



Universidad
Zaragoza

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ESTUDIOS AVANZADOS
SOBRE EL LENGUAJE, LA COMUNICACIÓN Y SUS
PATOLOGÍAS**

CURSO ACADÉMICO 2024/2025

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

**EL LENGUAJE EN L-A ESQUIZOFRENIA Y SU
INTERVENCIÓN: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Nombre y apellidos del autor: Beatriz Laborda Gutiérrez

Nombre y apellidos de la directora: Alejandra Aguilar Latorre

Convocatoria de presentación del trabajo: mayo 2025

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA EDUCACIÓN

Declaración de autoría

Declaro que he redactado el trabajo “El lenguaje en la esquizofrenia y su intervención: una revisión sistemática” para la asignatura de Trabajo de Fin de Máster en el curso académico 2024/2025 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

Firma

A handwritten signature in black ink, appearing to read "B. Llorente".

Huesca, a 23 de mayo de 2025

Resumen:

El objetivo del estudio es comprobar en qué estado se encuentra actualmente la investigación respecto a la temática del lenguaje en la esquizofrenia y su intervención, y más específicamente si hay estudios acerca de esta centrados en la infancia.

Para cumplir con el objetivo propuesto, se lleva a cabo una revisión sistemática introduciendo en bases de datos bibliográficas los términos “esquizofrenia, lenguaje e intervención” y se recogen aquellos artículos de revista científica publicados en los últimos 5 años. Posteriormente, tras un proceso de filtrado descrito en el método, se han escogido un total de 32 artículos que cumplen los criterios de la búsqueda, de los cuales 8 eran estudios experimentales cuantitativos o quasi cuantitativos centrados en intervenciones. Finalmente se comprobó que en ninguno de ellos el sujeto de estudio era un menor. Se realiza una discusión en base a los resultados obtenidos: las publicaciones en cuanto a esta temática han sido homogéneas entre los últimos 5 años, predomina la autoría femenina, Europa ha sido el continente que registra mayor número de artículos, la modalidad de estudio más utilizada fue el estudio observacional comparativo, el componente de lenguaje más estudiado fue el discurso y pragmática y las investigaciones realizadas se han centrado exclusivamente en adultos.

De esta forma, se obtienen tres conclusiones principales del estudio: la mayoría de los estudios sobre “esquizofrenia, lenguaje e intervención” son publicados por mujeres; existe una importante carencia de investigación en el campo de la esquizofrenia y el lenguaje, especialmente centrada en niños; y el componente del lenguaje más estudiado en el trastorno de la esquizofrenia es la pragmática y el discurso, debido a sus implicaciones sociales y funcionales.

Palabras clave: *esquizofrenia, lenguaje, intervención, comunicación, revisión sistemática.*

Abstract:

The aim of this study is to examine the current state of research on the topic of language in schizophrenia and its intervention, and more specifically, whether there are studies focusing on this issue during childhood. In addition to this main objective, a complementary and cross-cutting analysis is conducted to determine whether there are significant differences between Autism Spectrum Disorder and schizophrenia in terms of their implications for language.

To achieve the proposed objective, a systematic review was carried out by entering the terms "schizophrenia, language, and intervention" into bibliographic databases. Scientific journal articles published within the last five years were collected. After a filtering process, described in the methodology, a total of 32 articles meeting the search criteria were selected, of which 8 were quantitative or quasi-quantitative experimental studies focused on interventions. Notably, none of these studies involved children as subjects.

A discussion was developed based on the findings: publications on this topic have been consistent over the past five years, most of the authors are women, Europe is the continent with the highest number of studies, the most common research design was comparative observational studies, the most studied language component was discourse and pragmatics, and all research was conducted exclusively with adult populations.

Based on these findings, three main conclusions were drawn: most studies on "schizophrenia, language, and intervention" are published by women; there is a significant lack of research in the area of schizophrenia and language focused on children; and the most frequently studied language component in schizophrenia is pragmatics and discourse, due to their social and functional implications

Keywords: *schizophrenia, language, intervention, communication, systematic review.*

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| JUSTIFICACIÓN | 6 |
| MARCO TEÓRICO | 7 |
| Esquizofrenia con inicio en la infancia | 7 |
| Comparación entre esquizofrenia y autismo | 10 |
| Implicaciones en el lenguaje | 14 |
| Evaluación del lenguaje en la esquizofrenia | 20 |
| La importancia de un diagnóstico e intervención tempranos | 24 |
| MÉTODO | 29 |
| DISCUSIÓN | 42 |
| CONCLUSIONES | 46 |
| REFERENCIAS | 47 |
| ANEXOS | 58 |

JUSTIFICACIÓN

La revisión se centra en personas con esquizofrenia, un trastorno mental grave y crónico que altera el pensamiento, las emociones y la conducta. Se manifiesta a través de delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta alterada, y otros síntomas como la falta de expresión emocional o disminución de la motivación (APA, 2022).

Este trastorno de forma poco habitual puede encontrarse también entre la población infantil (Remschmidt et al., 2006), pese a que su prevalencia sea menor, esta se considera el tipo más severo y menos frecuente de esquizofrenia (Hart y Lewine, 2017). De esta forma, la detección temprana y el tratamiento de este trastorno mental se vuelve fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumentar su bienestar (Mund et al., 2023).

Siguiendo esta línea, la presente revisión sistemática pretende analizar en qué punto se encuentra la investigación acerca de la esquizofrenia, poniendo el foco en intervenciones con una perspectiva de lenguaje y comunicación, áreas que como se demostrará en el siguiente marco teórico, se ven afectadas por el trastorno.

Cabe destacar que en una parte del marco teórico se realiza una comparativa entre la sintomatología lingüística de los trastornos de esquizofrenia y del Trastorno del Espectro Autista (TEA), con el objetivo de evidenciar que son numerosos los estudios centrados en la investigación del lenguaje en TEA en comparación con la literatura científica sobre la esquizofrenia y lenguaje, pese a compartir características y rasgos en su discurso.

De aquí nace el objetivo del estudio, comprobar en qué punto se encuentra la investigación sobre esta temática, específicamente en niños. No obstante, los resultados obtenidos sobre adultos también nos podrán ayudar a evidenciar cuánta investigación actual hay acerca de este tema de forma más general.

MARCO TEÓRICO

Esquizofrenia con inicio en la infancia:

La American Psychiatric Association (APA), define en el DSM-5 a la esquizofrenia como “*un trastorno mental grave y crónico que afecta significativamente el pensamiento, las emociones y el comportamiento de la persona. Caracterizado principalmente por la presencia de delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos desorganizados o catatónicos y síntomas negativos, como la disminución de la expresión emocional o la falta de motivación. Para que se realice un diagnóstico de esquizofrenia, la persona debe haber presentado al menos dos de los síntomas establecidos durante un período mínimo de un mes, ya sean delirios, alucinaciones o lenguaje desorganizado. Además, la alteración debe darse durante un mínimo de 6 meses, incluyendo la fase activa del trastorno, y debe generar un deterioro en la vida social, académico, laboral o personal del sujeto*” (American Psychiatric Association, 2022). Por último, los síntomas presentados no pueden explicarse mejor por otro trastorno mental, por alguna condición médica o por el uso de sustancias.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) (American Psychiatric Association, 2013), los criterios para diagnosticar a una persona con un trastorno neuropsiquiátrico como la esquizofrenia tienen diferentes dimensiones. La edad de inicio del trastorno suele darse en la mayoría de los casos en los últimos años de la adolescencia y en la juventud. En ese momento es cuando aparecen los síntomas más persistentes como son las alucinaciones, delirios y un pensamiento y lenguaje desorganizado que ocasiona desajustes sociales y de adaptación (American Psychiatric Association, 2013).

De forma menos frecuente, este trastorno puede darse también en la infancia, generalmente antes de los 13 años. En estos casos, la terminología que se utiliza para referirse a este trastorno es esquizofrenia con inicio en la infancia”, del inglés “*Childhood-Onset Schizophrenia*” (COS) (Remschmidt et al., 2006). Esta se considera el tipo más severo y menos frecuente de esquizofrenia (Hart y Lewine, 2017).

La etiología de la esquizofrenia se debe a diversos factores como la susceptibilidad genética, exposiciones ambientales y factores neurobiológicos (Howes y Shatalina,

2022), que dan como resultado alteraciones cognitivas y síntomas psicóticos ya sean en forma de sintomatología positiva, negativa o desorganización (Correll et al., 2024).

Incidencia:

Se diferencia entre la esquizofrenia con inicio en la infancia (antes de los 13 años) y la de inicio temprano (entre los 13 y los 17 años) (Clemmensen et al., 2012). La incidencia de la esquizofrenia de inicio temprano es de aproximadamente 0,24% de la población, mientras que la de inicio en la infancia es aún más baja, con un 0,05%. Aunque un diagnóstico antes de los 14 años ocurre solo en un 2% de los casos, este porcentaje aumenta al 8,2% cuando se tienen en cuenta aquellos diagnósticos antes de los 18 años. Además, si se incluye todo el espectro esquizofrénico, el porcentaje puede llegar a ser de un 12%, y hasta un 18% de las personas presenta sus primeros síntomas antes de cumplir los 18 años (Solmi et al., 2022).

Actualmente, la información que se tiene acerca de la esquizofrenia de inicio temprano según el sexo es inconsistente. Algunos estudios indican una mayor prevalencia en varones (Jerrell y McIntyre, 2016), mientras que otros no encuentran diferencias significativas (Hsu et al., 2019) o incluso evidencian una mayor proporción de casos en mujeres (Okkels et al., 2013). También se observa que los varones con esquizofrenia de inicio temprano (EOS) podrían tener una mayor predisposición a presentar comorbilidades relacionadas con el neurodesarrollo (Hsu et al., 2019). Además, los casos con aparición más temprana del trastorno tienden a ser aquellos casos en los que se dan niveles más altos de predisposición genética, especialmente en mujeres (Hilker et al., 2017).

En cuanto a sus factores etiológicos, estas formas de esquizofrenia infantil pueden compartir factores etiológicos con las esquizofrenias que han iniciado en la adultez, clasificadas como AOS, del inglés “Adulthood onset schizophrenia”. Sin embargo, aquellas personas que presentan esquizofrenia de inicio en la infancia (COS) o en la adolescencia (EOS) suelen mostrar mayores déficits premórbidos, es decir, alteraciones antes de que la enfermedad se haya desarrollado por completo (Luoma et al., 2008), sumado a más sintomatología negativa (Rammou et al., 2019), síntomas más severos (Coulon et al., 2020), un peor pronóstico (Díaz-Caneja et al., 2015), y un mayor riesgo de resistencia al tratamiento (Iasevoli et al., 2022).

En estudios realizados con gemelos idénticos, se ha podido observar la alta heredabilidad del trastorno (Hilker et al., 2018). En comparación con la esquizofrenia con inicio en la adultez (AOS), los pacientes con esquizofrenia de inicio en la infancia (COS) tienen un mayor número de alteraciones cito genéticas causadas por trastornos del neurodesarrollo (Fernández et al., 2019).

En definitiva, la edad en la que comienza la sintomatología de la enfermedad puede depender de una amplia gama de factores, entre los que se incluyen la naturaleza y la gravedad de las alteraciones en el neurodesarrollo (Gogtay et al., 2011). Y el logro de los hitos del desarrollo puede estar, a su vez, condicionado por los síntomas de la enfermedad, la funcionalidad deteriorada y los efectos secundarios causados por el tratamiento.

Fases del trastorno:

Carbon and Correll (2014) identifican cinco fases típicas que suelen darse a lo largo del desarrollo del trastorno siguiendo un patrón cíclico:

- Fase prodrómica: se observa un deterioro en las funciones antes de la aparición de los síntomas psicóticos, lo cual podría estar relacionado con depresión, síntomas negativos, ansiedad, conductas obsesivo-compulsivas, comportamientos agresivos u otros trastornos de conducta.
- Fase de mejoría/remisión: ocurre cuando los síntomas más severos de la psicosis disminuyen o desaparecen. Los síntomas negativos como la apatía o la falta de concentración pueden seguir presentes al igual que otros síntomas positivos leves. Puede llegarse a dar una depresión post-psicosis tras los períodos de psicosis.
- Fase residual: esta fase se caracteriza por ser un período sin síntomas graves de psicosis, aunque puede seguir presentando dificultades en su vida diaria debido a la reducción de habilidades de interacción social y la presencia de síntomas negativos y cognitivos. Algunos pacientes nunca llegan a alcanzar esta fase.
- Fase de recuperación: en esta fase los síntomas positivos disminuyen o llegan a desaparecer, mientras que los síntomas negativos y cognitivos afectan poco o casi nada en la vida diaria de la persona. El paciente puede llevar a cabo un cuidado personal adecuado, tener interacciones sociales y participar en actividades educativas o recreativas.

- Fase de resistencia al tratamiento: pese a estar bajo tratamiento, la persona sigue presentando síntomas positivos por lo que encuentra dificultades en las tareas que podía realizar anteriormente satisfactoriamente en la fase de recuperación

No hay un claro consenso sobre como clasificar estas fases, la aparición, duración y características pueden ser muy variables dependiendo de la persona.

Comparación entre esquizofrenia y autismo:

En el siguiente apartado, se llevará a cabo una comparación entre la esquizofrenia y el Trastorno del Espectro Autista (TEA), ya que posteriormente se analizarán sus similitudes en cuanto a la sintomatología comunicativa. Por este motivo, se considera pertinente incluir una breve comparación entre estos trastornos:

Desde que se identificaron la esquizofrenia (SZ) y el Trastorno del Espectro Autista (TEA), se han ido realizando diferentes estudios conductuales en los que se han podido observar similitudes, especialmente en el área del lenguaje. Estos hallazgos han sido sustentados por investigaciones previas en los ámbitos neurobiológico y genético.

Según la *American Psychiatric Association*, (2022) el Trastorno del Neurodesarrollo del Espectro Autista se caracteriza por la falta de contacto visual, problemas en los turnos conversacionales, comunicación social alterada y actividades, comportamientos e intereses restringidos y repetitivos.

Pese a que la esquizofrenia infantil y el TEA son trastornos distintos, tienen rasgos conductuales y cognitivos comunes desde que fueron descritos por primera vez. Por ejemplo, uno de los primeros estudios pertenece al psiquiatra austriaco Leo Kanner que en 1943 publica una serie de casos clínicos su trabajo *Trastornos autistas del contacto afectivo*. En este trabajo, se describen a 11 niños con “psicosis infantil”, el término utilizado en esa época (Hommer y Swedo, 2015). A través de los diferentes estudios se comprueba que entre las similitudes que se dan entre ambos trastornos, se encuentran tanto factores genéticos como ambientales, a la par que dificultades en el desarrollo del lenguaje y en la comunicación. Además, se han encontrado alteraciones en el cerebro que pueden estar relacionados con aspectos neurobiológicos y neurofisiológicos en ambos trastornos (Barlati et al., 2016).

Desde un punto de vista más anatómico, aquellas investigaciones en las que se estudian los fenotipos de tamaño de cabeza y cerebro indican que el autismo está vinculado comúnmente con un crecimiento cerebral aumentado en el desarrollo, mientras que la esquizofrenia se caracteriza por un crecimiento cerebral reducido comparado con el promedio. (Jimeno B., 2019). Estas líneas convergentes de evidencia parecen ser más compatibles con la hipótesis de que el autismo y la esquizofrenia representan condiciones diamétricas en cuanto a sus bases genómicas, fundamentos del neurodesarrollo y manifestaciones fenotípicas, reflejando el subdesarrollo frente al sobre-desarrollo desregulado del cerebro social humano (Crespi et al., 2010).

El psiquiatra suizo Eugen Bleuler acuñó los términos "esquizofrenia", para describir la desorganización de las funciones psíquicas, y "autismo", para referirse a la desvinculación con la realidad externa que se da en pacientes con esquizofrenia, hace casi exactamente un siglo. Fue en 1942 cuando Kanner utilizó por primera vez el término de "autismo" para referirse a una condición en niños en la que el "contacto afectivo" se ve alterado, desde ese momento la relación entre la esquizofrenia y el autismo de Kanner ha permanecido ambigua. En un principio, Kanner describió el autismo como una forma temprana y distinta de la esquizofrenia, sin embargo, con el tiempo, rechazó esta visión a favor de un enfoque diferente, respaldado por Rutter, que sostenía que ambas condiciones eran diferentes y que no guardaban relación entre sí.

Según cualquiera de estas dos teorías, ambas condiciones podrían ir evolucionando de manera gradual, de forma independiente, hacia lo que se considera un desarrollo normal. Un cuarto modelo, sostiene que el autismo comparte algunos factores de riesgo y fenotipos con la esquizofrenia, pero no todos. Este modelo más reciente se basa en investigaciones genéticas que han logrado identificar regiones y rutas comunes que influyen tanto en el autismo como en la esquizofrenia. Además, hay estudios que señalan los déficits sociales como aspectos clave tanto en el autismo descrito por Kanner como en los síntomas "autísticos" de la esquizofrenia según Bleuler (Crespi et al., 2010).

A través de estos estudios se han identificado regiones en el cromosoma 7 que podrían estar relacionadas con rasgos conductuales de ambos trastornos (Mulle et al., 2014), también se han encontrado delecciones y duplicaciones de número variable (CNV) comunes en genes como NRXN1, CNTNAP2, 22q11.2, 1q21.1 y 15q13.3 (Paula-Pérez, 2018). Estos hallazgos sugieren de nuevo que, aunque el autismo y la esquizofrenia sean

condiciones distintas, comparten ciertos aspectos genéticos y fenotípicos que podrían influir en su manifestación clínica.

Actualmente, estudios recientes en los que se comparan estos trastornos muestran hallazgos que se solapan, pero que resultan ser inconsistentes (Meyer et al., 2011). A un nivel conductual, se han observado déficits en la cognición social, en el funcionamiento ejecutivo, alteraciones en el procesamiento emocional y retraso en el lenguaje entre estos trastornos (Cheung et al., 2010).

La resonancia magnética funcional (fMRI) es una técnica que permite a los profesionales ver qué partes del cerebro están activadas sin necesidad de realizar una intervención quirúrgica, analizando los cambios del flujo de la sangre y el oxígeno en el cerebro durante la realización de una actividad (Heeger y Ress, 2002). A través de este tipo de resonancias se ha podido observar cómo tanto individuos con TEA como con esquizofrenia muestran una menor activación en el giro fusiforme, en la amígdala derecha y en el cortex prefrontal ventrolateral a la hora de realizar tareas de cognición social, en las que obtenían un bajo desempeño (Pinkham et al., 2008). A través de esta herramienta, también se ha podido demostrar a través de estudios de metaanálisis otras similitudes en la estructura del cerebro (Cheung et al., 2010). Las áreas estructurales específicas de esta concordancia involucraron el giro parahipocampal derecho, el putamen, el cingulado posterior, el claustro y el tálamo izquierdo (Cheung et al., 2010), también se encuentran anomalías en el cerebelo, en el córtex insular y en el giro fusiforme en ambos trastornos (Toal et al., 2009). Estudios de imágenes por tensor de difusión (DTI) demostraron una disminución en la integridad de la materia blanca en el fascículo longitudinal superior, una región muy importante en el procesamiento del lenguaje (Baribeau y Anagnostou, 2013).

A nivel celular, uno de los biomarcadores más conocidos alterados en ambos trastornos es la relina (Fatemi, 2005). La relina es una proteína esencial en el cerebro que lleva a cabo un papel clave en las primeras etapas del desarrollo de nuestro sistema nervioso al proporcionar "una señal de despegue para las células migratorias". Se sabe que la disminución de la relina se asocia con alteraciones en el desarrollo cerebral y se ha observado en trastornos como el autismo y la esquizofrenia. Las fMRI 2DTI (Imagen por tensor de difusión en dos direcciones) son una técnica de neuroimagen que pueden analizar el movimiento de las moléculas de agua en el cerebro, de forma que se obtiene un mapa muy detallado de estas moléculas en tres dimensiones (Dabiri et al., 2022). Estas

tecnologías son realmente útiles a la hora de estudiar la estructura del cerebro, ya que permite observar la desmielinización y el daño en los axones. Estos cambios son relevantes en trastornos como la esquizofrenia (SZ) y el trastorno del espectro autista (ASD), ya que la alteración en el desarrollo neurobiológico del sistema nervioso puede estar asociada con un retraso en las etapas clave del neurodesarrollo (Fatemi, 2005). A nivel neuroquímico, también podrían existir anomalías y similitudes relacionados con el sistema serotoninérgico en estos trastornos. Por ejemplo, tanto personas con esquizofrenia como personas dentro del espectro autista pueden presentar déficits en la capacidad de síntesis de la serotonina, causadas por alteraciones en los receptores de la serotonina (Lam et al., 2006). Como ya se ha mencionado previamente, tanto la esquizofrenia (SZ) como el trastorno del espectro autista (TEA) pueden compartir factores tanto genéticos como ambientales: algunos de los factores ambientales más habituales son la exposición prenatal a infecciones, la edad avanzada de los padres o el estrés de la madre durante el periodo de embarazo. En cuanto a los factores genéticos, se han identificado genes como el CNTNAP2, asociado a trastornos del lenguaje, y el NRXN1 (Barlati, 2016).

Finalmente, cabe destacar que, aunque la literatura más reciente destaque la aparición comórbida de TEA y COS, es importante que los profesionales (incluidos los maestros de educación especial, logopetas, psiquiatras y otros profesionales de la salud y la educación) comprendan correctamente esta distinción, específicamente en cuanto a los problemas relacionados con la interacción social, ya que en ocasiones sutiles y pueden confundir y provocar un sobrediagnóstico. La falta de estimaciones sobre la prevalencia de esta comorbilidad también dificulta hacer esta distinción. Diferenciar el TEA del COS es un proceso diagnóstico muy complejo, donde la experiencia clínica, el historial familiar y los períodos más largos de seguimiento del niño juegan un papel muy importante en la discriminación. Hacer un seguimiento del niño con sospecha de un diagnóstico dual de TEA y COS de manera longitudinal podría ser muy beneficioso, ya que la esquizofrenia podría hacerse más evidente con el paso de los años (Galli-Carminati et al., 2017; Trevisan et al., 2020).

Implicaciones en el lenguaje:

Los trastornos del lenguaje forman parte de uno de los síntomas esenciales del trastorno de la esquizofrenia, hasta el punto en que éstas han sido englobadas en el concepto de “logopatías” (Jimeno, 2019).

Tanto la esquizofrenia como el TEA tienen impactos negativos de por vida en los individuos (Cabuk et al., 2022), teniendo en cuenta que el ser humano es un ser social, una alteración en su lenguaje afectará a su vida diaria. Los alumnos con características esquizotípicas que no reciben una atención temprana (por lo que pueden acabar desarrollando esquizofrenia en la adultez), en algunos casos pueden manejar el lenguaje de manera correcta, mientras que en otros la capacidad de comunicarse efectivamente se ve mermada (Addington y Addington, 2006).

Anteriormente se ha expuesto cómo tanto la esquizofrenia y el TEA presentan rasgos comunes desde que fueron descritos por primera vez. Por el momento se sabe que no existe un modelo integrador relacionado con las características lingüísticas comunes y los factores neuro genéticos subyacentes que cubran ambos trastornos (Cabuk et al., 2022). Desde una perspectiva más lingüística, las investigaciones han demostrado que ambas poblaciones pueden presentar dificultades en el uso pragmático del lenguaje. En el caso de la esquizofrenia, las áreas habilidades de morfosintaxis, léxico, y de fonología no suelen verse afectadas (McKenna y Oh, 2007). Además, ciertas características lingüísticas poco comunes, como la ecolalia o el habla auto-dirigida, pueden encontrarse en ambos trastornos (Cabuk et al., 2022).

Si hablamos del trastorno de la esquizofrenia, es necesario hacer mención del “**trastorno formal del pensamiento**”, del inglés, formal thought disorder (FTD) o “trastornos del lenguaje y la comunicación en la esquizofrenia”. Este es uno de los síntomas clínicos fundamentales en la esquizofrenia de inicio en la infancia (COS) (Hart y Lewine, 2017). El término FTD se utiliza comúnmente para describir las diferentes alteraciones de pensamiento, habla y comunicación (Kircher et al., 2014). De forma general, el trastorno se caracteriza por la presentación de alteraciones en la forma y en la organización del pensamiento de la persona, que como consecuencia interfiere en su capacidad para procesar, controlar y expresar sus ideas de manera coherente y lógica. Estas alteraciones pueden verse reflejadas en un discurso desorganizado, asociaciones débiles o inusuales entre ideas, desvíos del tema y un contenido pobre o poco claro en las

conversaciones (American Psychiatric Association, 2013). El FTD, por sus siglas en inglés, es el resultado de un deterioro en las habilidades cognitivas y lingüísticas, incluyendo las habilidades pragmáticas (Palaniyappan et al., 2023).

A lo largo de la historia, el trastorno formal del pensamiento ha sido identificado como uno de los síntomas más característicos de la esquizofrenia. Hoy en día, se reconoce como una señal temprana clave y como un buen indicador para establecer la gravedad del trastorno, dado a su alto valor predictivo (Barrera, 2025). Pese a que los síntomas del trastorno del pensamiento formal son indicativos de la esquizofrenia (Roche et al., 2015), también lo son de otros trastornos psiquiátricos y del desarrollo como los trastornos bipolares (Keyes et al., 2013), trastornos de depresión (Kircher et al., 2014), trastornos de la personalidad (Kircher et al., 2014) y autismo (Zamperoni et al., 2024).

El grado de FTD se relaciona directamente con peores pronósticos a largo plazo, como una menor funcionalidad en la vida diaria (Racenstein et al., 1999), un deterioro en la interacción social, una calidad de vida reducida (Tan et al., 2014), una mayor tasa de hospitalizaciones y menor tasa vida laboral de la persona (Wilcox et al., 2012), así como peores resultados pronósticos (Roche et al., 2015). No obstante, los síntomas y características del TPF pueden variar significativamente de un individuo a otro (Tan y Rossell, 2019).

Algunos autores como los de Arboleda y Holzman (1985) se han encargado de evaluar específicamente las características del lenguaje y la comunicación en sujetos con esquizofrenia con inicio en la infancia (COS). El resultado de sus investigaciones concluyó en que los niños con un diagnóstico de esquizofrenia manifestaban signos como la **desviación del tema**, uso de **neologismos** (es decir, crear nuevas palabras inventadas) (Cantor et al., 1982), **clanging** (formar la estructura de la conversación basada en el sonido de las palabras en lugar del concepto) (Arbodela y Holzman, 1985; Cantor et al., 1982), falta de **lógica** (Cantor et al., 1982; Caplan, 1994), y **pobreza del contenido del discurso** (Caplan, 1994).

Otros signos del trastorno son la **tangencialidad** (la tendencia a hablar sobre temas no relacionados con el tema principal del discurso), la **circunstancialidad** (llenar la conversación con detalles innecesarios e irrelevantes y experimentar dificultades para llegar al punto principal), **ecolalia** y **perseveración** (repetición involuntaria de palabras,

frases o pensamientos, incluso cuando ya no son relevantes para el contexto o la conversación) (Andreasen, 1979).

Las principales dificultades observadas en estos niños se dieron en el uso del lenguaje pragmático y en la producción del discurso (Caplan, 1994). Por ejemplo, los niños con esquizofrenia emitieron menos enunciados en comparación con aquellos sin el trastorno. Además, no utilizaron suficientes conectores cohesivos entre enunciados ni realizaron un número suficiente de referencias hacia personas, objetos o eventos que habían sido anteriormente mencionados. Como consecuencia, expresaban asociaciones poco consistentes que confundía a los oyentes, ya que las referencias eran ambiguas (Harvey y Brault, 1986). También produjeron un menor número de conjunciones entre cláusulas contiguas (por ejemplo, "María fue a la tienda. Ella compró ajo"), repitieron palabras o raíces de palabras conocidas como cohesión léxica en menor medida que los niños en desarrollo típico. Y omitieron partes de la cláusula anterior, ya que pensaban que el oyente ya había recibido y poseía la información (lo que se conoce como "elipsis").

En cuanto a la comprensión, las personas con este trastorno no dominan el sentido de la ironía, necesitando pedir aclaraciones durante las conversaciones. También muestran dificultades a la hora de comprender instrucciones verbales (Paddington y Paddington, 2006).

De forma notable, los niños con esquizofrenia utilizaron más referencias exóforas, es decir, aludieron a elementos fuera del contexto del discurso, asumiendo que el oyente comprendía a qué se referían y emplearon menos palabras por oración, lo que dio lugar a enunciados con una complejidad sintáctica considerablemente menor pero más difíciles de comprender (Addington y Addington, 2006).

En 1988, se propone una taxonomía para clasificar los principales déficits del lenguaje presentes en el trastorno, agrupándolos en cuatro categorías:

1. **Referenciación:** que supone dificultades para aportar la información contextual necesaria en un mensaje. También el uso inadecuado de referencias, la utilización de referencias situacionales fuera de contexto, dificultades para conectar información nueva con la ya mencionada y el uso incorrecto de elipsis.
2. **Cambio de tema:** la persona presenta dificultades a la hora de seguir un tema de forma coherente. Pueden introducir temas no relacionados con el contexto de la conversación o desviar la conversación hacia uno mismo.

3. **Secuenciación del discurso:** aparecen dificultades a la hora de organizar y de recuperar enunciados lógicos y adecuados en la narración de un evento.
4. **Problemas en la toma de turnos:** no se dan conversaciones fluidas o recíprocas.

Otras características observadas fueron que los niños con esquizofrenia también tuvieron dificultades para **comprender conceptos abstractos** en el lenguaje (Baltaxe y Simmons, 1995). Además, se observaron **disfluencias en el habla**, como pausas y comienzos incorrectos, entre estos niños. Se sugirió que estas disfluencias podrían ser las causantes de los déficits pragmáticos (Baltaxe y Simmons, 1995).

El **vocabulario** y la **sintaxis** también se ve alterado, los niños obtenían puntuaciones inferiores en vocabulario receptivo y expresivo en comparación con el grupo de control del estudio (Waterhouse y Fein, 1984). También presentaban más problemas para comprender y para producir oraciones con una complejidad sintáctica mayor (Baltaxe y Simmons, 1995). Al igual que se observa en la esquizofrenia en la edad adulta, los niños con este trastorno presentan déficits en la **prosodia expresiva**, como la expresión verbal monótona y sin emoción (Baltaxe y Simmons, 1995).

Los niños con rasgos esquizotípicos, que en muchos de los casos podrían desarrollar esquizofrenia llegada la adulterz si no hay una intervención precoz, suelen utilizar un lenguaje adecuado. No obstante, presentan algunas dificultades específicas en la comunicación debido a que no tienen en cuenta las necesidades comunicativas de la persona con la que están conversando (Addington y Addington, 2006).

Tabla 1

Tabla resumen de los déficits observados en esquizofrenia

Alteraciones concretas en el lenguaje de personas con esquizofrenia

Desviación del tema

Tangencialidad

Circunstancialidad

Ecolalia

Perseveración

Neologismos

“Clanging”

Falta de lógica

Pobreza del contenido del discurso

Referenciación

Cambio de tema

Secuenciación

Turnos de palabra

Comprensión conceptos abstractos

Disfluencias en el habla

Vocabulario

Sintaxis

Prosodia

Lenguaje no verbal (mirada fija)

Nota. Fuente: elaboración propia.

Superposición de anomalías en el lenguaje y la comunicación entre la esquizofrenia y el TEA:

Las personas con TEA expresan enunciados no relacionados entre sí, de manera desorganizada y con poca variedad (Cabuk et al., 2022), y estos no suelen tener cohesión con la temática de la conversación. Por lo que se observan patrones de habla similares entre el TEA y la esquizofrenia con inicio en la infancia (COS). La desorganización del habla puede ser una consecuencia del pensamiento desorganizado de la esquizofrenia. Los niños con esquizofrenia también experimentan dificultades como una asociación

pobre entre ideas dentro de un tema, el cambio rápido de un tema a otro. Como resultado su habla es confusa y repetitiva, con palabras sin significado y sin contexto (Alary et al., 2013).

Las personas bajo el espectro muestran menor comunicación verbal, de forma que producen menos diálogos y responden de forma breve o con poca información (Fitzgerald, 2012). Tanto en esquizofrenia como en autismo, el habla puede presentar desviaciones del tema principal, como ocurre en la tangencialidad, las ideas se alejan del hilo conductor de forma que el discurso pierde coherencia (Lewis, 2009). A menudo en ambos trastornos se encuentran **neologismos** y **ecolalias** (Fitzgerald, 2012). Estas personas también aportan detalles que son considerados como innecesarios por las personas “normotípicas” durante las conversaciones (Fitzgerald, 2012). Los individuos con TEA con un grado grave pueden ser no verbales y tener aprosodia (es decir, utilizar una voz monótona) (Persico y Napolioni, 2013). Esta aprosodia consiste en pronunciar de forma “aplanada” y también puede observarse en casos de esquizofrenia infantil (COS). **El habla dirigida a uno mismo** y la **circunstancialidad** del habla también son habituales (Fitzgerald, 2010). Las dificultades en la comunicación social y en las relaciones socio-afectivas son las principales características diagnósticas que se superponen y pueden generar confusión en la práctica clínica. Estas dificultades incluyen desde la falta de disposición a la hora de compartir emociones, la falta de **contacto visual**, la falta o el uso limitado de expresiones **faciales** y **gestos**, y la iniciación limitada de la comunicación espontánea (Barlati et al., 2016; Fitzgerald, 2012; Trevisan et al., 2020).

Anteriormente se han mencionado diversos estudios que evidencian cómo ciertas alteraciones de la comunicación social de ambos trastornos pueden deberse a alteraciones neuroanatómicas (Couture et al., 2010), sin embargo, investigaciones más recientes, como la de Trevisan et al. (2020), sugieren que, a pesar de estas similitudes, también existen diferencias relevantes entre ambos trastornos. En su estudio, se utilizó el instrumento ADOS-2 para evaluar a 39 personas con esquizofrenia y a 53 con diagnóstico de TEA, con el objetivo de identificar rasgos diferenciadores. Los resultados indicaron que los síntomas más específicos de la esquizofrenia incluían alucinaciones, delirios y conductas inusuales como hablarse a sí mismo, mientras que en el grupo con TEA no se observaron estos fenómenos, aunque sí se evidenciaron conductas como la ecolalia y patrones atípicos de interacción social. El estudio también analizó el ítem del contacto visual: mientras que en los participantes con TEA este estaba ausente, los individuos con

esquizofrenia tendían a presentar una mirada fija y constante, lo que también se aleja de la conducta social típica (Trevisan et al., 2020).

En el caso de que estas características coincidan, se pueden dar diagnósticos duales entre esquizofrenia y TEA, una situación que, según la investigación actual, ocurre con mayor frecuencia de lo que inicialmente se pensaba (Foss-Feig, 2019).

A pesar de que investigaciones realizadas en las últimas tres décadas han evidenciado un retraso en el lenguaje, como una producción limitada de vocabulario en ambos trastornos, sigue siendo necesaria más evidencia científica basada en estudios comparativos en relación con esta temática para poder afirmar la existencia de dificultades morfológicas y semánticas comunes entre estos trastornos. La inconsistencia de los resultados se debe a la variabilidad lingüística propia de los trastornos, así como a las diferencias en las muestras y en las herramientas utilizadas para la recolección de datos.

En resumen, los problemas de lenguaje que presentan los niños con trastorno del espectro autista y esquizofrenia podrían estar relacionados tanto con un retraso en su desarrollo como con la forma inusual o atípica en que este se manifiesta. Evaluar y definir con claridad las manifestaciones lingüísticas en un paciente específico puede resultar una tarea compleja. Esta dificultad se debe a diferentes factores como la ambigüedad existente en la terminología y clasificación de la psicopatología del lenguaje, así como a la superposición parcial entre los trastornos del lenguaje y los trastornos formales del pensamiento, e incluso con otras alteraciones clínicas, especialmente aquellas relacionadas con la afectividad y la interacción social. La heterogeneidad en los modelos y métodos empleados para su estudio contribuye a esta complejidad (Jimeno, 2019). Por ello, en el siguiente apartado, se abordarán algunos métodos de evaluación del lenguaje aplicables a personas con esquizofrenia.

Evaluación del lenguaje en la esquizofrenia:

Hoy en día los métodos utilizados para evaluar el lenguaje en personas con esquizofrenia pertenecen a áreas como la lingüística, la neuropsicología, la psicología y la psiquiatría. Para la evaluación del FTD, una de las pruebas principalmente utilizadas es la **Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación** (Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication, **TLC**). La creación de esta escala fue un paso fundamental para la evaluación del lenguaje en este trastorno y asienta las

bases para crear posteriormente otras escalas de medición de síntomas positivos y negativos en la enfermedad (Jimeno, 2019).

La TLC se centra en las señales objetivas con el fin de lograr criterios más consistentes y poder estandarizarlos. También pretende mejorar su precisión en la recopilación de datos y conseguir una mejor medición de la intensidad de los síntomas. Además, incluye un apartado en el que el paciente puede realizar una autoevaluación de sus síntomas negativos, lo que enriquece a la heteroevaluación. Este enfoque permite al paciente reflexionar acerca de sus propios síntomas y su capacidad de expresión y comprensión en el lenguaje. De este modo se reduce el tiempo de exploración y se añade información clínica adicional que puede ser muy valiosa y de otra forma podría haber sido desapercibida.

Hoy en día, existen numerosas publicaciones especializadas que recopilan diferentes pruebas y escalas utilizadas en la práctica psiquiátrica, algunas de las cuales incluyen ítems relacionados con trastornos del pensamiento y el lenguaje, o en áreas más específicas como la rehabilitación psicosocial. Sin embargo, hasta el momento no se ha encontrado ninguna investigación que aborde de manera integral las pruebas de evaluación psicopatológica del lenguaje en pacientes con esquizofrenia, tanto en lo que respecta a los instrumentos objetivos como a los subjetivos (Jimeno B., 2019).

El estudio de Jimeno (2019) aporta 3 tablas con pruebas de evaluación del lenguaje y a esquizofrenia:

Tabla 2

Pruebas generales objetivas utilizadas en la evaluación psicopatológica del lenguaje en la esquizofrenia

Pruebas generales objetivas

Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS).

El sistema AMDP

Escala de Evaluación de los Síntomas Positivos (SAPS)

Escala de Evaluación de los Síntomas Negativos (SANS)

Nota. Adaptado de Jimeno (2019, p. 36).

Tabla 3

Pruebas generales subjetivas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias

Pruebas generales subjetivas

Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF)

Escala de Bonn para la Evaluación de Síntomas Básicos (BSABS).

- a. Trastornos de la expresión del lenguaje (C.1.7.)
- b. Trastornos de la comprensión del lenguaje (C.1.6.)

Escala para la Evaluación Subjetiva de Errores Atencionales (ESEA)

Self-Evaluation of Negative Symptoms (SNS)

Examination of Anomalous World Experience (EAWE)

Nota. Adaptado de Jimeno (2019, p. 37).

Tabla 4

Pruebas específicas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias

Pruebas específicas

Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication) (TLC)

Bizarre-Idiosyncratic Thinking (BIT) – Comprehensive Index of Positive Thought Disorder

Clinical Language Disorder Rating Scale (CLANG)

Formal Thought Disorder Scale for carers (FTD-c)

Formal Thought Disorder Scale for patients (FTD-p)

Escala Thought and Language Disorder (TALD)

Nota. Adaptado de Jimeno (2019, p. 38).

Concretamente, la escala **TLC** es utilizada para evaluar los siguientes apartados:

- **Pobreza en el contenido del lenguaje** (o en el habla) (pobreza en el pensamiento, alogia, verbigeración, trastorno formal negativo del pensamiento). Pese a que los enunciados emitidos sean largos y elaborados, resultan ser carentes de información. Suele darse un lenguaje vago, demasiado concreto, repetitivo, estereotipado y en muchas ocasiones vago.

- **Tangencialidad.** Se intenta que el sujeto conteste a una pregunta de una forma tangencial o incluso irrelevante. Se evalúa si la respuesta está relacionada con la pregunta, o si es una respuesta con poca relación con la pregunta o si es completamente irrelevante.
- **Descarrilamiento** (asociaciones laxas, fuga de ideas). Se evalúa si el lenguaje espontáneo de la persona es desorganizado, si las ideas fluyen sin un sentido y sin coherencia entre sí.
- **Incoherencia** (“revoltijo de palabras”, jargonofasia, esquizofasia, paragramatismo). Este apartado evalúa si el sujeto habla de forma incomprensible: si emite frases coherentes en medio de construcciones coherentes, si sustituye palabras por otras de forma que se distorsiona el significado del mensaje desaparezca, si hay omisión de conjunciones (“y”, “aunque” ...), o de artículos como “el”, “la”, neologismos, etc.
- **Falta de lógica.** Se evalúa si se da una forma de hablar en la que se alcanza una conclusión sin seguir un orden lógico en las ideas.
- **Neologismos:** Se evalúa si la persona crea palabras nuevas; es decir, utiliza términos o combinaciones de palabras que no existen y cuya formación no se puede entender a partir del lenguaje habitual.
- **Perseveración.** Se observa si hay una repetición constante de palabras, ideas o temas, de modo que, una vez el paciente menciona algo en particular, tiende a retomarlo repetidamente durante su discurso.

De este modo se demuestra que la exploración del lenguaje de forma precisa y fundamentada permite ahondar en la investigación sobre esta temática: podría determinar cómo se relacionan los síntomas del lenguaje durante la enfermedad con señales del cerebro o del habla, comprobar si estos síntomas se dan en personas con alto riesgo de esquizofrenia o si pueden ser indicativos de inicio de la enfermedad, se podría establecer de forma más precisa que sujetos pueden beneficiarse más de intervenciones específicas y finalmente, podría darse una mejor predicción acerca de cómo sería la evolución del paciente y de su calidad de vida.

La escala **TLC** es actualmente la principal prueba de evaluación psicopatológica del lenguaje de tipo específico y la que cuenta con mayor difusión y resultados publicados.

La mayor parte de las pruebas disponibles actualmente son heteroaplicadas y se centran en el formato oral, función expresiva y método objetivo. Las pruebas que utilizan el método subjetivo pueden complementar el método objetivo tradicional en la evaluación psicopatológica del lenguaje en el trastorno de la esquizofrenia.

Por otra parte, en un estudio realizado por Bordás (2010), se aplicó el apartado de Pragmática del BLOC-SR en sujetos con esquizofrenia para analizar su lenguaje. El estudio reveló que esta prueba resultaba efectiva y con gran fiabilidad a la hora de evaluar este apartado y que la pragmática de una persona con esquizofrenia está influenciada por su estado psicopatológico. De esta forma el BLOC-SR se convierte en una herramienta eficaz para el diagnóstico de la esquizofrenia a través del lenguaje. Finalmente, en este mismo estudio se pudo comprobar que los sujetos con este diagnóstico mostraban también obtenían puntuaciones más bajas en la sección verbal del WAIS y que en el Test de Acentuación de Palabras pudo evaluar de forma efectiva el lenguaje de los sujetos antes de la aparición por completo de la enfermedad.

La importancia de un diagnóstico e intervención tempranos:

En el proceso de evaluación de la esquizofrenia de inicio infantil (COS), los profesionales deben tener en cuenta las posibles manifestaciones adicionales del trastorno, como la presencia de alucinaciones, dificultades en la higiene personal, y una marcada inestabilidad tanto afectiva como conductual (Li et al., 2010). Un estudio retrospectivo realizado por Li (2010) indica un bajo rendimiento académico y altas tasas de abandono escolar en este tipo de alumnado. Los problemas relacionados con el rendimiento académico pueden manifestarse de diferentes formas: dificultades para mantenerse sentado durante períodos largos de tiempo, dificultades para almacenar y recuperar información, dificultad para prestar atención al maestro sin distracciones, comprender el contenido del currículo, o a la hora de generar respuestas apropiadas a las preguntas de los maestros y participar en los exámenes. Estos problemas se vuelven aún más relevantes en aquellas materias que por su naturaleza exigen una mayor interacción social, por ejemplo, lengua castellana frente a matemáticas (Li et al., 2010).

Además, aparte de la amplia variedad de comorbilidades existentes en la esquizofrenia, (incluyendo COS y TEA, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), discapacidad de aprendizaje e intelectual, se ha observado que los niños con COS

presentan niveles elevados de **ansiedad** y **depresión**, los cuales impactan negativamente en su rendimiento académico. (Chen et al., 2017)

Estas dificultades y alteraciones citadas representan solo algunos de los múltiples motivos que evidencian la necesidad de una intervención temprana y eficaz en este tipo de alumnado. La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Psicosis Temprana han establecido cinco características que definen a un programa implementado con éxito, y definen acciones estratégicas para lograrlas en una variedad de entornos (Bertolote y McGorry, 2005). Estas incluyen:

1. Mejorar el acceso y el compromiso, además de fomentar asociaciones con organizaciones como las de discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista (TEA), entre otras, pero no desde un enfoque puramente clínico.
2. Aumentar la conciencia comunitaria.
3. Promover la recuperación.
4. Implicar y apoyar a las familias.
5. Capacitación de los profesionales (incluyendo capacitación profesional y para maestros).

Los programas de intervención temprana tienen como objetivo proporcionar estos servicios en el contexto de entornos clínicos, contando con el apoyo de instituciones políticas y organizaciones comunitarias (Csillag et al., 2018).

Aunque en la práctica puede resultar complicado, la colaboración entre docentes y psicólogos sería lo más propicio. Por otra parte, que exista una comunicación regular de los diferentes profesionales involucrados en el tratamiento del paciente con el psiquiatra infantil es una parte fundamental para favorecer el desarrollo óptimo de los niños, ya sea que presenten un diagnóstico único de esquizofrenia de inicio infantil (COS) o un diagnóstico dual de COS y TEA. Es clave la disponibilidad de profesionales de salud mental y la participación de las familias para comprender la naturaleza multidimensional de esta población en el proceso de educación.

Una vez una persona es diagnosticada con esquizofrenia, el **tratamiento farmacológico** con antipsicóticos se convierte en el pilar fundamental de la intervención. De forma general, se prioriza el uso de antipsicóticos de segunda generación, ya que son mejor

tolerados por parte de los pacientes y cuentan con mayor respaldo en cuanto a su eficacia en población joven. Es imprescindible que durante las primeras fases del tratamiento los profesionales presten especial atención a la evolución clínica del paciente ante una posible falta de respuesta al tratamiento. Es importante comprobar si es necesario el ajuste de las dosis del fármaco o incluso el cambio de la medicación si fuese necesario. Además, teniendo en cuenta el hecho de que la aparición precoz de la esquizofrenia supone un factor de riesgo para desarrollar resistencia al tratamiento, es de vital importancia que los profesionales de la salud tengan capacitación tanto para la identificación de estos casos como para gestionar de forma adecuada la prescripción de clozapina (Correll et al., 2024).

No obstante, dado que la esquizofrenia con inicio en la infancia (COS) y la esquizofrenia de inicio temprano (EOS) están asociadas con déficits cognitivos y un funcionamiento deteriorado, se deben tener en cuenta las **intervenciones psicosociales** lo antes posible para mejorar el funcionamiento general y la calidad de vida. Se destaca el entrenamiento de **las habilidades sociales** como una vía fundamental en la intervención educativa, la cual supone una posible solución a las dificultades en la interacción social de estos alumnos (Granholm, y Harvey, 2018). Que los resultados de la intervención sean significativos y a largo plazo, depende de diversos factores como que el paciente siga el tratamiento adecuadamente, que se dé una transición exitosa entre la atención pediátrica a la atención adulta lo cual requiere de una planificación cuidadosa por parte de los profesionales, y que haya atención temprana. Además, es necesario implementar evaluaciones integrales, adaptadas a la etapa del desarrollo de la persona, así como intervenciones específicas que respondan a las particularidades clínicas y sociales que presentan estos pacientes (Correll et al., 2024).

Ahora mismo, en la literatura existente acerca de esta temática, y más específicamente acerca de la intervención, autores como Schlosser y Wendt, (2008) remarcan la necesidad de producción de investigaciones en las que se compare tanto las características lingüísticas, como las funciones comunicativas en el uso del lenguaje, el desarrollo de la comunicación social no verbal asociada al lenguaje, como la imitación, y la competencia académica, específicamente en áreas como la comprensión lectora, entre sujetos con TEA y con COS.

Futuros estudios también podrían probar la eficacia de diferentes métodos de intervención, por ejemplo, el de **Enhanced Milieu Teaching**, una técnica de intervención comúnmente utilizada para el tratamiento del trastorno del espectro autista (TEA).

En definitiva, la intervención del TEA y de la esquizofrenia se realiza desde enfoques diferentes. En el caso del TEA, la intervención principal se basa en un enfoque educativo y pedagógico, los cuales se pueden clasificar en métodos basados en el análisis conductual aplicado (Smith, 2001), enfoques naturales, conductuales y de desarrollo (Hancock y Kaiser, 2002), y técnicas de comunicación alternativa y aumentativa (Schlosser y Wendt, 2008). Mientras que, en la esquizofrenia, incluyendo la esquizofrenia con inicio en la infancia, la respuesta farmacológica es la base de la intervención, como se ha comentado con anterioridad (Li et al., 2010; Vyas y Gogtay, 2012). De forma complementaria, acompañando al tratamiento con fármacos, se encuentran los enfoques psicosociales, en los que se encuentran la intervención familiar y el entrenamiento de las habilidades sociales del paciente.

No obstante, estos programas han sido probados principalmente en sujetos adultos con esquizofrenia. Por ello, resulta esencial la creación de una estrategia amplia que integre diferentes formas de tratamiento durante la intervención. En este contexto, la escuela tiene la capacidad de desempeñar un rol clave a la hora de poner en práctica este enfoque integral (Dulmus y Smyth, 2000).

La intervención familiar:

Es indudable que, la participación activa por parte de los padres de los pacientes es fundamental en las intervenciones. Esta se centrará en tratar de reducir en la medida de lo posible aquellos factores del ambiente que puedan generar estrés en el niño, con el objetivo de mejorar sus habilidades de resolución de problemas y el funcionamiento psicosocial (Hernández et al., 2013). Por otro lado, otro de los objetivos de estos métodos, es el apoyo a las familias en todo el proceso de tratamiento de sus hijos, especialmente frente a los efectos secundarios que puedan resultar del tratamiento farmacológico. También se les orienta para conseguir un uso efectivo de los programas de apoyo académico, diseñados específicamente para atender las necesidades particulares de sus hijos con COS (Hall y Bean, 2008).

Algunos ejemplos concretos de este enfoque de terapia son las estrategias como el *role playing*, ensayos y tareas para realizar en casa junto a la familia.

Una intervención familiar efectiva, tiene como objetivo reducir de manera significativa el riesgo de recaídas o, en su caso, de rehospitalizaciones. Además, busca apoyar a las familias en el desarrollo de una actitud menos sobreprotectora, lo cual contribuye a

disminuir el aislamiento social del niño. Se busca que las familias, consigan comprender mejor la naturaleza del trastorno, consigan herramientas para enfrentar el diagnóstico y, desarrollen habilidades para la resolución de problemas y, por último, que de forma natural logren una comunicación abierta y afectiva con sus hijos con este trastorno (Li et al., 2010). Además, se ha observado que tanto la sobreprotección familiar y la falta de interacción con otros niños influyen negativamente en los niveles de competencia social de los niños con esquizofrenia COS.

Algunos de los beneficios concretos que aportan este tipo de intervenciones en habilidades sociales son varios: mejora en el contacto visual, en el contenido del habla, en la participación en la conversación y en un aumento de la adaptación social del individuo (Dulmus y Smyth, 2000). Este tipo de tratamiento también ayuda a la persona a seguir de forma correcta su tratamiento farmacológico, que es la principal forma de intervención (Lieberman y Kopelowicz, 2005). Se trabajan contenidos como la identificación de problemas, establecimiento de metas, juegos de roles, retroalimentación positiva, modelado social, práctica de comportamientos, refuerzo social positivo y tareas para la casa (Rus-Calafell et al., 2014).

Durante la intervención, las habilidades que se deben adquirir como parte del objetivo a largo plazo se desglosan en sus pequeños componentes, lo que resulta en el análisis de tareas. Estos componentes tienen contribuciones significativas y prácticas para el uso efectivo de la comunicación verbal/no verbal y las habilidades conversacionales (iniciar, mantener y terminar una conversación). De manera similar al TEA (Olçay-Gül y Tekin-İftar, 2016), el objetivo último, es ayudar a que las personas con esquizofrenia prenidan, retengan y transfieran los contenidos trabajados a su vida diaria (Rus-Calafell et al., 2014).

MÉTODO

Objetivo de la revisión:

El objetivo de la revisión es comprobar en qué estado se encuentra actualmente la investigación respecto a la temática del lenguaje en la esquizofrenia y su intervención, y más específicamente si hay estudios acerca de esta centrados en la infancia.

PROCEDIMIENTO:

Diseño de la revisión: Se lleva a cabo una revisión sistemática introduciendo en bases de datos bibliográficas los términos “esquizofrenia, lenguaje e intervención”. El diseño de la revisión ha permitido recoger de forma sistemática los diferentes artículos encontrados, aplicando unos criterios de inclusión y exclusión predefinidos.

Criterios de inclusión y exclusión:

Los artículos elegidos serán aquellos que traten acerca de lenguaje y esquizofrenia, publicados en los últimos 5 años, en cualquier idioma. Posteriormente se analizará más concretamente aquellos que sean estudios experimentales centrados en la intervención. Entre esos se analizará en cuántos de ellos su público objetivo son niños.

Es importante destacar que el foco debe estar en el lenguaje producido por los propios pacientes con esquizofrenia, excluyéndose aquellos estudios centrados en otras formas de lenguaje, como el utilizado entre profesionales de la salud o el análisis del lenguaje vinculado a la estigmatización de los trastornos.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Scopus y Web of Science, entre los meses de marzo y abril de 2025. Se utilizaron como descriptores principales los términos: schizophrenia, language e intervention, combinados mediante operadores booleanos (AND, OR). No se aplicaron restricciones de idioma, pero sí se limitó la búsqueda a estudios publicados en los últimos cinco años (2020–2025).

Criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes:

- Artículos que aborden de forma explícita la relación entre esquizofrenia y lenguaje.

- Estudios publicados entre 2020 y 2025.
- Publicaciones en cualquier idioma.
- Preferencia por estudios empíricos, especialmente aquellos que evalúen programas o estrategias de intervención.

Criterios de exclusión establecidos:

- Estudios centrados en el lenguaje utilizado por profesionales de la salud, medios de comunicación u otras formas de discurso social sobre la esquizofrenia.
- Artículos cuyo objeto de análisis no sea el lenguaje producido directamente por personas con esquizofrenia.
- Revisión de literatura sin datos empíricos o intervenciones específicas.

En una segunda fase, se analizó con mayor profundidad el subconjunto de estudios experimentales que incluían intervenciones lingüísticas, prestando especial atención a aquellos dirigidos a población infantil.

Fuentes de información:

Se utilizan las bases de datos bibliográficas de investigación académica, “Scopus” y “Web of Science”. En ambas se llevan a cabo los mismos métodos de búsqueda.

Estrategia de búsqueda:

La comanda que se ha introducido en las bases de datos bibliográficas es “Schizophrenia language intervention”. Se establecen como criterios de búsqueda que hayan sido publicados en los últimos 5 años y que sean artículos de revista.

Proceso de selección de estudios:

Debido a las características propias de este trabajo, correspondiente a un Trabajo Final de Máster (TFM), el proceso de selección de estudios ha sido llevado a cabo únicamente por la autora.

Tratamiento de datos:

Una vez se hace la búsqueda correspondiente con los filtros establecidos, se exportan a Excel utilizando la opción de guardado en un formato compatible que nos ofrecen las

propias bases de datos. Se creará un libro de Excel en el que cada hoja determinará una parte del procedimiento de la revisión:

FASE 1: LOS RESULTADOS EN BRUTO

En la primera hoja se subirán los resultados de búsqueda de una de las dos bases de datos. En la segunda aparecerán los artículos de la otra base de datos. Además, en esta fase se eliminarán aquellos artículos que no tengan DOI para facilitar la búsqueda.

FASE 2: LOS RESULTADOS JUNTOS

En la tercera página se juntarán ambas búsquedas y se establecerán las columnas de los apartados que se van a analizar de cada artículo: autores, título, año de publicación, título de la revista, DOI, afiliación, idioma de publicación. Más adelante se añadirán otros campos para clasificar, pero por el momento estos resultan suficientes para este momento inicial de la búsqueda. De esta forma se ahorra tiempo en buscar informaciones acerca de artículos que puede que no sean escogidos para la revisión.

FASE 3: ELIMINACIÓN DE DUPLICADOS

En la cuarta página se eliminan los duplicados. Se realizará a través de la opción de “quitar duplicados” que ofrece la aplicación de Excel y se utilizará como referencia los DOI.

FASE 4: SELECCIÓN POR TEMÁTICA

En la quinta página es en la que se llevará a cabo un proceso más minucioso en el que a través del análisis de los artículos encontrados, se establecerá cuáles pueden pertenecer a la revisión y cuáles no.

Para ello hay que delimitar qué tipos de artículos vamos a escoger y cuáles no. Se seguirá un método de clasificación por colores para facilitar esta tarea:

Todos aquellos que aborden el tema de la esquizofrenia vinculándolo con el lenguaje o la comunicación serán aptos. La celda de su DOI se pintará de color verde.

Los artículos que no respondan a las características anteriores serán descartados y se pintarán de rojo. Además, se especificará cuál es el motivo de su descarte siguiendo de nuevo un código de colores en una nueva columna llamada “descarte”.

En el caso de que haya dudas respecto a si es válido o no, se podrá pintar de amarillo para posteriormente volver a ser revisado.

FASE 5: RECOPILACIÓN DE DATOS DE ARTÍCULOS DEFINITIVOS

Una vez se hayan establecido cuáles son los artículos que hablan de esquizofrenia y lenguaje, se pasarán a una nueva hoja del libro. En esta última página se analizará cada artículo con el objetivo de completar sus informaciones para finalmente poder evaluar los resultados sobre qué hemos obtenido y poder compararlos entre sí.

Se añadirán nuevos campos de clasificación: género del autor, país del autor, área de lenguaje, tipo de artículo y enfoque.

En el apartado de “área de lenguaje” se especificará en qué componente de lenguaje se está centrado el artículo: *léxico, prosodia, pragmática, discurso, FTD, TOM, Semántica, Sintaxis, habla y “lenguaje en general”*.

Se decide incluir entre los componentes de la clasificación, una categoría para aquellos artículos que se enfoquen en el estudio del FTD o en la Teoría de la Mente ya que sus alteraciones se consideran relevantes en el estudio del lenguaje.

Aquellos artículos que sean clasificados con “lenguaje en general” se deberá a que realmente no se centran en componentes específicos, sino que hablan de lenguaje de una forma más amplia. Además, los artículos se podrán clasificar con más de una de estas etiquetas si abordan diferentes componentes en el mismo artículo.

En el apartado de tipo de artículo se clasificará según el tipo de diseño metodológico que se ha usado en la investigación, de forma simplificada se establecen los siguientes: *revisión sistemática, estudio experimental cuantitativo, estudio cuasi-experimental, estudio observacional, estudio de caso y estudio cualitativo*.

Finalmente, aquellos estudios experimentales cuantitativos y cuasi-experimentales, serán clasificados según si se centran más en el área de la intervención o en el de la evaluación, este será el apartado llamado “enfoque”.

FASE 6:

Por último, se analizará cuántos de los estudios experimentales cuantitativos o cuasi-experimentales centrados en intervenciones están dirigidos a niños y cuántos a adultos.

RESULTADOS:

A continuación, se describen los resultados obtenidos en cada una de las fases del procedimiento de búsqueda:

FASE 1 y 2:

Una vez realizada la búsqueda, se obtienen 214 artículos de “Web of Science” y 164 artículos de “Scopus”. En total son 378, de los cuales dos se eliminan ya que no aparecen con su DOI por lo que se quedan en 376.

FASE 3: Se eliminan los duplicados, quedan 296.

FASE 4: Se descartan 264 artículos

- 16 porque no están vinculados con la esquizofrenia, pero sí con el lenguaje.

Los cuales se centran en otros trastornos o patologías como el Trastorno de la Comunicación Social, dificultades específicas de aprendizaje, trastornos del lenguaje, niños con implantes cocleares, daño cerebral, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad o Trastorno del Espectro Autista. La mayoría pertenecen a este último.

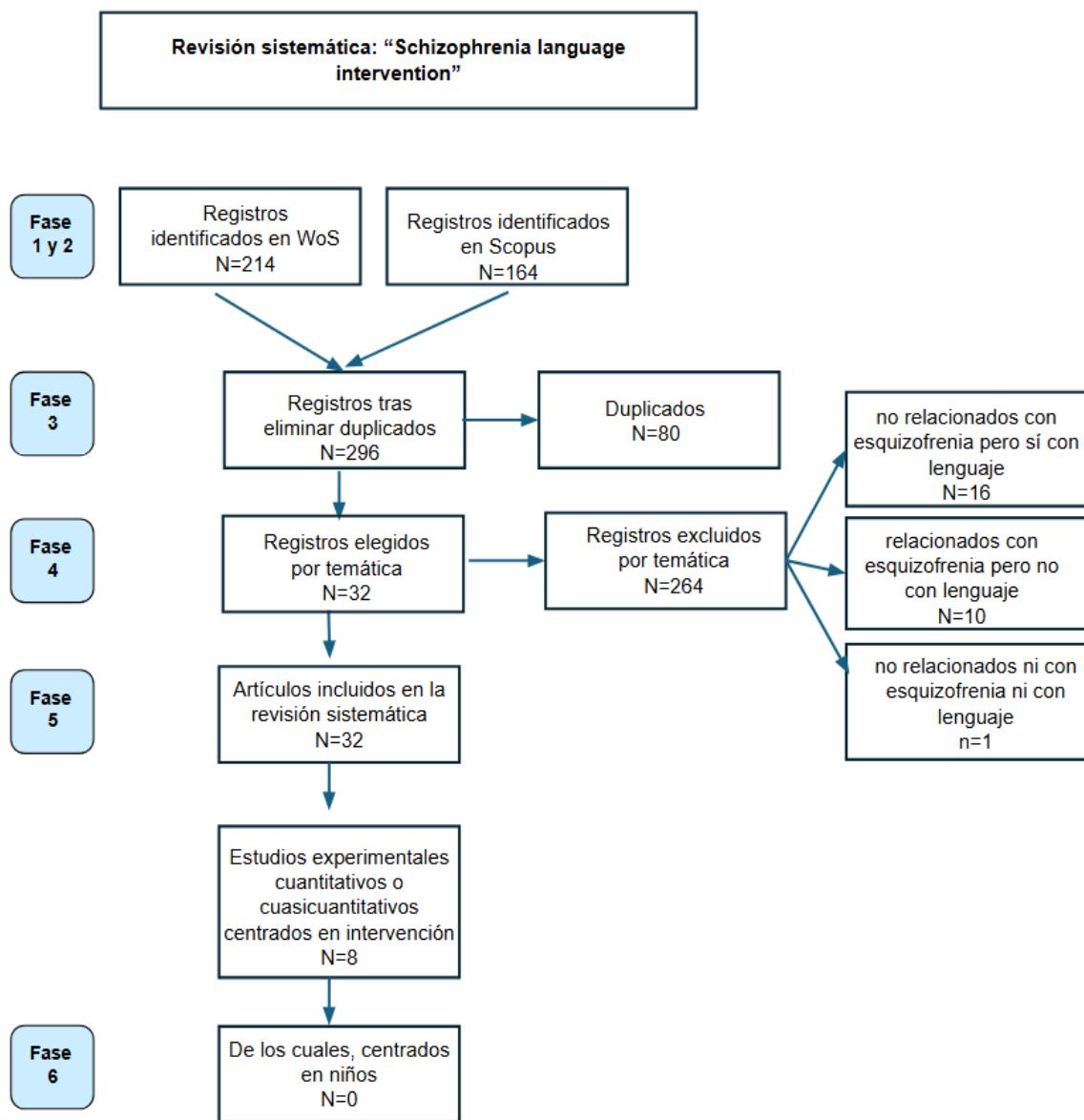
- 176 porque están vinculados con la esquizofrenia, pero no con el lenguaje.
- 72 porque no están vinculados ni con la esquizofrenia ni con el lenguaje.

FASE 5: Una vez se han descartado esos 264 artículos, nos quedamos con 32.

FASE 6: Se analiza el objeto de estudio de los 8 artículos experimentales cuantitativos o cuasi-experimentales.

Figura 1.

Diagrama de flujo del proceso.



Por fecha de publicación:

Tabla 5

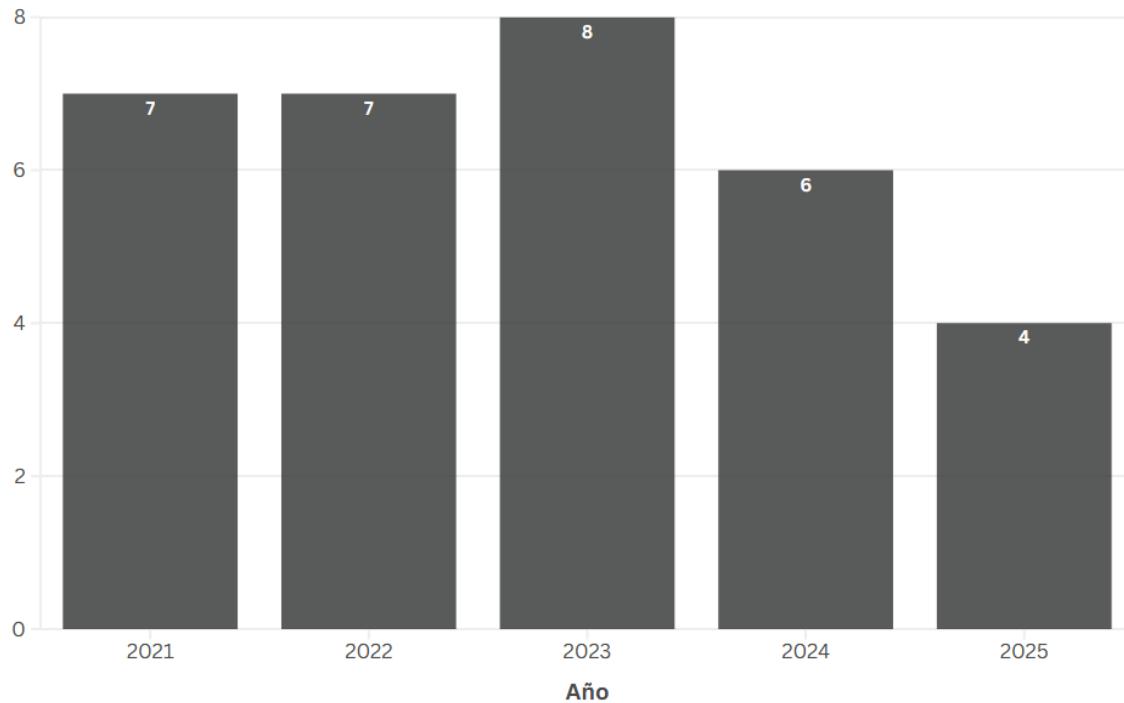
Artículos publicados por año de publicación

| Año de publicación | |
|--------------------|---|
| 2021 | 7 |
| 2022 | 7 |
| 2023 | 8 |
| 2024 | 6 |
| 2025 | 4 |

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Figura 2.

Gráfico del número de artículos publicados por año.



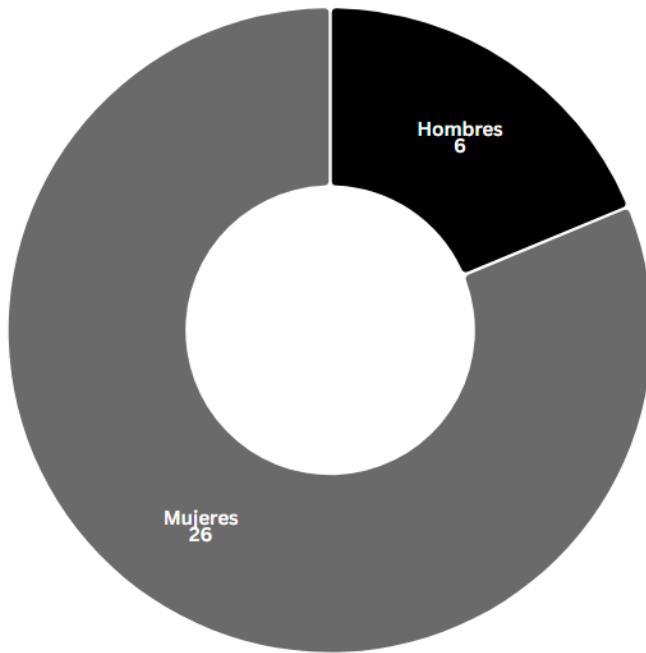
Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Por género del autor:

26 mujeres y 6 hombres.

Figura 3.

Gráfico del género de los autores principales de los artículos.



Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Por país y continente:

Tabla 6.

Publicaciones por país.

| Número de artículos publicados por país | |
|---|---|
| Polonia | 1 |
| Portugal | 1 |
| Brasil | 1 |
| EEUU | 6 |
| Italia | 4 |
| Hungría | 1 |
| Países Bajos | 1 |
| Alemania | 1 |
| Israel | 1 |
| Rusia | 1 |
| Suiza | 1 |
| India | 1 |
| China | 2 |
| Canadá | 4 |
| España | 2 |
| Turquía | 1 |
| Australia | 2 |
| Indonesia | 1 |

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Tabla 7

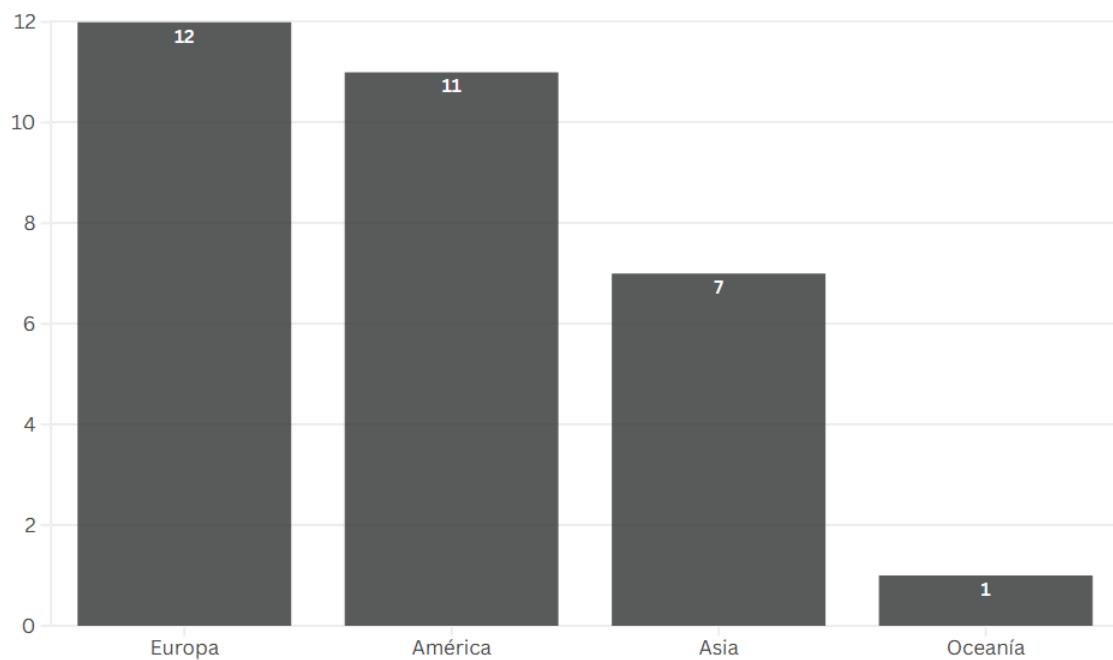
Publicaciones por continente

| Número de artículos publicados por continente | | |
|---|---------------------|-------------|
| Europa | 8 países diferentes | 12 en total |
| América | 3 países diferentes | 11 en total |
| Asia | 6 países diferentes | 7 en total |
| Oceanía | 1 país | 2 en total |

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Figura 4.

Gráfico del número de artículos publicados por continente.



Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Por idioma:

Todos tenían el artículo publicado en inglés.

Por modalidad del estudio:

Tabla 8

Clasificación de la modalidad de estudio

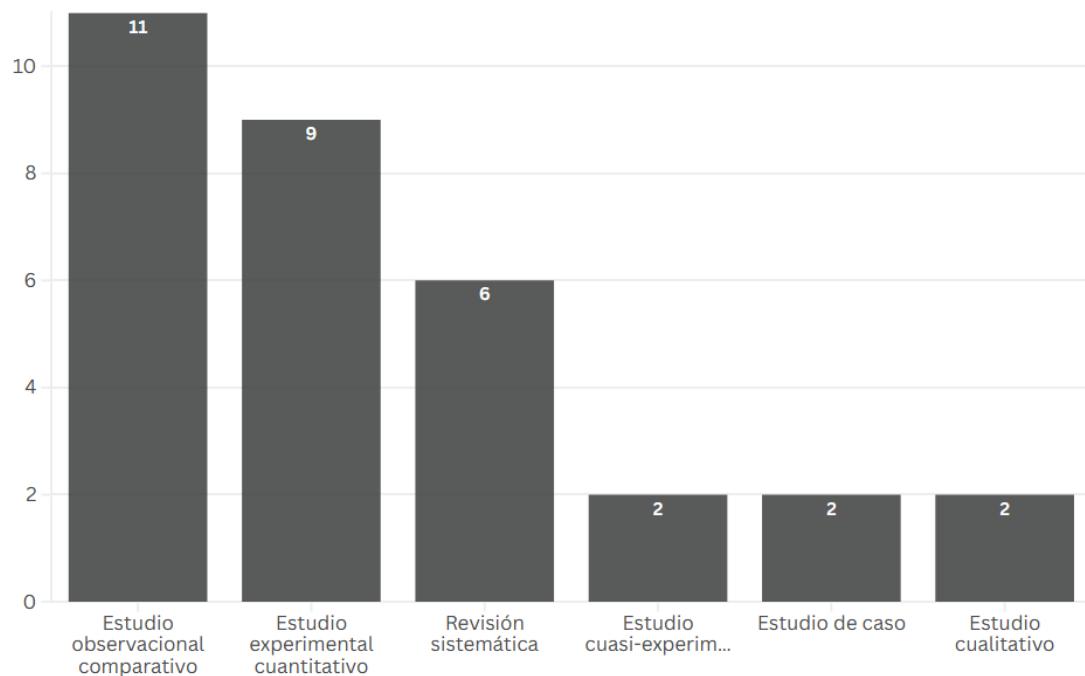
Artículos según su modalidad de estudio

| | |
|-----------------------------------|----|
| Revisión sistemática | 6 |
| Estudio experimental cuantitativo | 9 |
| Estudio cuasi-experimental | 2 |
| Estudio observacional comparativo | 11 |
| Estudios de caso | 2 |
| Estudio cualitativo general | 2 |

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Figura 5.

Gráfico de la modalidad de estudio de los artículos.

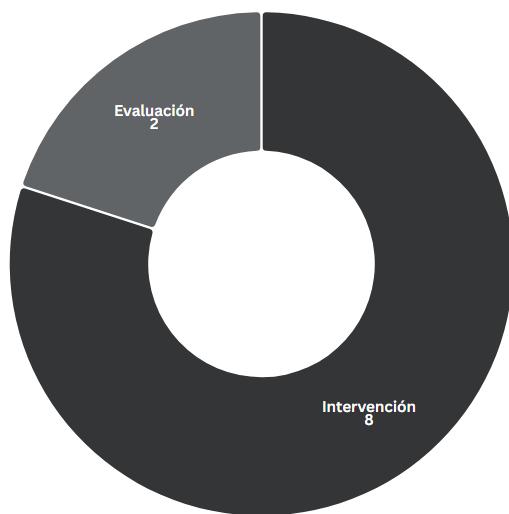


Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Entre los experimentales cuantitativos y los quasi-experimentales, 8 tenían un enfoque más centrado en la intervención y 2 más centrados en la evaluación.

Figura 6.

Gráfico de los estudios experimentales cuantitativos y quasi-experimentales centrados en intervención o en evaluación.



Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Por componente de lenguaje:

Dado a que hay varios artículos que no se centran en una única área del lenguaje y han sido clasificados en más de una de estas, se hará un recuento del total de áreas que hayan sido abordadas. Es decir, en total aparecerán más de 30 modalidades ya que habrá artículos que hayan sido clasificados con más de una.

Tabla 9

Clasificación del componente de lenguaje

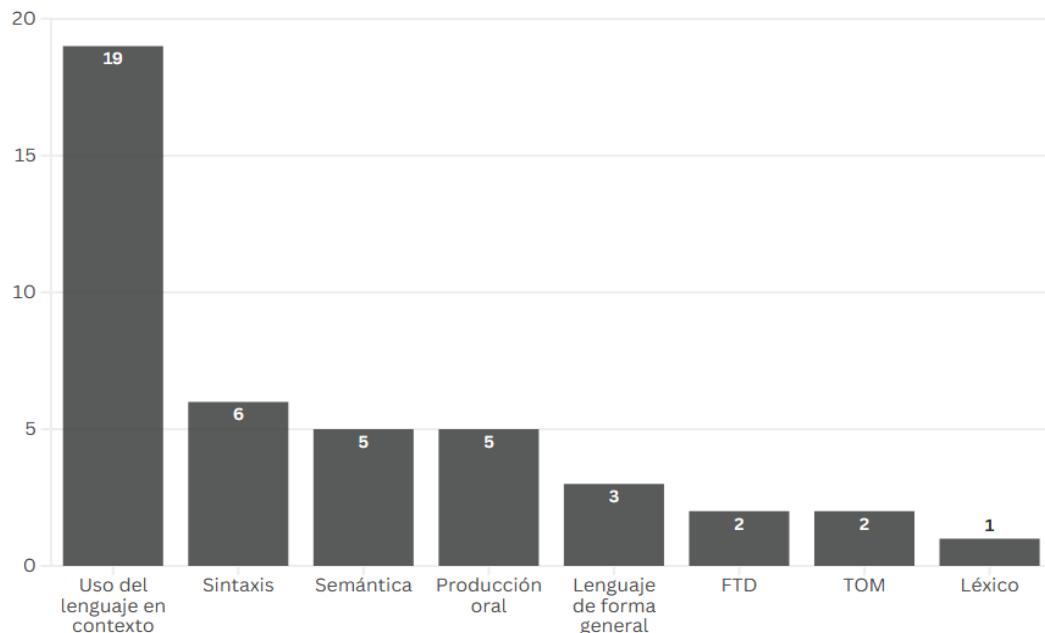
| Art\xfculos seg\xfcren el componente de lenguaje estudiado | |
|--|----|
| L\xedxico | 1 |
| Prosodia | 1 |
| Pragm\xe1tica | 16 |
| Discurso | 3 |
| FTD | 2 |
| TOM | 2 |
| Sem\xe1ntica | 5 |
| Sintaxis | 6 |
| Habla | 4 |
| Lenguaje en general | 3 |

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Para poderlo visualizar mejor se han juntado los elementos de, prosodia y habla en “producción oral” y los de discurso y pragmática en: “uso del lenguaje en contexto”.

Figura 7.

Gráfico del componente del lenguaje estudiado en los artículos.



Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos revisados.

Público objetivo: Entre los estudios experimentales cuantitativos o quasi-experimentales analizados, se ha comprobado que la población objetivo de estos son exclusivamente adultos.

DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados de la revisión, podemos comprobar lo siguiente:

Fecha de publicación:

De los 32 artículos utilizados en la revisión, en el año 2023 es donde se concentra el mayor número de publicaciones. Sin embargo, un año después, en 2024 el número de artículos publicados baja. El 2025 consta con el menor número de artículos, probablemente debido a que la revisión se realiza a mitades de este año.

A pesar de estas pequeñas variaciones, la distribución general de publicaciones a lo largo del periodo de años analizado se ha mantenido relativamente estable. Según Gao y Sazara (2023), la producción científica en el campo de la salud mental ha experimentado un crecimiento sostenido durante los últimos 10 años, probablemente debido a la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias.

Género de los autores:

En cuanto al género de los autores de los artículos, se puede observar una clara predominancia de mujeres autoras, un total de 26 frente a los 6 autores varones.

Esta diferencia considerable podría deberse a una mayor presencia en disciplinas como la lingüística y la psicología. Según datos aportados por la *American Psychological Association* (APA) (2017), en 2014, el 75% de los estudiantes matriculados en programas de posgrado en psicología fueron mujeres, y en algunos programas de maestría, esta cifra llegaba a alcanzar el 80%. Sin embargo, pese a que las mujeres constituyen una mayoría entre los graduados de programas de doctorado en psicología, solo un 35,6% de ellas aparece en posiciones de autoría en artículos por invitación, en comparación con el 42.3% de mujeres profesoras asociadas y titulares en instituciones de investigación de alto nivel (Mackelprang et al., 2023). Las mujeres en este campo tampoco obtienen tanta

representación en cargos muy reconocidos o de alto prestigio ni reciben el mismo sueldo que sus compañeros hombres (American Psychiatric Association, 2017).

País de origen del artículo:

El país que ha concentrado el mayor número de publicaciones es Estados Unidos, seguido por Canadá e Italia. En el caso de Estados Unidos, un mayor número de publicaciones puede estar relacionado con el fuerte apoyo institucional a la investigación del país, la alta inversión en ciencia y tecnología, además de la presencia de numerosas universidades de prestigio con programas en áreas como la lingüística, la psicología o la educación (NCSES, 2022), que son disciplinas clave en esta revisión. Sin embargo, si realiza la clasificación por continentes, Europa es la región que registra un mayor número de publicaciones acerca de esta temática. Esto puede deberse a la amplia colaboración entre países europeos en proyectos de investigación financiados por la Unión Europea (como los programas Horizon) (European Commission. Directorate General for Research and Innovation., 2023), y el gran número de instituciones académicas con enfoques en la investigación en humanidades y ciencias sociales

Modalidad de estudio:

La modalidad de estudio más utilizada para abordar esta temática ha sido el estudio observacional comparativo. La siguiente modalidad más utilizada corresponde a los estudios experimentales cuantitativos, entre los cuales 2 adoptan un enfoque centrado en la evaluación del fenómeno, mientras que los otros 8 se orientan hacia intervenciones específicas relacionadas con el trastorno.

Componente del lenguaje estudiado:

El componente de lenguaje que ha destacado de manera notable entre los estudios es el relacionado con el “uso del lenguaje en contexto”, abarcando aspectos de discurso y pragmática. Los componentes de semántica y sintaxis son menos estudiados frente a la pragmática en este trastorno (Baltaxe & Simmons, 1995), lo cual podemos ver reflejado en los gráficos. Este hallazgo no resulta sorprendente, ya que la pragmática es una de las áreas más afectadas en la dimensión lingüística del trastorno (Salavera, 2010). Algunas de las características del lenguaje de estas personas vistas en el marco teórico como la pobreza en el contenido del discurso, la perseveración o la circunstancialidad (Crider, 1997), desembocan en desajustes en las habilidades para la vida personal, comunitaria y

en la integración social (Cervellione et al., 2007). Por ello, de la mano de un tratamiento farmacológico o con un enfoque más clínico, es conveniente que haya una intervención en el entrenamiento de las habilidades sociales, tanto en población adulta como en los más jóvenes (Dulmus y Smyth, 2000).

Esto deja en evidencia la importancia de identificar y diagnosticar tempranamente estas dificultades para el trabajo cotidiano en el ámbito escolar, ya que permite abordarlas como elementos de refuerzo y protección para el alumnado. En el caso de los estudiantes con esquizofrenia, las distorsiones lingüísticas que presentan son una manifestación directa de su condición clínica, lo que respalda la importancia de una detección precoz y una intervención educativa adecuada desde el entorno escolar. Este enfoque no solo favorecería su inclusión, sino que también contribuiría significativamente a su permanencia en el sistema educativo (Leroy & Beaune, 2008).

Dado a que los déficits cognitivos del trastorno (EOS) afectan a la velocidad de procesamiento, al aprendizaje y memoria, a la atención, a la cognición social y a las funciones ejecutivas (Bombin et al., 2013), en el entorno escolar puede confundirse con otros trastornos o interpretarse erróneamente como bajo rendimiento, por lo que es de vital importancia la concienciación sobre este trastorno en las aulas.

Población objeto de estudio:

Pese a que se estima que alrededor del 8 % de los casos de esquizofrenia se diagnostican antes de los 18 años, y cerca del 18 % presenta los primeros síntomas en esta etapa (Correll et al., 2024), no se han encontrado estudios centrados en niños o en la adolescencia. Detectar la esquizofrenia de forma temprana en niños y adolescentes resulta clave para mejorar la eficacia de las intervenciones, en la práctica clínica los diagnósticos suelen retrasarse. Esto se debe, en gran medida, a la superposición de sus manifestaciones con características propias del desarrollo o con otros trastornos psiquiátricos, incluido el consumo de sustancias, así como a la falta de sensibilización de algunos profesionales de la salud (Correll et al., 2024). Teniendo en cuenta que los pacientes con esquizofrenia de inicio en la infancia (COS) suelen presentar déficits más significativos en áreas como el habla, el lenguaje y la educación, así como también déficits intelectuales más marcados en comparación con aquellos que padecen esquizofrenia de inicio temprano (EOS) (Jerrell y McIntyre, 2016), se evidencia, una vez más, la necesidad de desarrollar estudios específicos centrados en la esquizofrenia durante la infancia.

De manera general, los resultados obtenidos en la revisión sistemática han sido bastante escasos, mostrando una falta de investigación de este trastorno en cuanto a lenguaje. Resulta curioso que pese a presentar una sintomatología muy parecida al TEA en el desarrollo del lenguaje y a comunicación social, los profesionales disponen de más herramientas respaldadas por la evidencia en el caso del TEA. Un ejemplo de ello es el informe publicado por el National Autism Center (NAC, 2015), donde se recogen intervenciones validadas empíricamente para el tratamiento del autismo. Mientras tanto, la esquizofrenia infantil carece de una guía similar, lo que supone un desafío extra para los profesionales a la hora de intervenir. Esta limitación también se debe a la inestabilidad diagnóstica que puede tener el COS a lo largo de las etapas del desarrollo infantil (Trevisan et al., 2020).

Es cierto que la prevalencia de la esquizofrenia de inicio infantil es mucho menor si la comparamos con la del trastorno del espectro autista (TEA); mientras que este último afecta a cerca del 1 % de la población, los casos de COS no superan el 0,04 % (Laurens et al., 2023). No obstante, esto no debería ser una excusa para dejar de investigar sobre este tipo de trastornos menos frecuentes. En comparación con sus compañeros sanos, los niños con enfermedades raras tienen una calidad de vida significativamente menor tanto en el ámbito social como educativo. Por ello, es urgente la creación de políticas públicas que impulsen la inclusión educativa y social de estos niños, así como la promoción de investigaciones científicas enfocadas al desarrollo de intervenciones que mejoren su bienestar y aseguren sus derechos fundamentales (Coca et al., 2023).

Si centramos la atención la mejora de la calidad de vida de estas personas, será crucial un enfoque en el que se busque que alcancen una vida funcional y una adecuada integración social, tratando de reducir su aislamiento y promoviendo su autonomía, algo realmente importante en personas con trastornos mentales graves (Morrison et al., 2022). Como no es de extrañar, las dificultades en el lenguaje y la comunicación son uno de los factores principales por los que la calidad de vida y funcionalidad disminuyen, debido a las alteraciones en la regulación de emociones, en la interacción social y en la participación en la vida cotidiana que estas producen. Por ello, será de vital importancia el desarrollo e implementación de intervenciones comunicativas o de lenguaje basadas en la evidencia (Hollo et al., 2022).

En definitiva, como señala la Organización Mundial de la Salud (2018), el hecho de que una enfermedad sea poco común no significa que sus pacientes deban recibir menos atención o recursos, todos los casos merecen una respuesta clínica y científica adecuada.

Limitaciones de la revisión sistemática y líneas futuras:

Una de las principales limitaciones del estudio ha sido la escasa producción científica disponible sobre esta temática, lo que ha dificultado tanto el desarrollo de la revisión como el análisis en profundidad de los resultados. Además, la relación entre esquizofrenia y lenguaje es especialmente compleja, ya que aún no se ha determinado con claridad si las dificultades lingüísticas asociadas a este trastorno son un síntoma secundario susceptible de intervención o si forman parte inherente del mismo, lo que limitaría su capacidad de modificación.

Esta incertidumbre plantea una importante línea de investigación futura: profundizar en cómo y en qué medida la esquizofrenia afecta al lenguaje. Asimismo, la presente revisión pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios empíricos que evalúen la eficacia de programas de intervención lingüística dirigidos a personas con esquizofrenia, incluyendo específicamente a la población infantil, que hasta ahora ha sido escasamente abordada. Otra posible línea de investigación a raíz de esta temática podría ser la comparación entre la cantidad de estudios acerca del lenguaje en personas con TEA y su intervención, frente a aquellos realizados en personas con esquizofrenia.

CONCLUSIONES

- La mayoría de los estudios sobre “esquizofrenia, lenguaje e intervención” son publicados por mujeres.
- Falta mucha investigación en el campo de la esquizofrenia y el lenguaje y su intervención, específicamente centrada en niños.
- El componente del lenguaje más estudiado en el trastorno de la esquizofrenia es la pragmática y el discurso por sus implicaciones sociales y funcionales.

REFERENCIAS:

- Addington, J. & Addington, D. (2006). "Early interventions for psychosis: Who refers?". *Schizophrenia Research*, 84, 176–177.
- Alary, M., Delcroix, N., Leroux, E., Razafimandimby, A., Brazo, P., Delamillieure, P., & Dollfus, S. (2013). Functional hemispheric lateralization for language in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 149(1-3), 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.06.003>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). *American Psychiatric Publishing*.
- American Psychological Association. (2017, julio/agosto). Women in psychology: A growing force. *APA Monitor on Psychology*. <https://www.apa.org/monitor/2017/07-08/women-psychology>
- American Psychological Association. (2017, noviembre). Trend report: Equality for women psychologists takes on new urgency. *APA Monitor on Psychology*. <https://www.apa.org/monitor/2017/11/trends-equality>
- Andreasen, N. C. (1979). Thought, language, and communication disorders. *Archives of General Psychiatry*, 36(12), 1315-1321. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780120045006>
- Andreasen, N. C. (2000). Schizophrenia: The fundamental questions. *Brain Research Reviews*, 31(2-3), 106–112. [https://doi.org/10.1016/s0165-0173\(99\)00027-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0173(99)00027-2)
- Arboleda, C., & Holzman, P. S. (1985). Thought disorder in children at risk for psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 42(14), 1004-1013. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790330084010>
- Baltaxe, C. A. M., & Simmons, J. Q. (1995). Speech and language disorders in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 677-692. <https://doi.org/10.1093/schbul/21.4.677>
- Baribeau, D. A., & Anagnostou, E. (2013). A comparison of neuroimaging findings in childhood onset schizophrenia and autism spectrum disorder: A review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 20(4), 115. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00175>

- Barlati, S., Deste, G., Ariu, C., & Vita, A. (2016). Autism spectrum disorder and schizophrenia: Do they overlap? *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 18(1), 760-763.
https://www.researchgate.net/publication/301287742_Autism_Spectrum_Disorder_and_Schizophrenia_Do_They_Overlap
- Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *The British Journal of Psychiatry*, 187(S48), s116–s119.
<https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>
- Bleauler, E. (1911). “Dementia praecox; or the group of schizophrenias”. *New York, International Universities Press*. Traducción al castellano: Demencia precoz; el grupo de las esquizofrenias (1993). Buenos Aires: Horme–Paidós.
- Bombin, I., Mayoral, M., Castro-Fornieles, J., Gonzalez-Pinto, A., de la Serna, E., RapadoCastro, M., Barbeito, S., Parellada, M., Baeza, I., Graell, M., Payá, B., Arango, C., 2013. Neuropsychological evidence for abnormal neurodevelopment associated with early-onset psychoses. *Psychol. Med.* 43, 757–768. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001535>.
- Barrera, A. (2025). Formal Thought Disorder in Schizophrenia: A Problematic History. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae214>
- Cantor, S., Evans, J., Pearce, J., & Pezzot-Pearce, T. (1982). Childhood schizophrenia: Present but not accounted for. *American Journal of Psychiatry*, 139(6), 758-763.
<https://doi.org/10.1176/ajp.139.6.758>
- Caplan, R. (1994). Communication deficits in childhood schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 20(4), 671-683. <https://doi.org/10.1093/schbul/20.4.671>
- Carbon, M., Correll, C.U., 2014a. Thinking and acting beyond the positive: the role of the cognitive and negative symptoms in schizophrenia. *CNS Spectr.* 19 (Suppl 1), 38–52.
<https://doi.org/10.1017/S1092852914000601>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 8 years — *Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72(SS-2), 1–14.
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm>

- Cervellione, K.L., Burdick, K.E., Cottone, J.G., Rhinewine, J.P., Kumra, S., 2007. Neurocognitive deficits in adolescents with schizophrenia: longitudinal stability and predictive utility for short-term functional outcome. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 46, 867–878. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054678d>
- Chen, Y.-H., Yang, M.-S., Chen, C.-C., Yang, M.-J., Su, Y.-C., Wang, M.-H., & Lan, C.-M. (2017). Depressive and anxiety symptom trajectories from school age through young adulthood in samples with autism spectrum disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2591–2603. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3141-1>
- Cheung, C., Yu, K., Fung, G., Leung, M., Wong, C., Li, Q., Sham, P., Chua, S., & McAlonan, G. (2010). Autistic disorders and schizophrenia: Related or remote? An anatomical likelihood estimation. *PLoS One*, 5(8), e12233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0012233>
- Clemmensen, L., Vernal, D.L., Steinhausen, H.-C., 2012. A systematic review of the longterm outcome of early onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 12, 150. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-150>.
- Couture, S. M., Penn, D. L., Losh, M., Adolphs, R., Hurley, R., & Piven, J. (2010). Comparison of social cognitive functioning in schizophrenia and high functioning autism: More convergence than divergence. *Psychological Medicine*, 40(4), 569-579. <https://doi.org/10.1017/S003329170999078X>
- Crider, A. (1997). Perseveration in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23(1), 63–74. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.1.63>
- Csillag, C., Nordentoft, M., Mizuno, M., McDaid, D., Arango, C., Smith, J., Lora, A., Verma, S., Di Fiandra, T., & Jones, P. B. (2018). Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(4), 757–764. <https://doi.org/10.1111/eip.12514>
- Cabuk, T., Ozdemir, S., & Toret, G. (2022). Language and Communication Features of Childhood-Onset Schizophrenia and Autism Spectrum Disorders: A Literature Review. *Ankara Universitesi Egitim Bilimleri Fakultesi Özel Egitim Dergisi – Ankara University Faculty of Educational Sciences Journal of Special Education*, 23(3), 655-+. <https://doi.org/10.21565/ozelegitimdergisi.857651>

Correll, C. U., Arango, C., Fagerlund, B., Galderisi, S., Kas, M. J., & Leucht, S. (2024). Identification and treatment of individuals with childhood-onset and early-onset schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 82, 57-71. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.02.005>

Crespi, B., Stead, P., & Elliot, M. (2010). Evolution in health and medicine Sackler colloquium: Comparative genomics of autism and schizophrenia. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107 Suppl 1(Suppl 1), 1736-1741. <https://doi.org/10.1073/pnas.0906080106>

Dulmus, C. N., & Smyth, N. J. (2000). Early-onset schizophrenia: A literature review of empirically based interventions. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17(1), 55-69. <https://doi.org/10.1023/A:1007567609909>

Díaz-Caneja, C.M., Pina-Camacho, L., Rodríguez-Quiroga, A., Fraguas, D., Parellada, M., Arango, C., 2015. Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr.* 1, 14005. <https://doi.org/10.1038/npjschz.2014.5>.

Dabiri, M., Dehghani Firouzabadi, F., Yang, K., Barker, P. B., Lee, R. R., & Yousem, D. M. (2022). Neuroimaging in schizophrenia: A review article. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 1042814. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1042814>

European Commission. Directorate General for Research and Innovation. (2023). Integration of social sciences and humanities in Horizon 2020: Participants, budgets and disciplines 2014-2020 : final monitoring report. *Publications Office*. <https://data.europa.eu/doi/10.2777/075642>

Fernandez, A., Drozd, M.M., Thümmler, S., Dor, E., Capovilla, M., Askenazy, F., Bardoni, B., 2019. Childhood-onset schizophrenia: a systematic overview of its genetic heterogeneity from classical studies to the genomic era. *Front. Genet.* 10, 1137. <https://doi.org/10.3389/fgene.2019.01137>.

Fitzgerald, M. (2012). Schizophrenia and autism/Asperger's syndrome: Overlap and difference. *Clinical Neuropsychiatry*, 9(4), 171-176.

Foss-Feig, J. H. (2019). Looking under the hood of convergent behavioral deficits in schizophrenia and autism. *Biological Psychiatry*, 86(7), e21-e23. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.030>

Galli-Carminati, G., Conti, L., & D'Amico, E. (2018). Between autistic spectrum disorder (ASD) and childhood onset schizophrenia (COS): A proposal for a "Passerella" syndrome. *Autism Research and Therapy*, 13(5), 123–132. <https://doi.org/10.15406/arto.2018.13.12657>

Gogtay, N., Vyas, N.S., Testa, R., Wood, S.J., Pantelis, C., 2011. Age of onset of schizophrenia: perspectives from structural neuroimaging studies. *Schizophr. Bull.* 37, 504–513. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr030>.

Granholm, E., & Harvey, P. D. (2018). Social skills training for negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 472–474. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx184>

Gao, X., & Sazara, C. (2023). Discovering Mental Health Research Topics with Topic Modeling (No. arXiv:2308.13569). arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2308.13569>

Hall, S. D., & Bean, R. A. (2008). Family therapy and childhood-onset schizophrenia: Pursuing clinical and bio/psycho/social competence. *Contemporary Family Therapy*, 30(1), 61–74. <https://doi.org/10.1007/s10591-008-9061-7>

Hancock, T. B., & Kaiser, A. P. (2002). "The effects of trainer-implemented enhanced milieu teaching on the social communication of children with autism". *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(1), 39–54. DOI: 10.1177/02711214022200104 Taylor & Francis Online+6PMC+6SpringerLink+6

Hart, M., & Lewine, R. R. J. (2017). Rethinking thought disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 514–522. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx003>

Harvey, P. D., & Brault, J. (1986). Speech performance in mania and schizophrenia: The association of positive and negative thought disorders and reference failures. *Journal of Communication Disorders*, 19(3), 161173. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(86\)90006-7](https://doi.org/10.1016/0021-9924(86)90006-7)

- Heeger, D. J., & Ress, D. (2002). What does fMRI tell us about neuronal activity? *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 142-151. <https://doi.org/10.1038/nrn730>
- Hernández, I., Asencio, A., Bellver, F., Lacruz, M., Masanet, M. J., & Montero, I. (2013). Efficacy of a family intervention programme for prevention of hospitalisation in patients with schizophrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 8(2), 83–91. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2013.03.001>
- Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skytthe, A., Christensen, K., Werge, T.M., Nordentoft, M., Glenthøj, B., 2018. Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide danish twin register. *Biol. Psychiatry* 83, 492–498. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.017>.
- Hollo, A., Dodd, B., McCartney, E., et al. (2022). Speech, language and communication needs and mental health: the experiences of speech and language therapists and mental health professionals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 57(6), 1022–1036. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12759>
- Hommer, R. E., & Swedo, S. E. (2015). Schizophrenia and autism-related disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 313-314. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu188>
- Howes, O.D., Shatalina, E., 2022. Integrating the neurodevelopmental and dopamine hypotheses of schizophrenia and the role of cortical excitation-inhibition balance. *Biol. Psychiatry* 92, 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2022.06.017>.
- Hsu, C.-W., Lee, S.-Y., Wang, L.-J., 2019. Gender differences in the prevalence, comorbidities and antipsychotic prescription of early-onset schizophrenia: a nationwide population-based study in Taiwan. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 28, 759–767. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1242-9>.
- Iasevoli, F., Razzino, E., Altavilla, B., Avagliano, C., Barone, A., Ciccarelli, M., D'Ambrosio, L., Matrone, M., Milandri, F., Notar Francesco, D., Fornaro, M., de Bartolomeis, A, 2022. Relationships between early age at onset of psychotic symptoms and treatment resistant schizophrenia. *Early Interv. Psychiatry* 16, 352–362. <https://doi.org/10.1111/eip.13174>.
- Jerrell, J.M., McIntyre, R.S., 2016. Factors differentiating childhood-onset and adolescent-onset schizophrenia:a claims database study. *Prim. Care Companion CNS Disord.* 18 <https://doi.org/10.4088/PCC.15m01901>.

- Jimeno B., N. (2019). Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: Revisión bibliográfica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(1), 34-42. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000100034>
- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., Skodol, A. E., Wall, M. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2013). Thought disorder in the meta-structure of psychopathology. *Psychological Medicine*, 43(8), 1673–1683. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002292> Cambridge University Press & Assessment+1Frontiers+1
- Kircher, T., Krug, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., Turner, L., Fährmann, P., Hornig, T., & Katzev, M. (2014). A rating scale for the assessment of objective and subjective formal thought and language disorder (TALD). *Schizophrenia Research*, 160(1–3), 216–221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.003>
- Kraepelin, E. (1919). “Dementia praecox and paraphenia”. Edimburgo: E & S. Livingstone. Traducción al castellano: La demencia precoz (2008). *Buenos Aires: Polemos*.
- Lam, K. S., Aman, M. G., & Arnold, L. E. (2006). Neurochemical correlates of autistic disorder: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 27(3), 254-289. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.03.003>
- Li, M., et al. (2010). "A meta-analysis of the efficacy of antipsychotic drugs in the treatment of schizophrenia". *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(4), 470–478. [DOI: 10.4088/JCP.09r05394gre] (<https://doi.org/10.4088/JCP.09r05394gre>):contentReference [oaicite:23]{index=23}
- Lieberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Psychiatric rehabilitation: An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 28(3), 367–387. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.03.001>
- Luoma, S., Hakko, H., Ollinen, T., Järvelin, M.-R., Lindeman, S., 2008. Association between age at onset and clinical features of schizophrenia: the Northern Finland 1966 birth cohort study. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.* 23, 331–335. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.03.005>.
- Leroy, F., & Beaune, D. (2008). Langage et schizophrénie: L'intention en question. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166(8), 612-619. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.02.012>

MCKENNA, P. J. & OH, T. (2005). Schizophrenicspeech:Makingsenseofbathrootsandpondsthatfallin doorway. London: Cambridge University Press

Meyer U, Feldon J, Dammann O. Schizophrenia and autism: both shared and disorder-specific pathogenesis via perinatal inflammation? *Pediatr Res* (2011) 69(8):26–33. doi: 10.1203/PDR.0b013e318212c196

Moreno Küstner, B., Jiménez Estévez, J. F., Godoy García, J. F., Torres González, F., & Pérez Costilla, L. (2002). Variables predictoras de los ingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(5), 279–286.

Morrison, L., Vassilev, I., Moreno-García, E., Whear, R., Pearson, M., Jani, A., & Byng, R. (2022). Interventions to improve the social circumstances of people with mental health conditions: A rapid evidence synthesis. *BMC Psychiatry*, 22(1), 364. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03864-9>

Mund, M., Uhlenbusch, N., Rillig, F., Weiler-Normann, C., Herget, T., Kubisch, C., Löwe, B., & Schramm, C. (2023). Psychological distress of adult patients consulting a center for rare and undiagnosed diseases: A cross-sectional study. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 18(82). <https://doi.org/10.1186/s13023-023-02669->

Mackelprang, J. L., Johansen, E. E., & Orr, C. (2023). Gender disparities in authorship of invited submissions in high-impact psychology journals. *The American Psychologist*, 78(3), 333–345. <https://doi.org/10.1037/amp0001106>

Mulle, J. G., Pulver, A. E., McGrath, J. A., Wolyniec, P. S., Dodd, A. F., Cutler, D. J., Sebat, J., Malhotra, D., Nestadt, G., Conrad, D. F., Hurles, M., Barnes, C. P., Ikeda, M., Iwata, N., Levinson, D. F., Gejman, P. V., Sanders, A. R., Duan, J., Mitchell, A. A., ... Warren, S. T. (2014). Reciprocal duplication of the Williams-Beuren syndrome deletion on chromosome 7q11.23 is associated with schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 75(5), 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.05.040>

National Autism Center. (2015). Findings and conclusions: National standards project, phase 2. Randolph, MA: Author. Disponible en <https://nationalautismcenter.org/national-standards/phase-2-2015/>

- Okkels, N., Vernal, D.L., Jensen, S.O.W., McGrath, J.J., Nielsen, R.E., 2013. Changes in the diagnosed incidence of early onset schizophrenia over four decades: incidence of early onset schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 127, 62–68. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01913.x>.
- Olcay-Gül, S., & Tekin-İftar, E. (2016). Family generated and delivered Social Story intervention: Acquisition, maintenance, and generalization of social skills in youths with ASD. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 51(1), 67–78.
- Persico, A. M., & Napolioni, V. (2013). Autism genetics. *Behavioral Brain Research*, 251, 95–112. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2013.06.012>
- Pinkham, A. E., Hopfinger, J. B., Pelphrey, K. A., Piven, J., & Penn, D. L. (2008). Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 164-75. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.10.024>
- Palaniyappan, L., Homan, P., & Alonso-Sánchez, M. F. (2023). Language Network Dysfunction and Formal Thought Disorder in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 49(2), 486-497. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac159>
- Paula-Pérez, I. (2018). Convergencias y divergencias genéticas, neurobiológicas y ambientales entre el autismo y el espectro de la esquizofrenia. *Anuario de Psicología / The UB Journal of Psychology*, 48(3), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2018.11.001>
- Racenstein JM, Penn D, Harrow M, Schleser R. Thought disorder and psychosocial functioning in schizophrenia: the concurrent and predictive relationships. *J Nerv Ment Dis*, 1999;187:281–289.
- Rammou, A., Fisher, H.L., Johnson, S., Major, B., Rahaman, N., Chamberlain-Kent, N., Stone, J.M., 2019. Negative symptoms in first-episode psychosis: clinical correlates and 1-year follow-up outcomes in London Early Intervention Services. *Early Interv. Psychiatry* 13, 443–452. <https://doi.org/10.1111/eip.12502>.
- Remschmidt, H., Martin, M., Fleischhaker, C., Theisen, F. M., Hennighausen, K., Gutenbrunner, C., & Schulz, E. (2006). Forty-two years later: The outcome of childhood-onset schizophrenia. *Journal of Neural Transmission*, 114(4), 505-512. <https://doi.org/10.1007/s00702-006-0553-z>

- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ribas-Sabaté, J., & Lemos-Giráldez, S. (2014). Social skills training for people with schizophrenia: What do we train? *Behavioral Psychology*, 22(3), 461-477. <https://psycnet.apa.org/record/2014-55699-005>
- Roche, E., Creed, L., MacMahon, D., Brennan, D., & Clarke, M. (2015). The Epidemiology and Associated Phenomenology of Formal Thought Disorder: A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 951-962. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu129>
- Salavera, C. (2008). ¿Por qué no entendemos a las personas con esquizofrenia? *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 43-44, 155–164.
- Schlosser, R. W., & Wendt, O. (2008). "Effects of augmentative and alternative communication intervention on speech production in children with autism: A systematic review". *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), 247–264. [DOI: 10.1044/1092-4388(2008/018)]([https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/018\):contentReference\[oaicite:19\]{index=19}](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/018):contentReference[oaicite:19]{index=19}))
- Smith, T. (2001). Discrete trial training in the treatment of autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16(2), 86–92. <https://doi.org/10.1177/108835760101600204>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G, Il Shin, J, Kirkbride, J.B, Jones, P, Kim, J.H, Kim, J.Y, Carvalho, A.F, Seeman, M.V, Correll, C. U, Fusar-Poli, P, 2022. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale metaanalysis of 192 epidemiological studies. *Mol. Psychiatry* 27, 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.
- Salavera Bordás, 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: REIFOP*, 13(4), 221-226.
- Statistics (NCSES), N. C. for S. and E. (2022). The State of U.S. Science and Engineering 2022 (No. NSB-2022-1). Article NSB-2022-1. <https://ncses.nsf.gov/pubs/nsb20221>
- Tan EJ, Thomas N, Rossell SL. Speech disturbances and quality of life in schizophrenia: differential impacts on functioning and life satisfaction. *Compr Psychiatry*. 2014;55:693–698.

- Tan, E. J., & Rossell, S. L. (2019a). Language comprehension and neurocognition independently and concurrently contribute to formal thought disorder severity in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 204, 326–332. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.08.021>
- Toal, F., Bloemen, O. J., Deeley, Q., Tunstall, N., Daly, E. M., Page, L., Brammer, M. J., Murphy, K. C., & Murphy, D. G. M. (2009). Psychosis and autism: Magnetic resonance imaging study of brain anatomy. *British Journal of Psychiatry*, 194(5), 418-425. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.049007>
- Trevisan, D. A., Foss-Feig, J. H., Naples, A. J., Srihari, V., Anticevic, A., & McPartland, J. C. (2020). Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia Are Better Differentiated by Positive Symptoms Than Negative Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 548. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00548>
- Vyas, N. S., & Gogtay, N. (2012). "Childhood-onset schizophrenia: A review of the literature". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(8), 781–790. [DOI:10.1016/j.jaac.2012.06.010](<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.06.010>):contentReference[oaicite:27]{index=27}
- Waterhouse, L., & Fein, D. (1984). Developmental trends in cognitive skills for children diagnosed as autistic and schizophrenic. *Child Development*, 55(1), 236-248. <https://doi.org/10.2307/1129848>
- Wilcox, J., Winokur, G., & Tsuang, M. (2012). Predictive value of thought disorder in new-onset psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 674–678. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.10.006>
- World Health Organization. (2025). Rare diseases: a global health priority for equity and inclusion (EB156/CONF./2). *Organización Mundial de la Salud*. Disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_CONF2-en.pdf
- Zamperoni, G., Tan, E. J., Rossell, S. L., Meyer, D., & Sumner, P. J. (2024). Evidence for the factor structure of formal thought disorder: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 264, 424–434. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.01.006>

ANEXO

Anexo 1.

Tabla 10

Artículos seleccionados para la revisión sistemática.

| Título | Autores | Género del autor principal | Año | País autor | del estudiado | Modalidad de estudio |
|--|--|----------------------------|------|------------|---------------|---|
| Prosodic deficits and interpersonal difficulties in patients with schizophrenia | Pawelczyk, Agnieszka; Lojek, Emila; Radek, Maciej; Pawelczyk, Tomasz | Mujer | 2021 | Polonia | Prosodia | Estudio observacional comparativo |
| Virtual Reality in Social Skills Training for People With Schizophrenia | Oliveira, Catarina; Faria, Sara; de Almeida, Raquel Simoes; Queiros, Cristina; Marques, Antonio | Mujer | 2021 | Portugal | Pragmática | Estudio cualitativo |
| A efetividade da intervenção fonoaudiológica grupal no comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia | Santos, Ariana Elite dos; Pedrão, Luiz Jorge; Zamberlan-Amorim, Nelma Ellen; Furlan, Julia Del Lama; Carvalho, Ana Maria Pimenta | Mujer | 2021 | Brasil | Pragmática | Estudio cuasi-experimental (intervención) |

| | | | | | |
|---|---|------|---------|----------------------|--|
| Understanding Language Abnormalities and Associated Clinical Markers in Psychosis: The Promise of Computational Methods | Hitczenko, Kasia; Mittal, Vijay A.; Mujer Goldrick, Matthew | 2021 | EEUU | Discurso y FTD | Revisión sistemática |
| Communicative-pragmatic abilities mediate the relationship between cognition and daily functioning in schizophrenia. | Agostoni G.; Bambini V.; Bechi M.; Mujer Buonocore M.; Spangaro M.; Repaci F.; Cocchi F.; Bianchi L.; Guglielmino C.; Sapienza J.; Cavallaro R.; Bosia M. | 2021 | Italia | Pragmática y TOM | Estudio observacional |
| A novel virtual reality-based theory of mind intervention for outpatients with schizophrenia: A proof-of-concept pilot study | Vass E.; Simon V.; Fekete Z.; Lencse L.; Mujer Ecseri M.; Kis B.; Simon L. | 2021 | Hungría | Pragmática y TOM | Estudio experimental cuantitativo (intervención) |
| Construct validity for computational linguistic metrics in individuals at clinical risk for psychosis: Associations with clinical ratings | Bilgrami, Zarina R.; Sarac, Cansu; Mujer Srivastava, Agrima; Herrera, Shaynna N.; Azis, Matilda; Haas, Shalaila S.; Shaik, Riaz B.; Parvaz, Muhammad A.; Mittal, Vijay A.; Cecchi, Guillermo; Corcoran, Cheryl M. | 2022 | EEUU | Semántica y sintaxis | Estudio observacional |
| It is time to address language disorders in schizophrenia: A RCT on the efficacy of a novel training targeting the | Bambini, Valentina; Agostoni, Giulia; Mujer Buonocore, Mariachiara; Tonini, Elisabetta; Bechi, Margherita; Ferri, Ilaria; Sapienza, Jacopo; Martini, Francesca; Cuoco, Federica; Cocchi, | 2022 | Italia | Pragmática | Estudio experimental cuantitativo (intervención) |

| | | | | | | | |
|---|--|-------|------|--------------|---------------------|--|--|
| pragmatics of communication (PragmaCom) | Federica; Bischetti, Luca; Cavallaro, Roberto; Bosia, Marta | | | | | | |
| Characterizing Heterogeneity in Schizophrenia-Spectrum Disorders | Speech in Oomen, Priscilla P.; de Boer, Janna N.; Brederoo, Sanne G.; Voppel, Alban E.; Brand, Bodyl A.; Wijnen, Frank N. K.; Sommer, Iris E. C. | Mujer | 2022 | Países Bajos | Habla | Estudio observacional | |
| Multimodal speech-gesture training in patients with schizophrenia disorder: Effects on life and neural processing | Riedl, Lydia; Nagels, Arne; Sammer, Gebhard; Choudhury, Momoko; Nonnenmann, Annika; Suetterlin, Anne; Feise, Chiara; Haslach, Maxi; Bitsch, Florian; Straube, Benjamin | Mujer | 2022 | Alemania | Pragmática | Estudio experimental cuantitativo (Intervención) | |
| Initial Validation for the Assessment of Pragmatic Abilities and Cognitive Substrates (APACS) Hebrew Battery in Adolescents and Young Adults With Typical Development | Fussman, Shanie; Mashal, Nira | Mujer | 2022 | Israel | Pragmática | Experimental cuantitativo (evaluación) | |
| Does tms influence verbal function and treat the language decline in schizophrenia? finding answers via systematic review of current research | Shishkovskaia T.I.; Gayduk A.J.; Smirnova D. | Mujer | 2022 | Rusia | Lenguaje en general | Revisión sistemática | |
| Using dynamic point light display stimuli to assess L. | Pavlidou A.; Chapellier V.; Maderthaner L.; von Känel S.; Walther S. | Mujer | 2022 | Suiza | Pragmática | Estudio experimental | |

| | | | | | | | |
|---|---|--------|------|--------|--------------------|-----------------------|------------------------------|
| gesture deficits in schizophrenia | | | | | | | cuantitativo (evaluación) |
| Efficacy of cognitive pragmatic treatment in adults with schizophrenia | Muthu, Anusuya; Nambi, Shanthi; Krishnan, Raman; Vijayaraghavan, Rajagopalan | Mujer | 2023 | India | Pragmática | Estudio experimental | |
| Interdisciplinary considerations for diagnosing aphasia in the schizoaffective patient: A case report | Warner, Heather; Cometz, Alexa | Mujer | 2023 | EEUU | Pragmática y habla | Estudio de caso | |
| Alexithymia in Chinese patients with chronic schizophrenia: Prevalence, clinical correlates, and relationship with neurocognition and empathy | Peng, Pu; Wang, Dongmei; Wang, Qianjin; Zhou, Yanan; Hao, Yuzhu; Chen, Shubao; Wu, Qiuxia; Liu, Tieqiao; Zhang, Xiangyang | Mujer | 2023 | China | Pragmática | Estudio observacional | |
| Syntactic complexity of spoken language in the diagnosis of schizophrenia: A probabilistic Bayes network model | Silva, Angelica M.; Limongi, Roberto; Mackinley, Michael; Ford, Sabrina D.; Alonso-Sanchez, Maria Francisca; Palaniyappan, Lena | Mujer | 2023 | Canadá | Sintaxis | Estudio observacional | |
| Relationship between disorganized speech, cognitive functions and social functioning in people with schizophrenia | Gonzalez-Pablos, Emilio; Ayuso-Lanchares, Alba; Botillo-Martin, Carlota; Martin-Lorenzo, Carlos | Hombre | 2023 | España | Discurso | Estudio observacional | |

| | | | | | | |
|--|--|--------|------|-----------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Executive-mediated language skills are related to performance-based social functioning in the early psychosis spectrum | Angers, Kaley; Suhr, Julie A.; Moe, Mujer Aubrey M. | 2023 | EEUU | Semántica | Estudio observacional comparativo | |
| More than words: Speech production in first-episode psychosis predicts later social and vocational functioning | Mackinley, Michael; Limongi, Roberto; Silva, Angelica Maria; Richard, Julie; Subramanian, Priya; Ganjavi, Hooman; Palaniyappan, Lena | Hombre | 2023 | Canadá | Sintaxis y pragmática | Estudio observacional comparativo |
| Linguistic markers of demoralization improvement in schizophrenia: A pilot study | Folesani F.; Belvederi Murri M.; Mujer Puggioni C.; Tiberto E.; Marella M.; Toffanin T.; Zerbinati L.; Nanni M.G.; Caruso R.; Brunato D.; Ravelli A.A.; Dell'Orletta F.; Chochinov H.M.; Grassi L. | Mujer | 2023 | Italia | Pragmática, semántica, sintaxis | Estudio observacional |
| Language and communication rehabilitation in patients with schizophrenia: A narrative review | Jimeno, Natalia | Mujer | 2024 | Española | Lenguaje en general | Revisión sistemática |
| Clinical Focus Schizophrenia: Communication Disorders and Role of the Speech-Language Pathologist | Raina, Shivani | Mujer | 2024 | EEUU | Lenguaje en general | Revisión sistemática |
| Weighing the role of social cognition and executive functioning in pragmatics in | Frau, Federico; Cerami, Chiara; Dodich, Alessandra; Bosia, Marta; Bambini, Valentina | Hombre | 2024 | Italia | Pragmática | Revisión sistemática |

| | | | | | |
|---|--|------|-----------|--------------------------------|----------------------------|
| the schizophrenia spectrum: A systematic review and meta-analysis | Kizilay, Elif; Arslan, Berat; Verim, Mujer Burcu; Demirlek, Cemal; Demir, Muhammed; Cesim, Ezgi; Eyuboglu, Merve Sumeyye; Ozbek, Simge Uzman; Sut, Ekin; Yalincetin, Berna; Bora, Emre | 2024 | Turquía | Semántica, sintaxis y discurso | Estudio observacional |
| Automated linguistic analysis in youth at clinical high risk for psychosis | Zamperoni, Georgia; Tan, Eric J.; Mujer Sumner, Philip J.; Rossell, Susan L. | 2024 | Australia | FTD | Estudio cualitativo |
| Exploring the conceptualisation, measurement, clinical utility and treatment of formal thought disorder in psychosis: A Delphi study | Dalal, Tyler C.; Liang, Liangbing; Silva, Angelica M.; Mackinley, Michael; Voppel, Alban; Palaniyappan, Lena | 2025 | Canadá | Semántica, sintaxis, léxico | Estudio observacional |
| Speech based natural language profile before, during and after the onset of psychosis: A cluster analysis | Mcguiness, Anna; Travethan, Lara; Mujer Irvin, Kylie; Black, Yvette; Apps, Jessica; Corinth, Kathleen; Kennedy, Jessica; Brown, Verenna Zenay; Morgan, Carla; Quartly-Scott, Greg; Van Rensburg, Pieter; Rusten, Kim; Gott, Chloe; Lappin, Julia; Sugden, Nicole; Allan, Julaine; Dark, Frances; | 2025 | Australia | Pragmática | Estudio cuasi-experimental |
| The potential of cognitive remediation therapy for improving the communication capabilities of adults with schizophrenia and other psychotic spectrum disorders | | | | | |

Gray, Heidi; Thomas, Grace; Hollow,
Ashley; Thomas, Matt

| | | | | | | |
|--|--|--------|------|-----------|------------------------|-----------------------------------|
| Evolution of Linguistic Markers of Agency, Centrality and Content During Metacognitive Therapy for Psychosis: A Pilot Exploratory Study | Nikzad, Amir H.; Lysaker, Paul H.; Minor, Kyle S.; Leonhardt, Bethany; Liberman, Mark Y.; Vohs, Jenifer; Wiesepape, Courtney N.; Tang, Sunny X. | Hombre | 2025 | EEUU | Semántica y pragmática | Estudio experimental cuantitativo |
| Unlocking the Mind: Using Word Frequency Analysis to Reveal Metaphor Patterns in Schizophrenia Patients' Poetry; [Desbloquear la mente: uso del análisis de frecuencia de palabras para revelar patrones de metáforas en la poesía de pacientes con esquizofrenia] | Suryani Y.; Yulianto B.; Suhartono | Mujer | 2025 | Indonesia | Pragmática | Estudio de caso |
| Effects of High-Frequency rTMS on Negative Symptoms and Cognitive Function in Hospitalized Patients With Chronic Schizophrenia: A Double-Blind, Sham-Controlled Pilot Trial | Wen, Na; Chen, Lei; Miao, Xuemeng; Zhang, Min; Zhang, Yaoyao; Liu, Jie; Xu, Yao; Tong, Siyu; Tang, Wei; Wang, Mengpu; Liu, Jiahong; Zhou, Siyao; Fang, Xinyu; Zhao, Ke | mujer | 2021 | China | Habla | Estudio experimental cuantitativo |

| | | | | | |
|--|--|------|--------|-------|----------------------|
| Speech markers to predict and prevent recurrent episodes of psychosis: A narrative overview and emerging opportunities | Zaher, Farida; Diallo, Mariama; Achim, mujer Aelie M.; Joober, Ridha; Roy, Marc-Andre; Demers, Marie -France; Subramanian, Priya; Lavigne, Katie M.; Lepage, Martin; Gonzalez, Daniela; Zeljkovic, Irnes; Davis, Kristin; Mackinley, Michael; Sabesan, Priyadharshini; Lal, Shalini; Voppel, Alban; Palaniyappan, Lena | 2024 | Canadá | Habla | Revisión sistemática |
|--|--|------|--------|-------|----------------------|

Nota. Fuente: Elaboración propia.