

Afasia y esquizofrenia: aspectos lingüístico-comunicativos

Aphasia and schizophrenia: linguistic-communicative aspects

Flga. Dra. Ana Paula M. G. Mac-Kay¹

Communication is a multidimensional dynamic process that involves context and subject. The functioning of the brain, language, hearing, speech production, stomatognathic system and larynx, among others, directly affects the viability and quality of human communication. A cognitive communication disorder is caused by the deterioration of the functioning of one or more cognitive processes, such as attention, memory, perception, organization, language, processing, problem solving, executive functioning and metacognition among others. Aphasia is a language disorder, caused by a focal brain injury, which affects different aspects of communication, production and understanding of oral and / or written language. In schizophrenia, language and communication disorders are the basis of substantial disadvantages because they affect interpersonal skills and relationships, personal recognition, social integration and work. It is currently important to distinguish the signals that differentiate the two pathologies, from a speech and language pathology perspective, so that the attention to the subject/patient may be developed with more efficiency and the relationship with other professionals more dynamic.

Key words: Speech, Language and Hearing Sciences, Aphasia, Schizophrenia.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2019; 57 (1): 52-56

El lenguaje verbal es un ejemplo de función cortical superior y su desarrollo se sustenta por un lado en una estructura anatomofuncional genéticamente determinada y, por el otro, en un estímulo verbal que depende del medio ambiente. Es un instrumento social utilizado en las interacciones con el objetivo de lograr la comunicación y es considerado como un proceso que se desarrolla a través de la vida¹. La neurofisiología del lenguaje, audición, producción del habla, sistema estomatognático y laringe, entre otros, afecta directamente la viabilidad y calidad de la comunicación humana. El trastorno de lenguaje primario se refiere a los

cuadros donde se presentan desviaciones en los patrones normales de adquisición del lenguaje, desde las etapas tempranas de desarrollo. Se caracterizan por déficits en la comprensión o producción, pero no están directamente relacionados a anomalías neurológicas, con anomalías anatómicas del aparato fonador, compromisos sensoriales, retraso mental o factores ambientales; otros cuadros son considerados trastornos de lenguaje secundarios.

La comunicación es un proceso dinámico, multidimensional, que involucra contexto y sujeto y requiere habilidades lingüísticas y cognitivas. La comunicación interpersonal es una herramienta

Recibido: 23/03/2018

Aceptado: 28/03/2019

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Académica en la Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Viña del Mar.

fundamental para el ajuste de la vida, vinculando a las personas con su entorno². Los trastornos de la comunicación agrupan una serie de condiciones que varían en términos de tipo, gravedad y concurrencia con otros síntomas que limitan el lenguaje, la cognición, movilidad, audición y visión.

Un trastorno de la comunicación de tipo cognitivo comunicativo (TCC) se produce por el deterioro del funcionamiento de uno o más procesos cognitivos, como atención, memoria, percepción, organización, procesamiento, resolución de problemas, funcionamiento ejecutivo, metacognición y lenguaje, entre otros. Este tipo de trastorno varía en grados de severidad de modo que un sujeto con un déficit leve puede simplemente tener dificultad para concentrarse en un ambiente ruidoso, mientras que un otro con un impedimento más severo no sea capaz de comunicarse en absoluto³. Un TCC presenta características como dificultad para mantener el tema de una conversación, para evocar (memoria), para responder con precisión o para comprender lenguaje metafórico o lenguaje estructuralmente muy complejo, entre otros³.

Estudios^{4,5}, apoyados en exámenes de neuroimagen funcional, sobre lesión neurológica asociada a tareas cognitivas, indican que el procesamiento del lenguaje no depende solo de las áreas de Broca y Wernicke, pero también del trabajo conjunto de distintas áreas cerebrales, tal como fue postulado por los estudios clásicos de Luria.

La afasia es un síndrome consecuente de una lesión focal cerebral y se manifiesta con señales de trastornos tanto de la comprensión como de la expresión del lenguaje oral y escrito, en diferentes niveles y grados de severidad^{5,6}. Es una secuela común en los casos de accidente cerebrovascular (ACV) que interfiere en las tareas académicas, ocupacionales, laborales y en la vida social del sujeto^{5,6}. Las clasificaciones utilizadas para calificar los diferentes síntomas y problemas del lenguaje, aunque cristalizadas a lo largo de los siglos, presentan variaciones con relación a los nombres de las categorías clínicas^{6,7} y no logran dar cuenta de la complejidad de los fenómenos, de explicar las particularidades que cada sujeto afásico presenta. La variación terminológica refleja las diferentes

concepciones de los diferentes autores sobre el lenguaje, la cognición y el funcionamiento cerebral⁶⁻⁸. Tradicionalmente, la clasificación es de acuerdo con el locus de la lesión + señales clínicas (afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia anómica, afasia global, afasia transcortical motora, afasia transcortical sensorial, afasia de conducción y afasias subcorticales) o según la fluidez del lenguaje (fluyente y no fluyente)⁶. Estudios muestran problemas en procesos lingüísticos y pragmáticos⁹ y presencia de TCC en pacientes afásicos¹⁰.

La esquizofrenia es un desorden neuropsiquiátrico complejo, multifactorial, crónico que se caracteriza¹¹ por tener “*dos o más síntomas como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (disgregación o incoherencia frecuente) comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia) cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante el periodo de un mes*” (p. 99).

Los trastornos del lenguaje y comunicación en la esquizofrenia traen como consecuencias desventajas sustanciales para la vida del sujeto porque la comunicación a través del lenguaje (oral o escrito) es vital para el desarrollo de habilidades interpersonales que, a su vez, desempeña un rol crucial en la integración social, trabajo y reconocimiento personal. Déficits de la atención, que afectan la comunicación y el uso del lenguaje, son observados en los episodios psicóticos y suelen persistir pese a que la medicación antipsicótica los atenúe. Es importante resaltar que dificultades atencionales perjudican también la comprensión discursiva del contexto de interacción¹².

Son descritos como síntomas de trastornos del lenguaje, en este cuadro psiquiátrico, las dificultades de interpretar y contestar mensajes, de organización del pensamiento en secuencia lógica (loose association), de coherencia en el discurso oral o escrito (derailment/descarrilamiento) y en los procesos de toma de decisiones y resolución de problemas. Aun, los sujetos presentan pobreza del contenido discursivo, neologismos, lenguaje con estructura peculiar, problemas con el inicio y la toma de turnos, uso de conectores y prosodia expresión facial limitada o ausente y voz monó-

tona^{13,14}. Un estudio con una muestra infantil verificó la posibilidad que déficits del lenguaje sean predictores de la esquizofrenia y que los procesos predisponentes a la esquizofrenia estén presentes desde temprano, ratificando la propuesta de otros estudios sobre los signos de deterioro del lenguaje ya manifiestos por Volta de los 7 años¹⁵. Otro estudio¹⁶ propone, en sus conclusiones, que los aspectos verificados como más afectados en su muestra fueron los discursivos y pragmáticos, que no solo estarían relacionados con aspectos lingüísticos, sino también con las características de los problemas en el pensamiento, la cognición, el embotamiento afectivo y las cuestiones sociales de consecuentes del cuadro esquizofrénico.

El trastorno formal del pensamiento puede incluir déficits en el contenido del discurso, señales de perseveración, ecolalia y bloqueo del habla, lo que compromete la comunicabilidad^{13,14,16,17}. Según una investigación¹⁵, el desorden del pensamiento parece estar relacionado con ruptura del sistema ejecutivo e pragmático y con desorden de la interface sintaxis-semántica. Autores¹⁵ apuntan que:

“... dysfunction that involves the left temporal speech regions and includes abnormal functions of the anterior cingulate cortex and its integration with prefrontal brain regions may cause FTD or alterations in real-time speech production” (p. 1137).

A partir de las obras de Austin y Grice, la perspectiva de que el lenguaje podría ser usado *para hacer cosas*, marcó el comienzo de una investigación con base en la pragmática, influenciando tanto la evaluación y análisis clínicos como elaboración y ejecución de planes de terapia en sujetos con trastornos del lenguaje⁹. La emergencia de los estudios pragmáticos.

“... encouraged clinicians to examine how clients used language skills in communication with others. Such examination required that clinicians assess the impact of a much wider range of factors on a client’s language skills than had traditionally been possible” (op.cit., p. 98).

Los hallazgos de algunos estudios pragmáticos con afásicos y lesionados del hemisferio izquierdo (LHI) muestran aspectos que pueden ser destacados: los trastornos pragmáticos de coherencia local o global no se relacionaban con déficits estructurales del lenguaje y persistían a pesar de las mejoras estrictas a las estructuras lingüísticas y en el cuadro de afasia fluente se observaron mayores dificultades con la coherencia global¹⁸; trastornos de los aspectos pragmático-discursivos (conciación, selección lexical, cantidad, relevancia, especificidad y mantenimiento del tema) fueron observados en muestra de sujetos con LHI¹⁹; además, de la presencia de dificultades en interpretar proverbios en situación de habla espontánea durante la evaluación de afásicos fluentes²⁰ y en el procesamiento de las implicaturas en LHI²¹.

Las investigaciones de déficits pragmáticos en esquizofrenia son numerosas en la literatura. Cummings⁹ hace referencia a evidencias que indican una realización más pobre en planeamiento discursivo, comprensión (de humor, sarcasmo, metáforas y lenguaje indirecto).

Analizando los trastornos del lenguaje y los TCC en la afasia y la esquizofrenia observamos que: el “*nombre*” del trastorno puede ser el mismo, pero cuando se describe el síntoma verificamos que suele tener forma y/o contenido distintos. Por ejemplo, el trastorno de denominación –*anomia*– es característico de varios tipos de afasia revelando dificultades para acceder a las representaciones fonológicas y léxicas de la memoria semántica y de la esquizofrenia, evidenciando problemas para planear la producción del habla^{12,16,17}. El uso de estrategias semánticas es una estrategia verificada en los dos cuadros clínicos como también los problemas para procesar información contextual^{12,17}.

Estudios en sujetos con afasias posteriores (afasia de Wernicke, afasia sensorial transcortical y afasia de conducción) pueden ofrecer conocimientos importantes para el tipo de uso del lenguaje de algunos pacientes esquizofrénicos porque en ambos casos, al menos en la superficie del discurso, se verifica una adecuada estructuración sintáctica con impresión general de jerga absurda y menor consciencia de las propias dificultades o

problemas; ambos presentan problemas en uso del lenguaje figurativo^{22,23}. Estudios fonoaudiológicos¹⁷ demuestran que otros síntomas son frecuentes en las afasias y en la esquizofrenia, a saber: estereotipia verbal, voz plana, dinámica verbal alterada, ecolalia, frecuencia fundamental alterada, trastornos pragmáticos y trastornos de las funciones ejecutivas. Igualmente proponen que la intervención temprana favorece resultados terapéuticos positivos en ambas patologías.

Por lo expuesto, se constata que el trastorno del lenguaje puede ser sintomáticamente similar, pero patógenamente diferente, porque la calidad y grado de los síntomas en cada caso no es un tema totalmente resuelto.

El lenguaje es, al mismo tiempo, el instrumen-

to privilegiado de la comunicación humana y el vehículo por excelencia del pensamiento²⁴. En esta breve presentación entregamos algunas ideas sobre el tema del lenguaje en las afasias y en la esquizofrenia, ideas que necesitan ser más discutidas tanto en grupos clínicos como de investigación. Para el futuro sugerimos que las investigaciones lleven en cuenta la interdisciplinariedad (factor que agregaría una visión amplia sobre el tema), la heterogeneidad de los sujetos y de sus constructos discursivos, las características de las tareas propuestas (lo que testan y como lo testan) y que los datos obtenidos sean examinados bajo una metodología comparativa más sistemática para que así los resultados promuevan el avance en el conocimiento de la comunicación y lenguaje humanos.

Resumen

La comunicación es un proceso dinámico multidimensional y que involucra contexto y sujeto. El funcionamiento del cerebro, lenguaje, audición, producción del habla, sistema estomatognático y laringe, entre otros, afecta directamente la viabilidad y calidad de la comunicación humana. Un trastorno de la comunicación de tipo cognitivo se produce por el deterioro del funcionamiento de uno o más procesos cognitivos, como atención, memoria, percepción, organización, lenguaje, procesamiento, resolución de problemas, funcionamiento ejecutivo y metacognición entre otros. La afasia es un trastorno del lenguaje, consecuente de una lesión cerebral focal, que afecta distintos aspectos de la comunicación, de la producción y de la comprensión del lenguaje oral y/o escrito. En la esquizofrenia, los trastorno del lenguaje y comunicación traen como consecuencias desventajas sustanciales porque inciden en las habilidades y relaciones interpersonales, en el reconocimiento personal, en la integración social y en el trabajo. Actualmente es importante distinguir las señales que diferencian los dos cuadros clínicos, desde una perspectiva fonoaudiológica clínica, para que la atención a el sujeto/paciente sea desarrollada con más eficiencia y la relación con otros profesionales más dinámica.

Palabras clave: Fonoaudiología, afasia, esquizofrenia.

Referencias bibliográficas

1. Castaño J. Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones. Rev Neurol 2003; 36 (8): 781-5.
2. Hoffman JM, Yorkston KM, Shumway-Cook A, Ciol MA, Dudgeon BJ, Chan L. Effects of communication disability on satisfaction with health care: a survey of Medicare beneficiaries. Am J Speech Lang Pathol 2005; 14: 221-8.
3. Davis GA. Aphasia and Related Cognitive-Communicative Disorders. Boston, Pearson Education, 2013.

4. Ardilla A. There are two diferente Language systems in the Brain. *J Behav Brain Sci* 2011; 1: 23-36.
5. Devido-Santos M, Gagliardi RJ, Mac-Kay AP. Language disorders and brain lesion topography in aphasics after stroke. *Ar Arq Neuropsiquiatr* 2012; 70: 129-33.
6. Mac-Kay AP, Assencio-Ferreira VJ, Ferri-Ferreira TMS. Afasias e Demências-avaliação e tratamento fonoaudiológico In: Mac-Kay APMG. Afasia. São Paulo: Editora Santos; 2003: 47-59.
7. Mansur LL, Machado TH. Afasias: uma visão multidimensional da atuação fonoaudiológica. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALGP (orgs). *Tratado de Fonoaudiologia*. 2ª. Ed. Sao Paulo: Roca, 2009: 392-401.
8. Rosana CNP, Santana AP. Semiologia das afasias: uma discussão crítica. *Psicol Reflex Crit* 2009; 22: 413-21. Disponible en URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722009000300012&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Cummings L. Pragmatics and adult language disorders: past achievements and future directions. *Semin Speech Lang* 2007; 28: 96-110. 1. Davis GA. *Aphasia and Related Cognitive-Communicative Disorders*. Boston, Pearson Education, 2013.
10. Brownsett SLE, Warren JE, Geranmayeh F, Woodhead Z, Leech R, Wise RJS. Cognitive control and its impact on recovery from aphasic stroke. *Brain*, 2014; 137: 242-54.
11. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. American Psychiatric Association.
12. Steinau S, Stegmayera K, Langb FU, Jagerb M, Strika W, Walthera S. Comparison of psychopathological dimensions between major depressive disorder and schizophrenia spectrum disorders focusing on language, affectivity and motor behavior. *Psychiatry Research* 2017; 250: 169-76.
13. Kuperberg GR. Language in Schizophrenia Part 1: An Introduction. *Language and Linguistics Compass* 2010; 4: 576-89.
14. Kuperberg GR. Language in Schizophrenia Part 2: What Can Psycholinguistics Bring to the Study of Schizophrenia... and Vice Versa? *Language and Linguistics Compass* 2010; 4: 590-604.
15. Bearden CE, Rosso IM, HoUister JM, Sánchez LE, Hadley T, Cannon TD. A Prospective Cohort Study of Childhood Behavioral Deviance and Language Abnormalities as Predictors of Adult Schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2000; 26: 395-407.
16. Santos AED, Pedrão LJ, Zamberlan-Amorim E, Carvalho AMP, Bárbaro AM. Communicative behavior of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Revista CEFAC* 2014; 16: 1283-93.
17. Joyal M, Bonneau A, Fecteau S. Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2016; 240: 88-95.
18. Coelho C, Flewellyn L. Longitudinal assessment of coherence in an adult with fluent aphasia. *Aphasiology* 2003; 17: 173-82.
19. Borod JC, Rorie KD, Pick LH, Bloom RL, Andelman F, Campbell AL, et al. Verbal pragmatics following unilateral stroke: emotional content and valence. *Neuropsychology* 2000; 14: 112-24.
20. Chapman S, Ulatowska H, Franklin L, Shobe A, Thompson J, McIntire D. Proverb interpretation in fluent aphasia and Alzheimer's disease: implications beyond abstract thinking. *Aphasiology* 1997; 11: 337-50.
21. Kasher A, Batori G, Soroker N, Graves D, Zaidel E. Effects of right- and left-hemisphere damage on understanding conversational implicatures. *Brain Lang* 1999; 68: 566-90.
22. Cutica I, Bucciarelli M, Bara B. Neuropragmatics: extralinguistic pragmatic ability is better preserved in left-hemisphere-damaged patients than in righthemisphere-damaged patients. *Brain Lang* 2006; 98: 12-25.
23. Merrill AM, Karcher NR, Cicero DC, Becker TM, Docherty AR, Kerns JG. Evidence that communication impairment in schizophrenia is associated with generalized poor task performance. *Psychiatry Res* 2017; 249: 172-9.
24. Kaakinen J. Talking among elderly nursing home residents. *Top Lang Disord* 1995; 15: 36-46.

Correspondencia:

Flga. Dra. Ana Paula M. G. Mac-Kay
 1 Norte 3041, Viña del Mar, Región de Valparaíso.
 Email: anamachadogoyanoma@santotomas.cl