

Alteraciones del lenguaje en Esquizofrenia

Language disorders in Schizophrenia

Dr. Luigi Accatino S. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia

Universidad Católica de Chile

Correspondencia: Luigi Accatino, lpaccati@gmail.com

Resumen

La esquizofrenia es una patología psicótica crónica de inicio en adolescencia, que provoca importante deterioro funcional en el individuo y se asocia a una alta morbimortalidad. Desde las primeras descripciones psicopatológicas de esta enfermedad ha llamado la atención las alteraciones cognitivas, dentro de las cuales destacan las alteraciones del lenguaje. En el siguiente trabajo se revisan las principales alteraciones en lenguaje, a nivel de fonética y fonología, sintaxis, semántica y pragmática; cómo diferenciarlas de afasias secundarias a patologías neurológicas y las líneas que deben seguir las futuras investigaciones.

Introducción

La esquizofrenia (EQZ) es una patología psicótica crónica, que afecta aproximadamente al 1% de la población, cifra relativamente constante en diversos países y culturas, afectando en forma similar a hombres y mujeres de diversas clases sociales. Suele iniciarse antes de los 25 años y tener una evolución crónica con gran compromiso de la funcionalidad del individuo y con importante morbimortalidad asociada (Sadock 2004). Ha sido descrita como “la peor enfermedad que ha afectado al ser humano” (Editorial 1988) y se encuentra dentro de las diez enfermedades más discapacitantes dentro del ranking de la OMS (World Health Organization 2001).

Si bien a la EQZ se la conceptualiza como una sola enfermedad, es probable que abarque un grupo de trastornos con etiologías heterogéneas, con presentaciones clínicas, respuesta terapéutica y evolución que varían considerablemente de paciente en paciente. (Sadock 2004)

Clínica

Pese a que no se ha logrado definir cuáles serían los criterios esenciales para diagnosticar con certeza la EQZ, existe consenso sobre las principales características clínicas del síndrome esquizofrénico. Dada la amplia gama de síntomas y signos que pueden aparecer en la EQZ, éstos se suelen agrupar en diversas dimensiones: en síntomas positivos, negativos, cognitivos, anímicos, motores y de desorganización. En este trabajo se profundizará en los síntomas cognitivos con especial énfasis en lenguaje, los cuales se revisarán aparte.

En cuanto al curso evolutivo de la enfermedad, se describe un estado premórbido, en el cual habría síntomas cognitivos y motores subsindromáticos, asociados a cierto grado de disfunción social. Posteriormente aparece un pródromo de síntomas positivos atenuados, seguidos de un primer episodio psicótico que marca el inicio de la

enfermedad. Éste suele ser seguido por nuevos episodios psicóticos hasta alcanzar una etapa de estabilización en la cual los síntomas positivos tienden a extinguirse, predominando los síntomas deficitarios o negativos. (Tandon 2009, Keshavan 2011)

- a) Síntomas positivos: Incluyen alucinaciones e ideas delirantes. Las ideas delirantes pueden variar en su grado de persistencia, sistematización e influencia en el comportamiento del individuo; temáticas frecuentes son las persecutorias y de referencias, también puede aparecer delirios de control, inserción y transmisión del pensamiento. Las alucinaciones pueden aparecer en cualquier modalidad sensorial, siendo las auditivas las más frecuentes.
- b) Síntomas negativos: incluyen el aplanamiento afectivo y de la expresión emocional, abulia, alogia, anhedonia, falta de iniciativa, apatía y retraimiento social.
- c) Síntomas cognitivos: desde Kraepelin, quien acuñó el término de “dementia precox” para referirse a un grupo de enfermedades que se caracterizaban por un deterioro cognitivo de inicio en la juventud, que se ha hecho énfasis en la relevancia de los déficit cognitivos en la EQZ. Posteriormente Bleuler, quien comenzó a utilizar el término esquizofrenia, también sostuvo que el deterioro cognitivo era esencial en la enfermedad. En las últimas tres décadas se han realizado importantes esfuerzos en investigar estos aspectos, dado los avances en neuroimágenes, pruebas neurocognitivas y el impacto significativo en la funcionalidad al cual estos déficit están asociados.

Los hallazgos más significativos en ésta línea han sido: (I) El deterioro cognitivo en EQZ es altamente prevalente (si no universal) en diversos grados de severidad (II) El deterioro cognitivo distingue a los pacientes EQZ de los controles sanos en forma robusta (III) El déficit cognitivo es de naturaleza generalizada, con compromiso de la memoria episódica, velocidad de procesamiento, fluencia verbal, atención, funciones ejecutivas y memoria de trabajo (IV) Un menor grado de déficit cognitivo suele estar presente en la etapa premorbida y también suele comprometer a parientes no psicóticos de los pacientes (V) Estos síntomas suelen ser persistentes (VI) Suelen responder en forma modesta al tratamiento con antipsicóticos (VII) El deterioro cognitivo es un potente predictor de mal pronóstico a nivel social y vocacional.

- d) Desorganización del pensamiento: las alteraciones en el curso formal del pensamiento hacen referencia a la fragmentación de la naturaleza lógica, progresiva y dirigida a metas del pensamiento normal. Pueden ir desde una circunstancialidad o tangencialidad leve hasta incoherencias severas como las asociaciones laxas, decarrilamientos y bloqueos.
- e) Síntomas Motores: lo más frecuente son diversos grados de agitación psicomotora generalmente asociada a síntomas positivos. Las alteraciones pueden ir desde manierismo y estereotipias hasta patrones motores más complejos como los observados en las diversas formas de catatonía.

- f) Síntomas anímicos: las alteraciones en la experiencia y expresión emocional son síntomas importantes de la EQZ. La reactividad emocional puede estar aumentada en relación a síntomas positivos.

Tabla 1

<p>A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ideas delirantes 2. Alucinaciones 3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia) 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado 5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia <p>B. Disfunción social/laboral</p> <p>C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo</p> <p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica</p>

Criterios diagnósticos de EQZ según el DSM IV. (APA 2000)

Alteraciones del lenguaje en EQZ

La mayoría de los pacientes con EQZ tienen anomalías en el lenguaje, éstas son muy variadas y generalmente difíciles de caracterizar. Con frecuencia no queda claro si reflejan deficiencias a nivel del lenguaje mismo o están relacionados a otras dificultades cognitivas como planificación, ejecución o memoria. (Covington 2005)

Al ser el lenguaje la forma de acceder a evaluar el pensamiento, en su curso formal o contenido, con frecuencia en la literatura psiquiátrica se mezclan estos ámbitos. Manifestaciones de alteraciones del curso formal del pensamiento incluyen la pobreza de contenido (falla en expresar suficiente información), laxitud con pérdidas de las metas, asociaciones sonoras (producción de frases según las características fonológicas de las palabras pronunciadas previamente) y otros tipos de incoherencias que pueden llegar a ser ininteligibles. (Covington 2005)

Fonética y fonología

La aprosodia, con un aplanamiento en la entonación, es generalmente descrita como un síntoma negativo de la EQZ. Además suele incluir más pausas y vacilaciones que lo normal, lo cual podría ser secundario a dificultades a nivel semántico o pragmático más que un déficit específico en la fonación. (Covington 2005)

En cuanto a la calidad de la voz, Stein analizó las voz de los pacientes musicológicamente encontrando alteraciones en el tono, con aplanamiento en la mayoría de los pacientes esquizofrénicos, no así con pacientes maníacos o con otras psicosis reactivas. Desde su perspectiva este aplanamiento no reflejaba la ausencia de emociones, sino la incapacidad para expresar los afectos. (Stein 1993)

Sintaxis

La sintaxis es un área de la gramática cuyo objeto de estudio son las relaciones que mantienen dentro de la oración las distintas unidades significativas, la función que cumplen en la estructura de la oración, y sus reglas de combinación.

La sintaxis de los pacientes con EQZ suele estar conservada, aunque la semántica y la organización del lenguaje se encuentren muy afectados. Podemos encontrar una “ensalada de palabras” con sintaxis normal:

- “Si necesitamos jabón cuando saltas a una piscina con agua, y después cuando vas a comprar bencina, mis padres siempre han pensado que deberían ser populares, pero lo mejor es comprar aceite de motor” (Andreasen 1979 a).

Se ha demostrado una disminución en la complejidad de la sintaxis en pacientes con EQZ, lo cual no necesariamente sería secundario a una alteración en este elemento sino se explicaría por un déficit cognitivo global, con dificultades en la concentración o preferencia por expresar ideas más simples. Esta tendencia a la simplificación sería mayor en pacientes con mayor sintomatología negativa, en los cuales tiene una evolución crónica con pobre respuesta a tratamiento. (Thomas 1990)

Semántica

El término semántica se refiere a los aspectos del significado, sentido o interpretación de signos lingüísticos como símbolos, palabras, expresiones o representaciones formales.

En la EQZ existen importantes fallas a nivel de la semántica expresiva la cual se encuentra alterada a nivel del lenguaje y probablemente también a nivel del pensamiento. Estas alteraciones pueden ser muy floridas. A continuación se presenta un ejemplo:

-“Oh, era excelente (la vida en el hospital), los trenes rotos, y la sensación del estanque en la puerta de entrada...” (Oh 2002)

Incluso se ha sugerido que la EQZ sería esencialmente un trastorno semiótico (Wróbel 1990), con una alteración en la capacidad de reconocer y utilizar las relaciones entre signos (palabra–objeto, pensamiento –objeto, objeto–objeto), destacando que uno de los primeros síntomas de la enfermedad suele ser la sensación de que todo en el ambiente está tomando un significado distinto, lo cual posteriormente evolucionaría hacia ideas delirantes propiamente tales.

Pragmática

La pragmática es la relación entre el lenguaje y su contexto, siendo probablemente el nivel lingüístico más alterado en la EQZ. Pese a que su pronunciación y gramática pueden ser perfectamente normales, tienden a comentar cosas extrañas en momentos extraños.

Un aspecto de la pragmática es la cohesión, que es la capacidad de enlazar un serie de enunciados a través de palabras y estructuras de frases explícitas, como pronombres, conjunciones, elipsis, repetición, etc. Un aspecto importante de la cohesión es establecer referencias, por ejemplo, identificar sobre qué objeto del mundo real nos estamos refiriendo al hablar y mantener esta referencia sin repetirlo excesivamente. Las alteraciones en la cohesión son frecuentes en los pacientes con EQZ y han demostrado ser independientes de la presencia de alteraciones en el curso formal del pensamiento. Tienden a un reducido uso del léxico de cohesión, utilizan frecuentemente referencias no verbales, como apuntar al objeto; tienden a no utilizar referencias indirectas o suposiciones, como si desconfiaran que el oyente pudiera entenderlos. (Rochester y Matin 1979). El lenguaje en EQZ a momentos parece incoherente, con una ausencia general de estructura y alteraciones en la planificación del discurso.

Léxico

La dificultad para encontrar palabras se puede observar en múltiples trastornos mentales, desde lesiones cerebrales hasta la simple fatiga pueden provocar dificultades en este aspecto. En la esquizofrenia este síntoma suele presentarse en formas más complejas. Es frecuente la aproximación de palabras, utilizando palabras que sólo se aproximan al significado buscado. Un ejemplo de esto sería nombrar como “reflector” a un espejo, o “zapato para manos” a un guante. (Mackenna 1994, Andreasen 1979) Allen atribuye la menor fluencia verbal en EQZ a dificultades en la recuperación léxica; en sus estudios el vocabulario estaba disponible pero su acceso era ineficiente. (Allen 1993)

Otra alteración frecuente en pacientes con EQZ en esta línea es la presencia de neologismos, generando nuevas palabras para describir tanto aspectos comunes o de su propia vivencia de la realidad.

Alteraciones del lenguaje en EQZ vs. afasia

Es importante poder diferenciar el déficit del lenguaje que se pueden observar en la EQZ de las afasias que pueden ocurrir secundarias al daño orgánico cerebral, como las secundarias a accidentes vasculares encefálicos (AVE) o a lesiones cerebrales traumáticas. Esto puede ser complejo dada la gran heterogeneidad de alteraciones que se pueden observan tanto en la EQZ como en las afasias.

Lecours y Vanier-Clément afirmaron que los síntomas tipo afasia en pacientes con EQZ aparecían en una proporción menor de los pacientes y eran observados en forma ocasional, mientras que las afasias producidas por AVE persistían en el tiempo. Complementariamente los pacientes con afasias no tendrían alteraciones en el pensamiento, pero lo expresarían con dificultad; mientras que los pacientes con EQZ tienen pensamientos extraños y los expresan con relativa facilidad. (Lecours y Vanier-Clément 1976)

Pinard y Lecours compararon el lenguaje esquizofrénico con la afasia de Wernicke, en la cual los pacientes tienen un lenguaje fluente pero ininteligible. Dentro de las diferencias más significativas aparece que generalmente los esquizofrénicos tienen una temática principal o recurrente, mientras que los pacientes afásicos no lo tienen. Son frecuentes en pacientes con EQZ los cambios de temas en relación al sonido de una

palabra en particular (asociación sonora), infrecuente en pacientes afásicos. En el discurso de un esquizofrénico frecuentemente encontramos palabras inhabituales, que evidencian un vocabulario intacto, mientras que los pacientes con jergafasia pueden ser muy fluentes pero con un vocabulario restringido. El lenguaje esquizofrénico puede incluir la creación conciente de neologismos, estando concientes también de que su discurso puede ser restringido e inusual. Los pacientes con afasias fluentes e ininteligibles suelen ser anosognósicos sobre su déficit y si producen neologismos lo hacen en forma inconciente. (Pinard y Lecours 1983)

Taylor, basado en su experiencia clínica refiere que uno de los aspectos más útiles para diferencias a los esquizofrénicos de pacientes afásicos sería que en los primeros la comprensión verbal suele estar intacta. (Taylor 1999)

Teoría fisiopatológica de las alteraciones del lenguaje en EQZ

Se han realizado múltiples esfuerzos por dilucidar la fisiopatología de la EQZ, intentando comprender cómo interactúan los diversos sistemas de neurotransmisores que han sido involucrados en esta enfermedad, en los que aparecen con principal importancia la dopamina y el glutamato y, en menor medida, las vías serotoninérgicas, adrenérgicas y GABAérgicas. Esto se ha complementado con estudios de neuroimágenes, dirigidas a dilucidar qué áreas del sistema nervioso central serían las más afectadas, no existiendo aún un modelo universalmente aceptado que explique el desarrollo de esta enfermedad.

En un intento por integrar los aspectos neurobiológicos y cognitivos de la EQZ, Crow (Crow1995) afirma que lo central en esta patología sería la disociación entre pensamiento, percepción del lenguaje, producción del lenguaje y significado. Estas disociaciones se producirían por desconexiones a diversos niveles en el sistema nervioso central secundario a un control aberrante de la plasticidad sináptica. (Stephan et al. 2009).

Estas alteraciones de la conectividad irían desde las conexiones interhemisféricas hasta las conexiones entre neuronas de las diversas estructuras de cada hemisferio. Las personas con EQZ podrían fallar en el proceso de establecer dominancia hemisférica para algunos elementos centrales del lenguaje, esto ha sido confirmado con evidencia anatómica y funcional de alteraciones en la asimetría hemisférica, lo cual estaría asociado al riesgo genético de desarrollar la enfermedad. (Crow 2008)

En relación a las alteraciones en áreas específicas de cada hemisferio se ha observado un aumento en la actividad dopaminérgica en la vía meso-límbica, que estaría relacionada con la presencia de alucinaciones e ideas delirantes; mientras que una disminución de la actividad dopaminérgica a nivel del área dorsolateral de la corteza prefrontal, se asociarían a una reducción en la memoria de trabajo y a alteraciones del lenguaje en pacientes esquizofrénicos.

Pese a los avances realizados en el estudio de la fisiopatología de la EQZ, se han realizados hallazgos aislados, los cuales se van sumando para ir dando origen a nuevas teorías, sin embargo, aún no se ha llegado a una teoría integradora que abarque todos los aspectos de la enfermedad. Estas dificultades podrían tener relación con que

probablemente dentro de lo que hoy denominamos EQZ, coexistan diversas patologías, dado lo variable de su clínica y evolución, con procesos fisiopatológicos distintos.

Futuras líneas de investigación

Existen múltiples áreas por explorar adecuadamente dentro de las alteraciones del lenguaje en EQZ. En una revisión reciente de la literatura en este aspecto Covington (Covington 2005) destaca los siguientes puntos:

- Desarrollo de instrumentos computacionales para el análisis lingüístico, lo cual permitiría aumentar la velocidad de procesamiento y disminuir sesgos al analizar los datos al ser completamente reproducibles.
- Investigar la naturaleza paroxística de las alteraciones del lenguaje en EQZ. Evaluar si estas alteraciones pueden ser inducidas por pruebas cognitivas, estímulos o drogas, para obtener luces sobre el funcionamiento cerebral durante estos episodios.
- La heredabilidad de las alteraciones del lenguaje también deben ser investigadas en mayor profundidad, ya que podrían dar bases para diferenciar distintos tipos de EQZ.
- Casos subclínicos y prodrómicos de EQZ podrían ser detectados mediante mediciones de alteraciones en el lenguaje. Esto es especialmente relevante ya que hay evidencia que indica que el tratamiento sería más efectivo si es iniciado precozmente.

Bibliografía

- Allen H, Liddle P, Frith C, Negative features, retrieval processes and verbal fluency in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993; 163:769–775.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.) TR. Washington, DC, EE. UU.
- Andreasen N. Thought, language, and communication disorders: clinical assessment, definition of terms, and assessment of their reliability. *Arch. Gen. Psychiatry* 1979; 36: 1315–1321.
- Crow J. Constraints on concepts of pathogenesis. Language and the speciation process as the key to the etiology of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52 (12):1011–1014 discussion 1019–1024.
- Crow T, The ‘big bang’ theory of the origin of psychosis and the faculty of language. *Schizophrenia Research* 2008; 102 (1–3): 31–52.
- Editorial. Where next with psychiatric illness? *Nature* 1988; 336: 95–96.
- Keshavan M, Nasrallah H, Tandon R. Schizophrenia, “Just the Facts” 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: From the elephant to the Mouse. *Schizophrenia Research* 2011; 127: 3–13.
- Lecours A, Vanier-Clement M. Schizophasia and jargon- aphasia. *Brain Lang* 1976; 3: 516–565.
- McKenna P 1994. *Schizophrenia and Related Syndromes*. Oxford University Press, Oxford.

- Oh T, McCarthy R, McKenna P. Is there a schizophasia? A study applying the single case approach. *Neurocase*, 8(3):233-44
- Wrobel J. *Language and Schizophrenia*. Benjamins, Amsterdam. *Linguistic and Literary Studies in Eastern Europe*, 1990. 33.
- Pinard G, Lecours A. The language of psychotics and neurotics. In: Ours, A.R., Lhermitte, F., Bryans, B. (Eds.), *Aphasiology*. Ballie`re Tindall, London, 1983. pp. 313–335.
- Rochester S, Martin, J. *Crazy Talk: A Study of the Discourse of Schizophrenic Speakers*. Plenum, New York, 1979.
- Sadock J, Alcott V. Kaplan & Sadock´s *Sinopsis de Psiquiatría*. Novena Edición. Nueva York, Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- Stein J. Vocal alterations in schizophrenic speech. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993. 181: 59–62.
- Stephan K, Friston K, Frith C. Dysconnection in schizophrenia: from abnormal synaptic plasticity to failures of self-monitoring. *Schizophrenia* 2009. *Bulletin* 35 (3): 509–527.
- Taylor M. 1999. *The Fundamentals of Clinical Neuropsychiatry*. Oxford University Press, New York.
- Tandon R, Nasrallah H, Keshavan M. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research* 2009; 110:1–23.
- Thomas P, King K, Fraser W, Kendell R. Linguistic performance in schizophrenia: a comparison of acute and chronic patients. *Br. J. Psychiatry* 1990; 156: 204–210.
- World Health Organization. *Mental Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization, Geneva.