextual insensitivity in schizophrenic language processing: evidence from lexical ambiguity. *Journal of Abnormal Psychology, 109* (4), pp. 761-767.

Vallejo, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (5ª ed.). Barcelona: Masson.