



Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina

CURSO 2015 / 2016

**Características y evaluación de los
trastornos del lenguaje en
esquizofrenia: evidencias en
español y el papel del logopeda**



Trabajo de Fin de Grado en Logopedia de:

Marta de Rioja Lozano.

Tutora: Prof. Natalia Jimeno Bulnes

ÍNDICE

Resumen

1. Justificación.....	Pág. 5
2. Introducción.....	Pág. 6
3. Objetivos.....	Pág. 12
4. Material y métodos.....	Pág. 13
5. Resultados.....	Pág. 16
5.1. Análisis formal de la bibliografía seleccionada.....	Pág. 22
5.2. Análisis de contenido de la bibliografía seleccionada...	Pág. 23
6. Discusión.....	Pág. 28
7. Conclusiones.....	Pág. 34
8. Bibliografía.....	Pág. 36

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

TLC: Thought, Language and Communication

TALD: Thought And Language Disorders

FTD – P: Formal Thought Disorder – Pacient

FTD – C: Formal Thought Disorder - Career

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Comparación de la estructura de las escalas TLD, FTD y TALD..... Pág. 9

Tabla 2. Correlación obtenida por factores entre las escalas TLC y TALD (Kircher et al., 2014)..... Pág. 10

Tabla 3. Correlación obtenida por factores entre las escalas TLC, TALD y SAPS / SANS (Kircher et al., 2014)..... Pág. 10

Tabla 4. Resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica..... Pág. 14

Tabla 5. Análisis formal de la bibliografía seleccionada..... Pág. 15

Tabla 6. Análisis de contenido de la bibliografía seleccionada..... Pág. 16

RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que se caracteriza, entre otros aspectos, por una alteración en el lenguaje. Las características y evaluación del lenguaje en esquizofrenia han sido objeto de estudio de numerosos investigadores. En el presente trabajo se realiza una revisión sistemática de la bibliografía en español que abarca los trastornos del pensamiento y lenguaje en pacientes con esquizofrenia, así como de la bibliografía relacionada con la evaluación de estos, haciendo hincapié en el papel del logopeda como profesional integrado en el equipo que interviene sobre estos sujetos, y también en el origen de dichos trastornos. El acuerdo entre investigadores es escaso, la metodología de evaluación es heterogénea, así como el curso de la enfermedad, las publicaciones en español son escasas y el logopeda apenas se menciona. Por este motivo tanto el estudio como la intervención por parte de este profesional resultan complejos.

1. JUSTIFICACIÓN

Durante décadas, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales relacionados con la rama médico – sanitaria han llevado a cabo numerosos estudios acerca de las diferencias existentes entre el lenguaje normal y el lenguaje propio de una persona con esquizofrenia, así como de los rasgos comunicativos presentados por personas con vulnerabilidad ante la enfermedad. Para ello, se han diseñado numerosas escalas que evalúan estos elementos, utilizando muy diversas metodologías.

A pesar de haber obtenido un gran número de datos distintivos del lenguaje, mediante el uso de las pruebas ya mencionadas, en personas con dicha patología y su frecuencia, y señalando necesaria una intervención tanto preventiva como asistencial en este aspecto, los autores no resaltan la participación explícita del logopeda y este aspecto de tratamiento aún no se está llevando a cabo.

Por este motivo, el trabajo expuesto a continuación trata de describir los rasgos lingüísticos más representativos de la esquizofrenia y la evaluación de estos a lo largo de las últimas décadas, así como resaltar la importancia del logopeda como miembro integrado en un equipo multidisciplinar, formado por médicos, psiquiatras, neurólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc., que lleva a cabo la intervención sobre sujetos con esta enfermedad.

2. INTRODUCCIÓN

La OMS define la esquizofrenia como un trastorno mental grave, caracterizado por una distorsión del pensamiento, de las percepciones, de las emociones, del lenguaje, de la conciencia de uno mismo, y de la conducta. Se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral.

Según datos proporcionados por la OMS (abril de 2016), esta enfermedad afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, un 1% de la población mundial, sin discriminar razas ni poblaciones, y siendo más frecuente en hombres, los cuales también la desarrollan a edades más tempranas.

En el análisis de los síntomas de la esquizofrenia se hace referencia, inherentemente, a una alteración en el lenguaje, y esto se refleja en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM – 5), que incluye los siguientes síntomas como característicos de esta enfermedad:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Una de las escalas más utilizadas en la evaluación y diagnóstico de pacientes con esquizofrenia es la SAPS / SANS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*, Andreasen, 1982, 1984 y *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*, Andreasen, 1982, 1984), que incluye un bloque específico relativo a los síntomas del pensamiento – lenguaje.

La alteración del lenguaje supone, efectivamente, una de las principales manifestaciones en personas con esquizofrenia. A causa de diversos fenómenos, su evaluación es compleja, pero su mejoría por medio de distintas técnicas podría favorecer las habilidades comunicativas, el funcionamiento global y la autonomía de los pacientes.

Sorprendentemente, ya en el siglo XIX ya se había sugerido someramente la relación entre la psicosis y una alteración en el lenguaje; James Crichton – Brown, en relación a un estudio entorno al peso del cerebro de los “insanos”, afirmó que “no parece imposible que aquellas áreas del cerebro que han evolucionado más tardíamente y que se supone están localizadas en el hemisferio izquierdo, sean las que más sufran la insania”, refiriéndose al área que supone el núcleo del lenguaje, anteriormente descubierta por Broca.

En cuanto al lenguaje desorganizado, a lo largo de las últimas décadas, el interés de los científicos e investigadores ha recaído sobre la causa del trastorno formal del pensamiento, desarrollándose multitud de hipótesis explicativas de este en esquizofrenia. Algunas, como la Hipótesis de Inmediatez (Salzinger, 1970), que afirma que el lenguaje del esquizofrénico está dominado por estímulos inmediatos del contexto; la de Payne y cols. (1959, 1960, 1963), que defiende que está originado por un fracaso del proceso inhibitorio del mecanismo de filtraje léxico – semántico; o la de Maher (1970), que propone las alteraciones del lenguaje como consecuencia de una incapacidad para focalizar la atención (y que, por ello, fracasan al inhibir las asociaciones inapropiadas entre significante y significado), han dado pie a reformas y estudios que permiten su ampliación. Otras teorías, sin embargo, han sido descartadas.

En la actualidad, se siguen varias líneas de investigación:

1. El trastorno formal del pensamiento es el resultado de una excesiva activación semántica en el hemisferio dominante, o bien de un déficit semántico a nivel central.
2. El trastorno formal del pensamiento es resultado de una disfunción ejecutiva (síndrome disejecutivo) que afecta a la producción del lenguaje.
3. El trastorno formal del pensamiento se manifiesta como una falta de cohesión en el discurso.
4. La capacidad que permite atribuir e inferir estados mentales respecto de uno mismo y de los demás se encuentra alterada, lo cual se plasma en

dificultades semánticas y pragmáticas (en expresión y comprensión), y se pone de manifiesto en todas las personas con esquizofrenia.

No existe un consenso en cuanto a la interpretación de los orígenes de este fenómeno, ya que todos ellos han sido criticados y rebatidos por autores que se decantan por otras teorías.

En cuanto a la evaluación de los trastornos del lenguaje, en los años 70, importantes autores como K. Schneider y S.R. Rochester recopilaron datos a través de varios estudios, identificando los distintos rasgos lingüísticos de las personas con esquizofrenia. No obstante, fue Nancy Andreasen, reconocida filóloga, psiquiatra y neurocientífica americana, quien en 1979 diseñó la Escala de trastornos del Pensamiento, el Lenguaje y la Comunicación (TLC) para evaluar el discurso individual producido en entrevistas clínicas; se trata de la primera prueba que evalúa el lenguaje en pacientes con esquizofrenia y manía, incluyéndolo como un síntoma fundamental de la enfermedad.

La evaluación de los rasgos del lenguaje ha seguido avanzando a lo largo de las décadas, con la creación de nuevas escalas y metodologías. Algunas de las más relevantes y en cuyo análisis he profundizado son la ya mencionada *Thought, Language and Communication disorders* (TLC) (Andreasen, 1979), la *Formal Thought Disorder – Patient* (FTD – P) (Berrios y cols., 2005), la *Formal Thought Disorder – Career* (FTD – C) (Berrios y cols., 2005) y la TALD (*Thought And Language Disorder*, Kircher et al., 2014), destacable por su novedad.

Los síntomas que se incluyen en estas escalas específicas son similares y, en su mayor parte, coinciden, discerniendo en algunos de los términos empleados para definirlos. Mientras que la TLC constituye un listado simple de 20 ítems puntuables de 0 – 4 (siendo 0 la no aparición del ítem y 4 el modo extremo de este), la FTD (tanto para el Paciente como para el Cuidador) agrupa sus 52 y 52 ítems en 7 y 4 factores, respectivamente, puntuables de 1 – 4. Tanto el sistema de puntuación como la estructura factorial se repiten en la TALD, para cuyo diseño se realiza una meticulosa selección y filtro de términos, desechando los que han quedado obsoletos y condensando los que hacen referencia al mismo síntoma, y agrupando sus 27 ítems en 4 factores diferentes

a los anteriores: objetivos positivos, subjetivos negativos, objetivos negativos y subjetivos positivos.

Los resultados obtenidos tras la aplicación de la TLC podrían dividirse en tres bloques, en función de su frecuencia de aparición y de la importancia diagnóstica:

- Síntomas importantes pero poco usuales: bloqueo, aproximaciones de palabras, ecolalias, neologismos, y asonancia y alteración.
- Síntomas de frecuencia intermedia pero con relevancia por su significado diagnóstico: pobreza del habla, habla distraída, incoherencia y circunstancialidad.
- Síntomas más frecuentes: pobreza de contenido, habla atropellada, tangencialidad, perseveraciones, descarrilamiento y pérdida del objetivo.

En cuanto a la FTD, los resultados reflejan que las puntuaciones altas en esta escala implican un mayor trastorno de pensamiento, y esto mantiene relación con el tipo de acomodación en el que vive el sujeto (a mayor independencia, resultados más bajos). Los ítems relacionados con la activación léxica, la planificación y la atención sostenida, se correlacionan también con la presencia de trastorno del pensamiento y pobreza del habla.

La TALD hace hincapié en la frecuencia de los síntomas, siendo los que más aparecen perseveración, interferencias en el pensamiento, discurso divergente y bloqueos; los menos infrecuentes serían ecolalia y asonancia y alteración.

En la Tabla 1, se muestra una comparación de la estructura de las tres escalas mencionadas con anterioridad: TLC, FTD – C y FTD – P, y TALD.

La fiabilidad, validez y consistencia de estas escalas se pone de manifiesto al realizar una comparación entre los resultados obtenidos tras su aplicación. Así, la TLC (reestructurada en 3 factores, Nagels, 2013) y la TALD muestran una alta correlación entre sí, en base al factor de correlación de Pearson (Tabla 2).

Las puntuaciones totales reflejan una buena correlación; pese a ello, los factores II y IV de la escala TALD muestran correlaciones débiles con los factores de la TLC, puesto que incluye un nuevo espectro psicopatológico

asociado al dominio subjetivo, cuyos ítems pueden considerarse fenómenos aislados. Lo mismo sucede con los ítems del factor II de la TLC.

Tabla 1. Comparación de la estructura de las escalas TLD, FTD y TALD

TLC (Andreasen, 1979) ÍTEMS	FTD-C y FTD-P (Barrera y cols, 2005) FACTORES	TALD (Kircher et al., 2014) ÍTEMS Y FACTORES
Pobreza del habla Pobreza del contenido Logorrea Discurso divergente Tangencialidad Descarrilamiento Incoherencia / ensalada de palabras Ilogismos Asonancia y alteración Neologismos Aproximaciones de palabras Lenguaje prolijo / discurso circunstancial Pérdida del objetivo Perseveración Ecolalia Bloqueos Discurso enfático Discurso autorreferencial Parafasia fonética Parafasia semántica	<u>FTD-P</u> Déficit en la memoria verbal de trabajo Propagación excesiva de activación de redes semánticas Sobreexcitación afectiva Circunstancialidad Desaparición de la intención de la producción lingüística Déficit de atención sostenida Disminución del deseo de participar en intercambios verbales <u>FDT-C</u> Sobreexcitación afectiva Dificultades en la organización de la producción del habla Déficit de atención sostenida Déficit pragmático	<u>Objetivos positivos</u> Descarrilamiento Pararrespuesta (<i>Crosstalk</i>) Pensamiento disociado Tangencialidad Logorrea Circunstancialidad Parafasia semántica Presión del habla Discurso enfático Neologismos Parafasia fonética Pobreza del contenido Perseveración Ruptura de pensamiento Pensamiento restringido <u>Objetivos negativos</u> Pobreza del habla Pensamiento ralentizado Concretismo <u>Subjetivos positivos</u> Presión del pensamiento Interferencias del pensamiento <u>Subjetivos negativos</u> Pobreza de pensamiento Pensamiento inhibido Disfunción de la iniciativa y la intencionalidad Disfunción receptiva del habla Disfunción expresiva del habla Rumiación Bloqueo

Tabla 2. Correlación obtenida por factores entre las escalas TLC y TALD (Kircher et al., 2014)

	TALD I (Objetivos +)	TALD II (subjetivos -)	TALD III (Objetivos -)	TALD IV (subjetivos +)
TLC I (desorganización)	0,79			
TLC II (control lingüístico)	0,53			0,22
TLC III (vacío)		0,26	0,72	

Tabla 3. Correlación obtenida por factores entre las escalas TLC, TALD y SAPS / SANS (Kircher et al., 2014)

	TLC I	TLC II	TLC III	TALD I	TALD II	TALD III	TALD IV
SAPS	0,82			0,92			
SANS			0,69			0,71	

A su vez, estas dos escalas pueden ser comparadas con los ítems del bloque relativo al lenguaje de la SAPS / SANS (Tabla 3). Nuevamente, se aprecia una excelente correlación entre los síntomas positivos y negativos de la SAPS / SANS con los factores I y III de la TLC y de la TALD. Sin embargo, la comparación anterior no se realiza con la escala FTD – C y FTD – P, por dos motivos: la estructura dicotómica de las respuestas; la FTD – P consiste en una valoración subjetiva de síntomas que no se asemeja a las de otras escalas.

A pesar del creciente interés que despierta la evaluación de los trastornos del lenguaje en esquizofrenia, no se dispone actualmente de una revisión sistemática en español de la evaluación y características de los trastornos del lenguaje en esquizofrenia, motivo por el cual se ha decidido llevar a cabo el presente trabajo.

3. OBJETIVOS

Los objetivos que se persiguen con la realización de este trabajo son los siguientes:

1. Realizar una revisión sistemática de las publicaciones en español acerca de las características y evaluación del lenguaje en sujetos con esquizofrenia
 - a. Realizar una revisión de las principales escalas diseñadas para evaluar el lenguaje en la esquizofrenia
 - b. Realizar una revisión de los principales resultados obtenidos en la evaluación del lenguaje en la esquizofrenia
2. Determinar el papel del logopeda como profesional integrado en un equipo multidisciplinar que lleva a cabo la intervención sobre sujetos con esquizofrenia

4. MATERIAL Y MÉTODOS

El material utilizado para la elaboración de este trabajo se ha extraído de diferentes publicaciones, tales como revistas científicas, libros, tesis doctorales, etc.

A pesar de ser una revisión en español, se ha procedido también a la lectura de artículos en inglés, con el objetivo de profundizar más en algunos aspectos, concretamente en el relativo a la evaluación.

Se ha descartado la inclusión de algunos trabajos en la presente revisión por el uso de conceptos psicolingüísticos complejos (Belinchón, M., 1998; Belinchón, M., 1988; Insúa, P., Grijalvo, J. y Huici, P., 2001).

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda de información son las siguientes:

- **Dialnet:** es uno de los mayores portales bibliográficos del mundo, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana. Se constituye como herramienta fundamental para la búsqueda de información de calidad, y el acceso es libre y gratuito. Integra distintos recursos y servicios documentales como son una base de datos de contenidos científicos hispanos de carácter interdisciplinar, servicio de alertas bibliográficas, hemeroteca virtual y un repositorio de acceso a la literatura científica hispana a texto completo.

<https://dialnet.unirioja.es/>

- **MEDES:** MED-icina en ES-pañol, es una iniciativa de la Fundación Lily que tiene como objetivo promover la utilización del español como lengua para la transmisión del conocimiento científico, especialmente, de las Ciencias de la Salud. Está orientado a la comunicación entre profesionales de la salud y a la divulgación social del conocimiento entre los hispanohablantes. Se sustenta en una base de datos bibliográfica de acceso gratuito a través de internet, herramienta de consulta muy útil y actualizada. Cuenta con un Consejo Asesor formado por prestigiosos profesionales de la medicina, la información científica y técnica y la

documentación, y también con un Comité Técnico que certifica la selección de las revistas incluidas.

<https://www.medes.com/Public/Home.aspx>

- **Catálogo Almena:** es un punto de acceso a un repositorio de revistas electrónicas, bases de datos, libros electrónicos y tesis doctorales y proyectos de fin de estudios, de la Universidad de Valladolid. Además, contiene un amplio y valioso recopilatorio de obras anteriores a 1835. Los fondos se encuentran accesibles también a través de Worldcat y del Repositorio UvaDoc. ¿¿Número de publicaciones de cada??

<http://almena.uva.es>

- **ScienceDirect:** es una importante base de datos bibliográficos (la mayor en internet por suscripción) de carácter multidisciplinar del grupo Elsevier que proporciona artículos de miles de libros y revistas científicas de calidad. La búsqueda documental es muy potente y sofisticada, dando la posibilidad de encontrar artículos usando palabras clave, el nombre del autor, el título del libro o revista, etc. Permite visualizar, descargar, solicitar, imprimir, clasificar y guardar las publicaciones.

<http://www.sciencedirect.com/>

- **Google Scholar (GS):** es un buscador especializado en recuperar documentos científicos y en identificar las citas que estos han recibido. Proporciona una manera simple para, en términos generales, buscar literatura escolar relacionada con diferentes disciplinas y desde diversas fuentes: artículos, tesis, libros, publicaciones académicas, repositorios online, sitios web de universidades, etc.

<https://scholar.google.es/>

Las palabras clave introducidas, así como el número de artículos encontrados y seleccionados utilizando una de ellas se plasma en la Tabla 4.

Tabla 4. Resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica

Base de datos	Palabras clave	Publicaciones encontrados	Artículos utilizados
Dialnet	Esquizofrenia Lenguaje	35	7
	Psicosis Lenguaje	24	2
	Esquizofrenia Comunicación	33	4
	Psicosis Logopedia	1	0
	Esquizofrenia Logopedia	0	0
Catálogo Almena	Esquizofrenia Lenguaje	2	0
Google Scholar	Esquizofrenia Lenguaje	23.500*	12
	Esquizofrenia Logopedia	586	0
ScienceDirect	Esquizofrenia Lenguaje	362	4
MEDES	Esquizofrenia Lenguaje	9	2
Número total de artículos seleccionados			21

* Se revisan las 10 primeras páginas de resultados (100 publicaciones)

El gestor bibliográfico utilizado para organizar las publicaciones revisadas es **Mendeley**. Mendeley es al mismo tiempo un gestor de bibliografías, un lector de PDF, un sistema para almacenar y organizar documentos, un buscador de información científica y una red social académica en la que compartir citas bibliográficas y publicaciones. El registro es libre y gratuito, necesario para utilizarla. En el presente trabajo, su uso radica en que permite crear bibliografías y citas en el estilo científico deseado, exportar e importar ficheros bibliográficos de otros software como Refworks, almacenar documentos y datos y compartirlas con otras personas.

5. RESULTADOS

Tabla 5. Análisis formal de la bibliografía seleccionada

Nº artículo	Autor	Año	Tipo de publicación	País	Título
1	Pérez Gómez, A.	1976	Artículo	Colombia	Pensamiento y lenguaje en la esquizofrenia: revisión de un problema complejo y confuso
2	Fernández Hermida, J.R.	1986	Artículo	España	Lenguaje y esquizofrenia
3	Rochester, S.R.	1988	Artículo	España	Las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia aguda: ¿son realmente problemas del procesamiento de la información?
4	Moya, J.	1990	Artículo	España	Análisis formal del discurso esquizofrénico: problemas metodológicos
5	Roder, V. y Jimeno, N.	1998	Artículo	Suiza España	Tratamientos logopédico – cognitivos del déficit psicótico: el programa IPT
6	Pardo, M.L. y Lerner, B.	2001	Artículo	Argentina	El discurso psicótico: una visión multidisciplinaria desde la lingüística y la psiquiatría
7	Barrera, A. y Berrios, G.E.	2001	Artículo	España	Investigación del Trastorno Formal del Pensamiento en la esquizofrenia: una mirada crítica
8	Vargas Aragón, M.L.	2004	Artículo	España	Posibilidades de rehabilitación neurocognitiva en esquizofrenia
9	Salavera, C.	2008	Artículo	España	¿Por qué no entendemos a las personas con esquizofrenia?
10	Durán, E. y Figueroa, A.	2009	Artículo	Chile	Sobre el déficit pragmático en la utilización de pares adyacentes, por pacientes esquizofrénicos crónicos y de primer brote
11	Salavera, C. y Puyuelo, M.	2010	Artículo	España	Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia
12	Dörr, O.	2010	Artículo	Chile	Esquizofrenia, lenguaje y evolución (o las esquizofrenias como logopatías)
13	Salavera, C., Gost, M. y Antónanzas, J.L.	2010	Artículo	España	Habilidades sociales en la esquizofrenia. Trabajo social vs psicología
14	Salavera, C.	2010	Artículo	España	Trabajando la prevención: habilidades comunicativas en personas con esquizofrenia. Conocer la enfermedad para trabajar desde la escuela
15	Crow, T.	2010	Capítulo de libro	Reino Unido	La esquizofrenia como el precio que paga el Homo Sapiens por el lenguaje: una solución a la paradoja central en el origen de la especie
16	Accatino, L.	2012	Artículo	Chile	Alteraciones del lenguaje en esquizofrenia
17	Jimeno, N., Sánchez, C., Mendizábal, N. y Vargas, M.L.	2012	Presentación a congreso	España	Análisis psicopatológico del lenguaje y comunicación en la esquizofrenia. Experiencia piloto en pacientes ambulatorios
18	Mozos Ansorena, A., Pérez García, M., Portela Traba, B., Taberero Lado, A. y Pérez Pérez, J.	2012	Artículo	España	A propósito de un caso de espasmodia tratado con olanzapina
19	Pardo, M.L. y Buscaglia, V.	2013	Artículo	Argentina	Discurso y aplanamiento afectivo
20	Martínez, A., Felizzola Donado, C.A. y Matallana Eslava, D.L.	2015	Artículo	Colombia	Valoración de prosodia espontánea afectiva y análisis del discurso en pacientes con esquizofrenia y demencia frontotemporal (DFT) variante lingüística
21	Miret, S., Fatjó – Vilas, M., Peralta, V. y Fañanás, L.	2016	Artículo	España	Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación

Tabla 6. Análisis de contenido de la bibliografía seleccionada

Nº artículo	Diseño	Muestra / Población	Tamaño muestral	Procedencia muestra	Evaluación	Resultados	Conclusiones	Observaciones
1	Revisión	Personas con esquizofrenia	---	---	No procede	El lenguaje esquizofrénico es similar al pensamiento infantil civilizado y equivalente al pensamiento primitivo. En estos sujetos, existe un fallo en el mecanismo de filtraje de la información por un déficit de procesos inhibitorios que les hace ser incapaces de focalizar su atención.	Gran confusión en la literatura, no existe acuerdo en la terminología ni en los métodos de evaluación (especialmente asociado al lenguaje). Se propone investigar el cómo y el porqué de estos fenómenos, y trazar hipótesis más integradas.	Se propone agrupar a los sujetos en función de índices lingüísticos para tratar de predecir comportamientos.
2	Revisión	Personas con esquizofrenia y familiares	---	---	No procede	Tanto en sujetos con predisposición para desarrollar episodios psicóticos como en la fase aguda de la esquizofrenia, ya aparecen trastornos del lenguaje. Algunos deterioros específicos del lenguaje están asociados a vulnerabilidad a la psicosis, pero no son necesarios ni suficientes para que se desarrolle la enfermedad.	Existen trastornos de la comunicación verbal se repiten en familiares del sujeto con esquizofrenia en un grado que permite diferenciarlos de familiares de personas sanas y de otros pacientes psiquiátricos, pero no se encuentran trastornos lingüísticos patognómicos de la enfermedad.	Se considera necesario estudiar los trastornos verbales de los familiares del paciente esquizofrénico para prevenir o diagnosticar tempranamente la enfermedad en estos sujetos, en caso de aparición.
3	Estudio observacional	Pacientes con esquizofrenia, oyentes (n=35) y hablantes (n=20) y sujetos sanos oyentes (n=50) y hablantes (n=20)	n=125	Canadá	Entrevistas no estructuradas	La proporción de unidades altamente disruptivas en sujetos con desórdenes de pensamiento es mucho mayor que en sujetos sin ellos y en sujetos sanos.	Las personas con esquizofrenia manifiestan un uso adecuado del lenguaje pero fallan en la comunicación porque no tienen en cuenta las necesidades inmediatas del oyente. Esto se debe a sus limitaciones en el control de acceso a la memoria a corto plazo. A mayor desorden de pensamiento, mayor cantidad de fallos comunicativos.	---
4	Estudio de casos	Pacientes con psicosis esquizofrénica crónica, con alteraciones relevantes, estabilizados en instituciones mentales.	n=38	España (Cataluña)	Gramática del discurso	Entre las puntuaciones generales de los indicadores psicolingüísticos, destaca la escasa ligabilidad emocional y la tangencialidad. Las alteraciones con menor déficit se asocian al uso de la metonimia y a la concordancia en número. El uso de neolexemas y resemantemas aparece en la esquizofrenia de tipo paranoide. Existe relación entre los ítems lingüísticos en los que cometen errores y el signo de la esquizofrenia.	Las transgresiones predominantes son tangencialidad, escasa ligabilidad emocional y alteraciones en el uso de las reglas de subcategorización contextual. Los errores de carácter sintáctico predominan en esquizofrenia de tipo negativo y su grado es un índice de gravedad de la enfermedad. En formas paranoides, aparecen fenómenos de resemantización y creación de neolexemas. Igualmente, fracasan en el uso de funciones referenciales y de las figuras retóricas. Estos mecanismos alternativos que usan no son aleatorios, y favorecen un discurso incoherente	---

Tabla 6. Análisis de contenido de la bibliografía seleccionada

5	Estudio observacional	Pacientes con esquizofrenia crónica	n=7	España	Escalas SAPS / SANS y PANSS. Test de Selección de Tarjetas de Wisconsin. Escala BSABS. Inventario Psicopatológico de Frankfurt	Se observa una pequeña pero significativa reducción de episodios agudos tras la aplicación de estas técnicas. La tasa de recaída disminuye de un 40% a un 20% tras utilizar terapia psicosocial. La aplicación conjunta de técnicas de "counselling" y psicoterapia cognitiva previenen las recaídas. Los resultados de la aplicación del IPT concuerda con efectos terapéuticos significativos, aunque son variables en algunas de las áreas.	El diseño de este programa, así como su aplicación, sigue enfoques cognitivos. El IPT consta de varios subprogramas para intervenir sobre las distintas áreas cognitivas y de competencia social en pacientes con esquizofrenia crónica. Se trata de un recurso terapéutico excelente, de bajo coste y administración sencilla, y resultados prometedores. Los pacientes lo aceptan bien y se muestran, en general, motivados y participativos.	Hace hincapié en el tratamiento logopédico en pacientes con esquizofrenia, englobado en el Programa Terapéutico Integrado, como uno de sus 5 subprogramas.
6	Estudio de un caso	Paciente con esquizofrenia y delirio persecutorio - erotómano	n=1	Argentina	Análisis crítico del discurso	El sujeto refleja fenómenos de persuasión lingüística y manifiesta multitud de síntomas positivos de manera notoria y recurrente.	Es complicado encontrar características lingüísticas que permitan caracterizar el discurso psicótico. No obstante, la ruptura con la realidad se observa en una gramática y semántica particulares, así como en la manera de construir el discurso.	Se propone realizar un diagnóstico de trastornos psicóticos en base al lenguaje, y ofrecer un tratamiento desde un diagnóstico preciso basado en el discurso
7	Revisión	Personas con esquizofrenia	---	---	No procede	En la actualidad se investiga el trastorno formal del pensamiento (TFP) desde tres líneas: como una excesiva activación semántica o como un déficit semántico, como una disfunción ejecutiva del lenguaje y como falta de cohesión en el discurso. No obstante, se puede determinar que se trata de un fenómeno inespecífico (aparece en otras patologías y en sujetos sanos), heterogéneo en cuanto a intensidad y frecuencia, e inestable.	La validez del concepto de "trastorno formal del pensamiento" es cuestionable. En la evaluación del discurso se asocia una magnitud que tiene lugar en el cerebro del hablante con una que se da en el del examinador (evaluación). El DSM – IV plantea el "trastorno formal del pensamiento" como un concepto ateórico, autónomo, aunque la realidad de la comunicación y el lenguaje es mucho más compleja.	Se propone no utilizar conceptos descriptivos, ateóricos o teóricos sesgados, sino una selección de conceptos realmente útiles para la tarea que se realiza, justificando la elección de unos u otros.
8	Revisión	Personas con esquizofrenia	---	---	No procede	Las personas con esquizofrenia tienen un problema comunicativo, en sentido amplio. El trastorno del lenguaje que presentan se justifica con un déficit en el procesamiento controlado de la información, por lo que se observa especialmente en pragmática, semántica (por una baja capacidad de generalizar y formar conceptos y baja memoria semántica) y sintaxis (esta última, presente en esquizofrenia de tipo desorganizado).	El modelo del Déficit de Control Atencional permite explicar los síntomas sensorio-perceptivos, subjetivos, del lenguaje y disejecutivos de los sujetos con esquizofrenia. Se propone una técnica que se sirve del procesamiento automático de la información para mejorar las capacidades sociales y de integración laboral.	Se propone una intervención basada en el control atencional y la generalización de los aprendizajes al ámbito psicosocial y laboral. No se incluye de manera específica el tratamiento del lenguaje, pero sí se hace referencia a este para la el desarrollo de estrategias útiles en la compensación de las habilidades sociales.

Tabla 6. Análisis de contenido de la bibliografía seleccionada

9	Revisión	Personas con esquizofrenia	---	---	No procede	Los pacientes con esquizofrenia usan de manera adecuada el lenguaje pero no logran comunicarse eficazmente porque no tienen en cuenta las necesidades del interlocutor, mostrando un lenguaje incoherente, disgregado, con alteraciones semánticas y disfunciones ejecutivas.	El lenguaje esquizofrénico es aún un gran misterio, pero se sabe que el deterioro es alto desde los primeros episodios de la enfermedad. Es necesario evidenciar la existencia de una patología del lenguaje en la esquizofrenia, así como la necesidad de una detección e intervención temprana.	Se propone trabajar los aspectos comunicativos como un punto fundamental del tratamiento de la esquizofrenia, y diseñar terapias específicas que palien los efectos de la enfermedad sobre el lenguaje.
10	Estudio de cohortes	Pacientes con esquizofrenia de primer brote (n=12) y crónicos (n=28)	n=40	Chile	Análisis del desempeño en el uso de pares adyacentes (elementos de apertura y cierre conversacional)	El deterioro pragmático es mayor en pacientes crónicos que en los de primer brote. Los primeros muestran fluidez únicamente en tareas verbales simples, capacidad atencional muy breve y dificultades sintácticas y semánticas. La mayoría de sujetos utilizan bien los pares adyacentes por su estructura distintiva y carácter ritual.	Existe un déficit de la competencia pragmática en esquizofrenia, no consiguen comunicarse adecuadamente. Cuanto mayores son los recursos atencionales requeridos y el número de elementos verbales, menor es la eficiencia de sus habilidades comunicativas. Los pacientes de primer brote tienen mejor desempeño comunicativo, pero ya se refleja un discurso empobrecido.	Se plasma la importancia de un diagnóstico precoz para la disminución de las dificultades comunicativas de personas con esquizofrenia.
11	Revisión	Personas con esquizofrenia	---	---	No procede	Los pacientes con esquizofrenia fallan en el uso de las habilidades metacognitivas y en el procesamiento controlado de la información. Interpretan de manera errónea las metáforas y las ironías, y muestran déficit de descanso cognitivo	El lenguaje en la esquizofrenia tiene estructura propia. Los aspectos más alterados de este son la pragmática y la semántica, ya que requieren de mayores procesos atencionales por parte del hablante y adaptación a las necesidades del interlocutor.	Se propone la futura elaboración de una prueba específica de los rasgos del lenguaje, usando una metodología de interacción verbal y análisis del discurso pragmático, cognitivo y formal.
12	Estudio teórico	Personas con esquizofrenia	---	---	No procede	En la inmensa mayoría de definiciones de la esquizofrenia, un alto porcentaje de los síntomas se asocia al pensamiento/lenguaje. Estos sujetos manifiestan una perturbación de la comprensibilidad, con pensamiento laxo y dificultades para utilizar los distintos niveles del lenguaje en situaciones cotidianas.	El síntoma fundamental de la esquizofrenia está asociado al pensamiento/lenguaje. La enfermedad aparece como una modificación genética resultante de la mutación que permitió el desarrollo del lenguaje. Por todo ello, la esquizofrenia se explica como una "logopatía", en contraposición a las "timopatías".	---
13	Estudio de casos y controles	Pacientes con esquizofrenia (n=51) que reciben tratamiento ambulatorio en instituciones mentales y sujetos sanos (n=51) de entre 20 y 65 años de edad.	n=102	España	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (Caballo, 1998): componentes verbales, no verbales y paralingüísticos	Las puntuaciones de los sujetos sanos obtenidas en la escala duplican las de los pacientes con esquizofrenia. Estas últimas no alcanzan el mínimo requerido para que una conducta sea adecuada, y además son mucho más heterogéneas que en personas sanas. Existe un evidente deterioro de las habilidades sociales en esquizofrenia, o "empobrecimiento social".	Los resultados obtenidos confirman el deterioro social presente en sujetos con esquizofrenia. Todos los componentes de la evaluación se encuentran afectados, repercutiendo en la vida del sujeto. Es necesario trabajar diariamente las habilidades sociales para dotar a los enfermos de mayor autonomía y posibilitar su reintegración en la sociedad.	La intervención del logopeda no está incluida como parte del tratamiento junto a la del psicólogo y el trabajador social.

Tabla 6. Análisis de contenido de la bibliografía seleccionada

14	Estudio de casos y controles	Pacientes con esquizofrenia (en tratamiento de centro de día) y pacientes sin patología mental	---	España	Test de inteligencia WAIS III, BLOC SR (módulo de pragmática). Test de Acentuación de Palabras (TAL). Escala TLC	Se observa que la pragmática se encuentra condicionada por el estado psicopatológico del paciente. Muestran un deterioro en tareas comunicativas, con producciones verbales afectadas a nivel semántico, pragmático y sintáctico.	Existe un lenguaje esquizofrénico como tal, caracterizado por un uso peculiar, estructura propia, y deterioro evidente La evaluación del lenguaje en el diagnóstico de la esquizofrenia es necesaria para prevenir el deterioro de las habilidades comunicativas. Las distorsiones del lenguaje son consecuencia de la propia enfermedad, avalando el diagnóstico y atención precoz.	Se considera oportuno evaluar el deterioro comunicativo desde la escuela, ya que permite un diagnóstico precoz que permitirá a los alumnos continuar la educación.
15	Estudio teórico	Personas con esquizofrenia	---	---	No procede	El índice de lateralización manual es un factor importante en el desarrollo de la capacidad académica. Los sujetos con preferencia manual clara cometen menos errores que los que se encuentran en punto de indecisión hemisférica. Existen alteraciones anatómicas en el SNC de sujetos con esquizofrenia, con ausencia de asimetrías o inversión de estas, y reducción de masa cerebral en algunas zonas. Esta asimetría implica una incapacidad para diferenciar pensamiento y habla. Existe la posibilidad de que el gen responsable sea inestable y esté asociado a un factor de crecimiento.	La esquizofrenia es intrínseca al ser humano y al lenguaje La variación genética que predispone al ser humano a la esquizofrenia está asociada a la mutación genética que permitió el desarrollo del lenguaje, fomentando la asimetría cerebral. Trastornos como la dislexia y la psicosis guardan relación con la ausencia de preferencia manual. Los síntomas nucleares de la enfermedad son resultantes de un fracaso en la distinción del habla y el pensamiento. El gen responsable se encuentra en regiones homólogas de los cromosomas X e Y.	---
16	Revisión	Personas con esquizofrenia	---	---	No procede	En el lenguaje esquizofrénico se observan alteraciones en fonética y fonología (aprosodia), semántica (graves), pragmática (graves) y en el léxico, aunque muestran una sintaxis bastante conservada. Existen claros índices que permiten diferenciar el lenguaje esquizofrénico del de un afásico de Wernicke.	Hay consenso al respecto de las características principales del lenguaje esquizofrénico y sobre su variación a lo largo del curso de la enfermedad. El deterioro se plasma en todas las áreas del lenguaje. Se propone una alteración en la asimetría hemisférica como posible causa neurológica de la aparición de la enfermedad.	Se sugiere el desarrollo de instrumentos computacionales para el análisis lingüístico, investigar la naturaleza de las alteraciones del lenguaje y su heredabilidad, así como detectar síntomas lingüísticos subclínicos y prodrómicos para una intervención precoz
17	Estudio observacional	Pacientes con esquizofrenia en una situación clínica estable	n=13	España (Valladolid)	Escala TLC	Más de la mitad de la muestra presenta algún síntoma de la escala TLC de trastornos formales del pensamiento, siendo los más observados la tangencialidad y el descarrilamiento; en el lenguaje oral analizado, se observan frecuentemente paragramatismos y disgregación. Respecto al caso, se observa que predomina un déficit semántico – pragmático, con las máximas de manera, cantidad y relevancia alteradas.	El discurso esquizofrénico presenta alteraciones en todas sus áreas, siendo más destacables los déficits pragmáticos. Se encuadran los síntomas que aparecen con más frecuencia y el porcentaje de sujetos que padece algún síntoma, ya sea relativo a la escala TLC o en el propio análisis de elementos psicopatológicos del lenguaje oral. La aplicación práctica de este estudio es el desarrollo de intervenciones específicas dirigidas al lenguaje y a la comunicación.	Es un estudio en el que se hace alusión de forma directa al papel del logopeda como profesional especializado en el tratamiento del lenguaje y la comunicación.

Tabla 6. Análisis de contenido de la bibliografía seleccionada

18	Estudio de un caso	Paciente con espasmodia	n=1	España (Galicia)	---	El paciente no muestra mejoría alguna durante su tratamiento con fármacos ansiolíticos. Cuando se le administra olanzapina (fármaco antipsicótico), mejora significativamente en fluidez y disminuye la ansiedad anticipatoria, los bloqueos, las repeticiones y las interjecciones.	Los antipsicóticos típicos funcionan adecuadamente en espasmodia, pero se asocian a efectos adversos. Sin embargo, antipsicóticos más atípicos como la olanzapina o la risperidona tienen efectos muy prometedores. La combinación de estos fármacos mejora la fluidez en el paciente, así como la ansiedad y los movimientos faciales involuntarios.	---
19	Estudio de casos	Pacientes con esquizofrenia: indigentes sin tratamiento farmacológico, pacientes con tratamiento terapéutico y farmacológico y sujetos en institución mental.	n=4	Argentina	Análisis lingüístico – psicoanalítico del discurso	El 50% de los casos refleja verbosidad delirante, con aplanamiento discursivo y síntomas positivos. El 50% restante manifiesta síntomas negativos pero no aplanamiento discursivo. El aplanamiento afectivo, por tanto, no es un sinónimo de aplanamiento discursivo, ya que aparecen indistintamente en pacientes con síntomas positivos y negativos.	Debe estudiarse el discurso como un componente independiente de las manifestaciones afectivas, pero no son separables porque es a través del discurso como observamos la afectividad. El particular discurso en esquizofrenia se manifiesta al margen de que los demás síntomas sean positivos o negativos, y en todos los estadios de la enfermedad.	Se propone analizar el aplanamiento discursivo como un fenómeno diferente al aplanamiento afectivo.
20	Estudio de cohortes	Pacientes con esquizofrenia crónicos y de largo curso(n=6), con demencia frontotemporal (DFT) en estadio inicial de tipo afasia primaria no fluente (n=6) y logopéica (n=6)	n=18	Colombia	Selección, análisis y transcripción de muestras a través de los programas PRAAT y CLAN.	La frecuencia fundamental se encuentra disminuida en todos los pacientes observados, en mayor medida en esquizofrenia. Respecto a la intensidad, tanto la variabilidad como el rango se encuentran disminuidos, en mayor medida en esquizofrenia. La velocidad del discurso está significativamente más disminuida en DFT, pero en esquizofrenia la variabilidad es mucho menor.	Los pacientes con esquizofrenia muestran menor variabilidad en frecuencia e intensidad. Todos los grupos muestran valores disminuidos respecto a la normalidad. Las diferencias en relación a la variabilidad, así como los déficits en factores como en la cognición social o en la macroestructura lingüística, son provocados por causas diferentes en pacientes con esquizofrenia y en los que padecen DFT.	Algunos elementos del discurso resultan de utilidad en el diagnóstico y diferenciación de las variantes de DFT. Se sugiere continuar investigando, usando tareas que incluyan identificación y expresión de emociones en la voz para dar luz sobre alteraciones más puntuales.
21	Estudio teórico	Personas con esquizofrenia	---	---	No procede	Se constata una elevada validez predictiva de los criterios prodrómicos para la identificación de individuos con alto riesgo de desarrollo de psicosis. El riesgo medio de transición a la psicosis establecido a partir de criterios de síntomas básicos es casi del 50%	Existe un malestar asociado a la experiencia subjetiva de la persona con inicio de desarrollo de esquizofrenia, susceptible de ayuda terapéutica. Es relevante la fase prodrómica de la enfermedad, ya que tiene un elevado poder predictivo.	Se propone avanzar en la investigación, especialmente en aspectos asociados a la correlación entre los síntomas básicos de la enfermedad con las alteraciones del "yo", así como en su integración con los modelos explicativos más recientes.

5.1. ANÁLISIS FORMAL DE LA BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

El 19% de la selección bibliográfica revisada tiene como **autor** a Carlos Salavera Bordás, un reconocido psicólogo español que colabora en importantes revisiones e investigaciones en el campo de la esquizofrenia; María Pardo Guerra, psiquiatra chilena, ha redactado un 9,5% de los artículos, y las publicaciones restantes han sido desarrolladas por autores muy diversos; igualmente, otro 9,5% del total ha sido redactado por Natalia Jimeno, psiquiatra española, profesora en la universidad de Valladolid y tutora del presente trabajo.

En relación al **año de publicación**, tan solo el 24% de las publicaciones corresponde a 1999 y años anteriores, siendo predominante la bibliografía del año 2000 en adelante, ya que la información está actualizada y abarca investigaciones y estudios más recientes.

Respecto al **tipo de publicación**, un 90,5% de las publicaciones son artículos extraídos de diversas revistas científicas.

Al tratarse de una revisión en español, toda la selección bibliográfica que compone los resultados de este trabajo está publicada en español, si bien es cierto que procede de diferentes países. La proporción de los diferentes orígenes o **países** donde se encuentra la institución en la que trabaja el autor o autores es variada, predominando España (59,5%), apareciendo también Colombia, Argentina, Chile y Reino Unido, en proporciones similares, y Suiza y Reino Unido, en proporciones muy bajas.

5.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LA BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

El **diseño** de las publicaciones es muy variado, siendo predominante la revisión bibliográfica, con un porcentaje del 33%. El 67% de la bibliografía restante se divide, de manera bastante equitativa, entre estudio observacional, estudios de casos, estudios de cohortes, estudios de un caso, estudios de casos y controles, y estudios teóricos.

Tan solo la mitad de los artículos seleccionados dispone de una **muestra de población**. Las muestras son muy variadas, destacando la formada por pacientes con esquizofrenia en comparación con pacientes sin patología mental (28,6%) y la compuesta únicamente por pacientes con esquizofrenia (24%). Asimismo, el **tamaño muestral** es también dispar, oscilando entre un tamaño de n=1 hasta n=125.

En relación a la **población** o **muestra**, el 57% de las publicaciones hacen referencia únicamente a sujetos con esquizofrenia, mientras que el 43% restante, o bien hace hincapié en características más específicas de estos sujetos (cronicidad, estabilidad, tratamiento, etc.) o bien incluyen también a familiares o a pacientes con otro tipo de patología.

Cabe destacar que en un 54,5% de las publicaciones que contienen una muestra poblacional, la **procedencia** de esta es España (Galicia, Cataluña, Valladolid, etc.). La proporción restante pertenece a Argentina (18,2%), Canadá (9,1%), Chile (9,1%) y Colombia (9,1%).

Respecto a los **métodos de evaluación** utilizados en los diferentes estudios revisados, se puede afirmar que son muy variados, habiendo pruebas tanto cualitativas como cuantitativas. Entre las cualitativas, podemos destacar la entrevista no estructurada y el análisis del discurso y de desempeño en el uso de pares adyacentes, mientras que entre las cuantitativas encontramos la escala TLC, el SECHS de Vicente Caballo y los test WAIS III, BLOC SR y TAL. En este apartado, se excluyen los métodos de evaluación empleados en tesis doctorales y libros, por la elevada complejidad de su análisis.

Los **resultados** obtenidos ponen en evidencia la existencia de una alteración en la comunicación de las personas con esquizofrenia (Vargas Aragón, 2004;

Salavera, 2008; Salavera, 2010). Los trastornos del lenguaje, que son un síntoma predominante (Dörr, 2010), aparecen ya en sujetos con vulnerabilidad al desarrollo de la enfermedad y en la fase aguda de esta (Fernández Hermida, 1986), y son más llamativos y relevantes en sujetos que manifiestan TFP (Rochester, 1988) y en pacientes crónicos (Durán y Figueroa, 2009).

Aparecen varias teorías en relación a la causa de las peculiaridades del lenguaje esquizofrénico. Algunos autores (Vargas Aragón, 2004; Salavera & Puyuelo, 2010) defienden que estas se deben a una disfunción en el procesamiento controlado de la información denominado “disfunción ejecutiva”, que les impide tener en cuenta las necesidades del interlocutor (Salavera, 2008). Otra teoría respalda que están causados por un déficit de los procesos inhibitorios, lo cual provoca una disfunción a la hora de focalizar la atención (Pérez Gómez, 1976). El fallo en la comunicación puede deberse también a que estos sujetos presentan una alteración en la activación semántica (Barrera & Berrios, 2001), si bien es cierto que no se sigue una línea de investigación predominante. No obstante, se puede determinar que se trata de un fenómeno inespecífico, heterogéneo e inestable (Barrera & Berrios, 2001; Vargas Aragón, 2004).

Las áreas más afectadas en relación a este lenguaje incoherente y disgregado (Salavera, 2008) son la pragmática, la semántica y, en menor medida, la sintaxis (Vargas Aragón, 2004; Salavera, 2008; Durán & Figueroa, 2009; Salavera, 2010; Accatino, 2012). Igualmente, se encuentran alteradas la velocidad del discurso, la intensidad vocal y el tono (Martínez, Felizzola Donado & Matallana Eslava, 2015), componiendo un discurso aprosódico (Accatino, 2012).

Estos pacientes reflejan una alteración en el uso de las habilidades metacognitivas (Salavera & Puyuelo, 2010), una perturbación de la comprensibilidad (Dörr, 2010) y una capacidad atencional muy breve (Durán & Figueroa, 2009). Asimismo, su desempeño en habilidades sociales también se encuentra alterado, con dificultades para utilizar el lenguaje en las diferentes situaciones sociales (Dörr, 2010), reflejando un “empobrecimiento social”

caracterizado por conductas que no consiguen ser adecuadas (Salavera, Gost, & Antoñanzas, 2010).

Desde una perspectiva más concreta, los síntomas más característicos serían tangencialidad y descarrilamiento (Moya, 1990; Jimeno, Sánchez, Mendizábal, & Vargas, 2012).

Por último, se constata una elevada validez predictiva de criterios prodrómicos para la identificación de individuos con alto riesgo de desarrollar psicosis (Miret, Fatjó – Vilas, Peralta & Fañanás, 2016), si bien no son suficientes ni necesarios para su aparición (Fernández Hermida, 1986).

Son varias las **conclusiones** relevantes extraídas a lo largo de esta revisión bibliográfica. En primer lugar, aún a día de hoy, existe una gran confusión en relación a la terminología que hace referencia a los trastornos del pensamiento y el lenguaje (Pérez Gómez, 1976; Barrera & Berrios, 2001), aunque sí hay consenso al respecto de las características principales y sus variaciones a lo largo del transcurso de la enfermedad (Accatino, 2012)

Existe un lenguaje esquizofrénico como tal, un discurso con estructura propia (Salavera, 2008; Salavera & Puyuelo, 2010), que se manifiesta independientemente de que los síntomas restantes sean positivos o negativos (Pardo & Buscaglia, 2013), desde el comienzo de la enfermedad (Salavera, 2008; Pardo & Buscaglia, 2013). Asimismo, aparecen alteraciones en el lenguaje, tanto en familiares de personas con esquizofrenia (Fernández Hermida, 1986) como en sujetos en fase prodrómica de la enfermedad (Miret, Fatjó – Vilas, Peralta & Fañanás, 2016), susceptibles de ser evaluadas e intervenidas precozmente. Esto avalaría un diagnóstico y atención tempranos (Salavera, 2008) de utilidad en la prevención del deterioro de las habilidades comunicativas (Salavera, 2010).

El deterioro del lenguaje se presenta en todas las áreas (Jimeno, Sánchez, Mendizábal & Vargas, 2012; Accatino, 2012), con especial incidencia en pragmática (Durán & Figueroa, 2009; Salavera & Puyuelo, 2010;) y semántica (Pardo & Lerner, 2001; Salavera & Puyuelo, 2010), ya que requieren mayores procesos atencionales. La sintaxis también se encuentra afectada, aunque en

menor medida, predominando en esquizofrenias con síntomas negativos, pudiendo considerarse este grado de alteración un índice de gravedad de la enfermedad (Moya, 1990). Igualmente, aspectos como el tono, la intensidad vocal y la velocidad del discurso también se presentan alterados, mostrando una disminución tanto en los valores obtenidos como en la variabilidad (Martínez, Felizzola Donado & Matallana Eslava, 2015). Todo ello se refleja en un discurso incoherente (Moya, 1990).

Aunque aún es complicado determinar características lingüísticas patognómicas que permiten identificar el discurso psicótico (Fernández Hermida, 1986; Pardo & Lerner, 2001), sí hay una correlación positiva entre el deterioro del lenguaje y el trastorno del pensamiento (Rochester, 1988), así como con el tiempo de enfermedad (Durán & Figueroa, 2009). Por todo ello, es necesario diseñar intervenciones específicas dirigidas al lenguaje y la comunicación (Jimeno, Sánchez, Mendizábal & Vargas, 2012).

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto también un evidente deterioro social, susceptible de ser trabajado para fomentar la reintegración de las personas con esquizofrenia en la sociedad, así como su autonomía personal (Vargas Aragón, 2004; Salavera, Gost & Antoñanzas, 2010)

Algunos autores (Vargas Aragón, 2004; Durán & Figueroa, 2009; Salavera & Puyuelo, 2010) defienden el modelo del Déficit de Control Atencional como explicación de los trastornos de la comunicación y el lenguaje en esquizofrenia y de los síntomas disejecutivos. Una teoría complementaria sugiere que estos sujetos no tienen en cuenta las necesidades inmediatas del oyente (Salavera & Puyuelo, 2010) por limitaciones en la memoria a corto plazo (Rochester, 1988).

Por último, y respecto al origen de la esquizofrenia, se apuesta por una teoría que afirma que apareció como una modificación genética resultante de la mutación genética que dio origen a la que permitió el desarrollo del lenguaje (Dörr, 2010; Crow, 2010), y que se manifiesta como una alteración de la asimetría cerebral (Crow, 2010; Accatino, 2012).

6. DISCUSIÓN

Como ya se ha mencionado en el apartado de resultados del presente trabajo, una gran proporción de investigadores y estudiosos coinciden en la presencia de un lenguaje esquizofrénico propio, con características que ponen de manifiesto una ruptura con la realidad y un evidente deterioro del lenguaje y las habilidades comunicativas (Barrera & Berrios, 2001; Vargas Aragón, 2004; Salavera, 2008; Salavera, 2010; Dörr, 2010). Tras la aplicación de diferentes pruebas y escalas, cuando los aspectos analizados son similares, los resultados concuerdan en distintos estudios y autores. En consecuencia, se establece que las habilidades sociales también se encuentran afectadas, apareciendo un déficit en la cognición social (Palha, 2008); estos sujetos reflejan un gran empobrecimiento social (Salavera, Gost & Antoñanzas, 2010) derivado de un escaso interés en los intercambios comunicativos y fallos en inferir las intenciones del interlocutor, encierro en uno mismo, incoherencia en las producciones verbales, alteraciones a nivel prosódico, etc.

El estudio del lenguaje esquizofrénico ha tenido un elevado interés en investigación en las últimas décadas. No obstante, aún en la actualidad, no solo hay discrepancia en relación a las teorías sobre el origen de estos trastornos y su evaluación, sino también en las características propias de este particular discurso. Una de las razones fundamentales de ello es el empleo de una terminología muy variable en función de los distintos autores y teorías. No hay acuerdo en los términos empleados, existiendo múltiples para hacer referencia a un mismo síntoma. Por ejemplo, la expresión “desorden de pensamiento” ha quedado obsoleta, aunque algunos autores siguen utilizándola. Algunas de las expresiones no tienen una traducción clara al español como *crosstalk* (pararrespuesta) y otras, como “ensalada de palabras”, han sido sustituidas por otros más precisos (“incoherencia”), con el objetivo de obtener una terminología única e internacional a disposición de todos los investigadores.

No obstante, la terminología no es el único impedimento de un óptimo avance en investigación; la revisión efectuada demuestra la enorme heterogeneidad en las pruebas de evaluación empleadas, que hacen hincapié en aspectos muy

diferentes del lenguaje (características formales, aspectos pragmáticos, análisis acústicos, del discurso global, etc.) y se desarrollan empleando técnicas también dispares (observación directa e indirecta, pruebas específicas, entrevistas estructuradas y no estructuradas, etc.), que se basan en diferentes enfoques. Igualmente, varía la formación del evaluador.

Por último, a la hora de analizar las causas de esta heterogeneidad en los resultados, no se puede ignorar la enorme variabilidad de la esquizofrenia en relación tanto a la sintomatología como a la evolución de la misma. Esto supone una gran barrera a superar en estudios futuros.

En 1996, Timothy Crow, uno de los psiquiatras más influyentes en la actualidad, desarrolló una teoría que supuso un giro trascendental en la concepción de la esquizofrenia. Este autor postuló que la aparición de la enfermedad estaría asociada a la mutación genética que permitió el desarrollo del lenguaje en el *Homo Sapiens*. Desde esta perspectiva, aceptada por una parte importante de la comunidad científica, la enfermedad supondría una alteración en la asimetría cerebral que permite el desarrollo del lenguaje en el ser humano; para realizar esta afirmación, se basa en la presencia de este tipo de psicosis en todas las razas y culturas en una prevalencia similar (Kraepelin, 1898), teniendo constancia de la aparición de esta sintomatología desde hace varios siglos: “la esquizofrenia es independiente de la cultura y del ambiente y compromete probablemente a los mismos genes que están relacionados con la hominización: la inteligencia social, el lenguaje y el pensamiento” (Crow, 2000). Defiende, por tanto, la posibilidad de que se encuentre en un gen inestable y asociado a un factor de crecimiento, que se manifiesta, en parte, con un parón en el desarrollo del lenguaje y estancamiento de este, asemejando al de un niño de entre 7 y 10 años, hecho apuntado ya con anterioridad (Pérez Gómez, 1976).

Esta teoría, que ha sido aceptada y desarrollada posteriormente por otros autores (Dörr, 2010; Crow, 2010), pone de manifiesto la enorme relación entre la esquizofrenia y el lenguaje, dando pie a la posibilidad de diagnosticar y evaluar a estos sujetos a través de él, así como al desarrollo de intervenciones específicas en relación a aspectos comunicativos.

No obstante, muchos investigadores y psiquiatras refutan esta hipótesis, argumentando que es una enfermedad de aparición reciente y que no existen documentos fiables que acrediten su antigüedad (Hare, 2002).

Otros tratan de elaborar una hipótesis combinada en la que ambas teorías cuentan con aciertos y errores, basándose en las diferencias entre el humano primitivo y el actual respecto a lo que supone en la actualidad y en el pasado un comportamiento inadaptativo (Traver, 2009).

A pesar de que la aplicación de las escalas revisadas (TLC, FTD – C y FTD – P, TALD) resalta la existencia de sintomatología lingüística típica de la esquizofrenia, estas, por sí solas, no constituyen un instrumento de diagnóstico fiable, ya que muchos de los síntomas aparecen en otro tipo de patologías mentales en las que también existe un trastorno formal del pensamiento, tales como son manía, depresión e incluso algunos tipos de afasia y demencia.

Por ejemplo, los ítems objetivos positivos de la escala TALD, como la perseveraciones, neologismos y descarrilamiento son más representativos de manía (Kircher, Krug, Stratmann, Ghazi, Schales, Frauenheim & Nagels, 2014), y en la TLC se obtienen puntuaciones globales similares entre esta patología y la esquizofrenia (Andreasen, 1979). Los síntomas negativos aparecen de manera equitativa en esquizofrenia y depresión, y algunos rasgos concretos aparecen en porcentajes diferentes en las tres alteraciones. No obstante, a la hora de diferenciar manía de esquizofrenia, sí se verifica que tanto la pobreza del habla como la de contenido son más típicas de la segunda, mientras que el habla atropellada y el discurso divergente aparecen de manera significativamente mayor en la primera (Andreasen, 1979).

Todo ello pone de manifiesto que el trastorno formal de pensamiento no es un criterio exclusivo para el diagnóstico de esquizofrenia, ya que aparece igualmente en manía y algunos de sus síntomas también se producen en desórdenes afectivos (Andreasen, 1979).

No obstante, mediante la aplicación de otro tipo de evaluación, sí es posible diferenciar el lenguaje esquizofrénico de otras afecciones como, por ejemplo, la demencia fronto – temporal (DFT), basándose en el análisis de la prosodia

afectiva en lugar del análisis del discurso. Aunque ambos grupos de pacientes manifiestan una disminución en los valores de intensidad, frecuencia fundamental y velocidad del habla respecto a la normalidad, los sujetos con esquizofrenia reflejan una variabilidad mucho menor a causa de un déficit en la cognición social que se manifiesta como una alteración en el reconocimiento y la expresión de emociones, y no a una dificultad en la fluidez, como es en el caso de sujetos con DFT (Martínez, Felizzola Donado & Matallana Eslava, 2015).

Esto mismo sucede con la afasia de Wernicke; a pesar de que esta patología sí cursa con trastornos del pensamiento, las características difieren de las de un sujeto con esquizofrenia, puesto que los primeros no muestran una temática principal recurrente ni realizan asociaciones sonoras, su comprensión se encuentra alterada y no son conscientes de lo inusual de su discurso ni de la creación de neologismos (Accatino, 2012).

Habiendo plasmado numerosos autores (Roder & Jimeno, 1998; Pardo & Lerner, 2001; Vargas Aragón, 2004; Salavera, 2008; Salavera & Puyuelo, 2010; Accatino, 2012; Jimeno, Sánchez, Mendizábal & Vargas, 2012) la necesidad de diseñar instrumentos de intervención específicos para personas con esquizofrenia, el desarrollo de estos aún no progresa a la velocidad que cabría esperar. No obstante, sí se dispone de algunos programas, aunque de entre los que destaca el IPT (Programa Psicológico Terapéutico Integrado), desarrollado por Roder, V. y cols. hace ya más de 30 años. Este programa, que sigue un enfoque cognitivo – conductual y cuya aplicación es grupal, permitiendo optimizar recursos, integra funciones cognitivas y sociales, y se divide en 5 bloques, de los cuales el tercero, “comunicación verbal” abarca de forma directa la intervención sobre el lenguaje. Además, este último es el método de aplicación de todo el programa, que se desarrolla, en su mayor parte, de manera oral. Tras ponerse en práctica el IPT sobre diferentes grupos de sujetos (Roder & Jimeno, 1998), se observa una significativa reducción de episodios psicóticos y una menor tasa de recaída, aunque varían los resultados en función de la conducta social y el ámbito psicopatológico de cada paciente (Roder, Brenner, Hodel & Kienzle, 1996).

Al tratarse de un instrumento sumamente útil y cuya aplicación denota resultados prometedores, propondría una mayor difusión del IPT en diferentes instituciones de salud mental.

Existen en español otros programas como *Patología Dual: Protocolos de Intervención – Esquizofrenia*, dirigido a sujetos con esquizofrenia asociada al consumo de sustancias, y numerosos programas de intervención familiar en esquizofrenia. Estos últimos tienen el objetivo de favorecer la generalización de lo adquirido al ambiente cotidiano del paciente en sus entornos familiar y social, permitiendo una mejora de su calidad de vida.

Una parte de la investigación se ha centrado en demostrar la aparición de cierta sintomatología relativa al lenguaje que podría considerarse prodrómica del desarrollo posterior de la enfermedad (Fernández Hermida, 1986; Miret, Fatjó – Vilas, Peralta & Fañanás, 2016) aunque no sean necesarios ni suficientes para ello (Fernández Hermida, 1986). Este hecho tiene especial relevancia para la detección e intervención precoces en estos sujetos, que permitirá su continuación del proceso educativo, así como la prevención de un deterioro mayor en las habilidades sociales y comunicativas.

La logopedia todavía es, en la sociedad actual, una disciplina que se está abriendo camino y dándose a conocer paulatinamente. Al igual que sucede con otras afecciones, en la esquizofrenia es aún un gran desconocido. A pesar de varios autores (Roder & Jimeno, 1988; Pardo & Lerner, 2001; Salavera, 2008; Accatino, 2012; Jimeno, Sánchez, Mendizábal & Vargas, 2012) hayan afirmado, en la bibliografía revisada, la importancia de intervenir sobre aspectos comunicativos, esta intervención iría destinada a la mejora de las habilidades sociales, y no se menciona la participación del logopeda. Como profesional que debería formar parte del equipo interdisciplinar que lleva a cabo el tratamiento sobre pacientes con esquizofrenia, tan solo se hace referencia explícita al logopeda en dos artículos (Roder & Jimeno, 1998; Jimeno, Sánchez, Mendizábal & Vargas, 2012), cuestión que debería ser objeto de reflexión.

¿Por qué el paciente con esquizofrenia no es considerado un sujeto susceptible de intervención logopédica? La respuesta podría ser que, dado que los

aspectos formales del lenguaje no se encuentran tan alterados como cabría esperar, sino que la afección lingüística se observa con mayor claridad al analizar la globalidad del discurso, no se hace hincapié en la intervención sobre el lenguaje como tal. No obstante, en los programas e instrumentos diseñados hasta la actualidad para la rehabilitación en esquizofrenia, sí se interviene sobre aspectos comunicativos y lingüísticos, aunque no se haga alusión a ello, o bien se rehabilita utilizándolo como base del tratamiento en otras áreas.

Sin embargo, sí se insiste en la importancia de la intervención en relación a las habilidades sociales de estos pacientes (Roder & Jimeno, 1998; Vargas Aragón, 2004; Salavera, Gost & Antoñanzas, 2010), siendo el lenguaje y la comunicación un punto fundamental del tratamiento para la reintegración de las personas con esquizofrenia en la sociedad.

La intervención logopédica tanto en pacientes con esquizofrenia como en sujetos de riesgo podría centrarse en aspectos como la supresión de neologismos y repeticiones (ecolalia), una adecuada prosodia, la coherencia del discurso y una conveniente selección de términos a emplear. Para ello, podrían emplearse técnicas como la creación de textos centrándose en una lista de ideas simples a desarrollar o responder correctamente a preguntas con una temática muy concreta, insistiendo en una velocidad y entonación apropiadas, en no desviar la producción hacia uno mismo ni hacia síntomas asociados al delirio y en utilizar adecuadamente todos los recursos atencionales focalizados en la tarea.

7. CONCLUSIONES

Tras el análisis y la reflexión de la bibliografía seleccionada, se extraen una serie de conclusiones en base a los objetivos establecidos inicialmente:

1. Las publicaciones en español en relación a las características del lenguaje en la esquizofrenia son escasas, si bien puede afirmarse que aparecen abundantemente en otros idiomas (inglés). Sería preciso una mayor dedicación para investigar este tipo de trastornos en nuestro entorno.
2. En la actualidad, se dispone de una cantidad considerable de escalas y pruebas que evalúan, de manera directa e indirecta, diferentes aspectos del lenguaje y comunicación en las esquizofrenias. Existe, no obstante, una gran heterogeneidad en las mismas, pues en ocasiones valoran sintomatología diferente, utilizan métodos cuantitativos o cualitativos, y los evaluadores proceden de diversas orientaciones profesionales.
3. La variabilidad de las escalas y pruebas aplicadas da lugar a una gran heterogeneidad de resultados, que se atribuye también a las características y evolución de la enfermedad. En fases iniciales de la esquizofrenia son muy frecuentes los síntomas de tipo positivo, mientras que en fases crónicas los síntomas son preferentemente negativos y el lenguaje y la comunicación se encuentran habitualmente más afectados.
4. En la revisión efectuada, no se han hallado rasgos lingüísticos específicos que permitan diagnosticar la esquizofrenia únicamente en función del lenguaje. No aparecen, pues, rasgos patognomónicos de la enfermedad, manifestándose parte de los síntomas, como la pobreza del habla y del contenido, el habla atropellada o el descarrilamiento, también en otros trastornos mentales.
5. Se ha sugerido que la aparición de la esquizofrenia se asocia a la de la mutación genética que predispuso al *Homo Sapiens* para el desarrollo del lenguaje, y que se basa en una alteración en la asimetría cerebral que lo permite.

6. En la bibliografía revisada se resalta sucintamente la relevancia de la intervención sobre el lenguaje y comunicación en sujetos con esquizofrenia, lo cual se considera un elemento básico en la rehabilitación de las habilidades sociales de los pacientes.
7. Las alusiones al logopeda en la bibliografía revisada son muy escasas, ya que el papel del logopeda es aún un gran desconocido en el ámbito de la esquizofrenia. A pesar de ello, se estima que su papel es esencial por: ser el lenguaje y la comunicación una de las áreas más afectadas en esta patología, favorecer un mejor funcionamiento global del sujeto y prevenir la aparición de aislamiento social y otras complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Accatino, L. (2012). Alteraciones del lenguaje en esquizofrenia. *Revista Memoriza*, 9, 1–8.
- Andreasen, N. (1979). Thought, Language and Communication Disorders I. *Arch Gen Psychiatry*, 36.
- Andreasen, N. (1979). Thought, Language and Communication Disorders II. *Arch Gen Psychiatry*, 36, 1325–1330.
- Barch, D. M., & Berenbaum, H. (1996). Language Production and Thought Disorder in Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(1), 81–88.
- Barrera, A., & Berrios, G. (2001). Investigación del Trastorno Formal del Pensamiento en la esquizofrenia: una mirada crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21.
- Barrera, A., McKenna, P. J., & Berrios, G. E. (2008). Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 225–234.
- Belinchón, M. (1988). Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística. *Estudios de Psicología*, 105–144.
- Belinchón, M. (1988). Hacia una caracterización empírica del lenguaje esquizofrénico: de la descripción estructural de los discursos a la reconstrucción de los procesos implicados en la producción verbal. *Estudios de Psicología*, 157–190.
- Crow, T. (2000). Schizophrenia as the price that Homo sapiens pays for language: A resolution of the central paradox in the origin of the species. *Brain Research Reviews*, 31(2-3), 118–129.

- Dörr, O. (2010). Esquizofrenia, lenguaje y evolución (o las esquizofrenias como logopatías). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1), 1–7.
- 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), 259–270.
- Fernández Hermida, J. R. (1986). Lenguaje y esquizofrenia. *Revista de Psicología General y Aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 41.
- García-Mateos, M., Mayor Cinca, M. A., de Santiago Herrero, J., & Zubiauz de Pedro, B. (2014). Prevalencia de las patologías del habla, del lenguaje y de la comunicación. Un estudio a lo largo del ciclo vital. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 163–170.
- Gavilán Ibáñez, J. M., & García-Albea, J. E. (2013). Theory of mind and language comprehension in schizophrenia. *Psicothema*, 25(4), 440–445.
- Grijalvo, J., Huici, P., & Insúa, P. (2001). Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia: síntomas clínicos y medidas psicolingüísticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (25), 27–50.
- Jimeno, N., Sánchez, C., Mendizábal, N., & Vargas, M. L. (2012). Análisis psicopatológico del lenguaje y comunicación en la esquizofrenia. Experiencia piloto en pacientes ambulatorios. IV Congreso, Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP), Zaragoza.
- Kircher, T., Krug, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., Nagels, A. (2014). A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought And Language Disorder (TALD). *Schizophrenia Research*, 160(1-3), 216–221.

- Lerner, B., & Pardo, M. L. (2001). El discurso psicótico: una visión multidisciplinaria desde la lingüística y la psiquiatría. *Revista Signos*, (49), 139–148.
- Martínez, A., Felizzola, C. A., & Matallana, D. L. (2015). Valoración de prosodia espontánea afectiva y análisis de discurso en pacientes con esquizofrenia y demencia frontotemporal (DFT) variante lingüística. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 13–19.
- Miret, S., Fatjó-vilas, M., Peralta, V., & Fa, L. (2016). Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9.
- Mozos, A., Pérez, M., Portela, B., Tabernero, A., & Pérez, J. (2012). A propósito de un caso de espasmofemia tratado con olanzapina. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(4), 231–233.
- Moya, A. (1990). Análisis formal del discurso esquizofrénico: problemas metodológicos. *Anuario de Psicología*, 36(47), 117–144.
- Palha, F. (2008). Cognición Social en la Esquizofrenia: Breve revisión de conceptos e instrumentos de valoración. *Rehabilitación Psicosocial*, 5(1-2), 31–37.
- Pardo, M. L., & Buscaglia, V. (2013). Discurso y aplanamiento afectivo. *Discurso y Sociedad*, 7(1), 97–110.
- Pérez Gómez, A. (2012). Pensamiento y lenguaje en la esquizofrenia: revisión de un problema complejo y confuso. *Revista Colombiana de Psicología*, 83–93.
- Rochester, S. R. (1988). Las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia aguda: ¿son realmente problemas del procesamiento de la información? *Estudios de Psicología*, 9(33-34), 145-155.
- Roder, V., D. Brenner, H., Hodel, B., & Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona, España: Ariel Psiquiatría.

- Roder, V., Jimeno, N. (1998). Tratamientos logopédico – cognitivos del déficit psicótico: el Programa IPT. *Avances en Salud Mental*, 2, 8-14.
- Roder, V., Mueller, D. R., & Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia Patients: a research update. *Schizophrenia Bulletin*, 37(suppl 2), S71-S79.
- Salavera, C., & Puyuelo, M. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30(2), 84–93.
- Vargas, M. L. (2004). Posibilidades de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. *Revista de Neurología*, 38(5), 473–482.
- Salavera, C., Antoñanzas, J. L., & Gost, M. (2010). Habilidades sociales en la esquizofrenia. Trabajo Social vs Psicología. *Documentos de Trabajo Social*, 48, 223–231.
- Salavera, C. (2010). Trabajando la prevención: habilidades comunicativas en personas con esquizofrenia. Conocer la enfermedad para trabajar desde la escuela. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 13(4), 221–226.
- Salavera, C. (2008). ¿Por qué no entendemos a las personas con esquizofrenia? *Documentos de Trabajo Social*, 155–164.