

# Las pausas en el discurso de personas con diagnóstico de esquizofrenia crónica y de primer episodio

**ALICIA IVONNE FIGUEROA BARRA**

Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental campus sur e Instituto de Neurociencia Biomédica  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile  
Jardines de Maipú, 2072  
9300997 Santiago (Chile)  
E-mail: aliciafigueroa@med.uchile.cl

**CAROLINA JESÚS MARTÍNEZ HERRERA**

Universidad de Valparaíso  
Gran Avenida 4160, San Miguel  
8900186 Santiago (Chile)  
E-mail: carolina.martinez@uv.cl

## **LAS PAUSAS EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA CRÓNICA Y DE PRIMER EPISODIO**

**RESUMEN:** Los recursos paraverbales constituyen un complejo sistema en el que se emplean diversos fenómenos fónicos que contribuyen a la comprensión de lo dicho entre los hablantes, transmitiendo información clave de carácter emotivo, sociolingüístico, pragmático y dialectológico. El empleo eficaz de estos recursos genera una demanda cognitiva permanente en el intercambio comunicativo y una patología psiquiátrica -como la esquizofrenia- disminuye las posibilidades de un desempeño adecuado. Así, el objetivo general fue evaluar 72 muestras de habla de personas con diagnóstico de esquizofrenia crónica y de primer episodio, a fin de comparar las características de las pausas que emplean en el contexto de la interacción comunicativa. La hipótesis es que las pausas de las personas con esquizofrenia son disfuncionales ya que no contribuyen a optimizar el intercambio comunicativo. Los resultados indican que efectivamente existen disfunciones al realizar las pausas en ambos estadios de la enfermedad, dado que no cumplen una función comunicativa.

**PALABRAS CLAVES:** esquizofrenia crónica; esquizofrenia de primer episodio; pausas silenciosas; pausas sonoras; intercambio comunicativo.

**SUMARIO:** 1. Introducción. 2. Marco teórico. 3. Método. 4. Resultados. 4.1. Consideraciones previas. 5. Discusión. 6. Conclusión.

**Fecha de Recepción**  
**Fecha de Revisión**  
**Fecha de Aceptación**  
**Fecha de Publicación**

27/11/2017  
13/10/2018  
19/10/2018  
01/12/2018

## **PAUSES IN PEOPLE DIAGNOSED WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA AND FIRST EPISODE**

**ABSTRACT:** Paraverbal resources constitute a complex system in which various phonetic phenomena are used to contribute to the understanding of what has been said among the speakers, transmitting key information of an emotional, sociolinguistic, pragmatic and dialectological nature. The effective use of these resources produces a permanent cognitive demand in the communicative exchange and a psychiatric pathology -such as schizophrenia- diminishes the possibilities of an adequate performance. Thus, the aim was to evaluate 72 speech samples from people diagnosed with chronic schizophrenia and first episode, in order to compare the characteristics of the pauses they use in the context of communicative interaction. The hypothesis is that the pauses of people with schizophrenia are dysfunctional since they do not contribute to optimize the communicative exchange. The results indicate that there are indeed dysfunctions when performing pauses in both stages of the disease, since they do not fulfill a communicative function.

**KEY WORDS:** chronic schizophrenia; first episode schizophrenia; silent pauses; sound pauses; communicative exchange.

**SUMMARY:** 1. Introduction. 2. Theoretical framework. 3. Method. 4. Results. 5. Discussion. 6. Conclusion.

## **PAUSES CHEZ LES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES AVEC LA SCHIZOPHRÉNIE CHRONIQUE ET LE PREMIER ÉPISODE**

**RÉSUMÉ:** Les ressources paraverbales constituent un système complexe dans lequel divers phénomènes phonétiques sont utilisés pour contribuer à la compréhension de ce qui a été dit parmi les locuteurs, en transmettant des informations clés de nature émotionnelle, sociolinguistique, pragmatique et dialectologique. L'utilisation efficace de ces ressources produit une demande cognitive permanente dans l'échange communicatif et une pathologie psychiatrique - telle que la schizophrénie - diminue les possibilités d'une performance adéquate. Ainsi, le but était d'évaluer 72 échantillons de discours de personnes diagnostiquées avec la schizophrénie chronique et le premier épisode, afin de comparer les caractéristiques des pauses qu'ils utilisent dans le contexte de l'interaction communicative. L'hypothèse est que les pauses des personnes atteintes de schizophrénie sont dysfonctionnelles car elles ne contribuent pas à optimiser l'échange communicatif. Les résultats indiquent qu'il existe effectivement des dysfonctionnements lors de l'exécution de pauses dans les deux stades de la maladie, car ils ne remplissent pas une fonction de communication.

**MOTS CLÉS:** schizophrénie chronique; schizophrénie du premier épisode; pauses silencieuses; pauses sonores; échange communicatif.

**SOMMAIRE:** 1. Introduction. 2. Cadre théorique. 3. Méthode. 4. Résultats. 5. Discussion. 6. Conclusion.

## Las pausas en personas con diagnóstico de esquizofrenia de primer episodio

ALICIA IVONNE FIGUEROA BARRA & CAROLINA JESÚS MARTÍNEZ HERRERA

### 1. INTRODUCCIÓN

La literatura científica señala que, en enfermedades psiquiátricas como la Esquizofrenia, algunos rasgos paraverbales están visiblemente alterados (Gaebel, 1992; Leentjens *et al.*, 1998). Los recursos paraverbales como la prosodia, las pausas, énfasis y otros, son rasgos dominados por el hemisferio derecho (Ross *et al.*, 2001); por ende, los daños hemisféricos generados por enfermedades psiquiátricas como esta psicosis suponen importantes disfunciones en estos recursos. En general, esta patología se concibe como un síndrome del neurodesarrollo que afecta diversas estructuras y funciones corticales como la sincronización y conectividad de las estructuras neuronales, incidiendo en el funcionamiento neurocognitivo en general (Martínez-Sámano *et al.*, 2011). Los recursos paraverbales constituyen un complejo sistema en el que se emplean diversos fenómenos fónicos que contribuyen a la comprensión de lo dicho entre los hablantes, transmitiendo información clave de carácter emotivo, sociolingüístico, pragmático y dialectológico (Cantero, 2002). Se ha constatado la correlación entre algunos fenómenos prosódicos y la comunicación no verbal como el descenso o ascenso del tono y movimientos similares de la expresión gestual del rostro (Álvarez Muro, 2012).

En el presente trabajo nuestro objetivo general es comparar las características de las pausas que emplean personas con diagnóstico de Esquizofrenia crónica y de primer episodio en el contexto de la interacción comunicativa. A su vez, el objetivo específico es establecer la posible relación entre el estadio de la enfermedad y los fenómenos discursivos estudiados. La hipótesis del estudio es que las pausas de las personas con Esquizofrenia son disfuncionales ya que no contribuyen a optimizar el intercambio comunicativo. Para tales propósitos se analizaron 72 enunciados de un corpus de 18 sujetos chilenos distribuidos como sigue: seis personas con Esquizofrenia crónica, seis de primer episodio y seis de un grupo control de hablantes sin patología psiquiátrica. Se escogieron cuatro enunciados por cada participante: dos ejemplos de habla espontánea y dos ejemplos de respuesta a una pregunta del entrevistador.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. LA ESQUIZOFRENIA

La Esquizofrenia es una enfermedad mental grave de carácter psicótico que provoca alteraciones emocionales, conductuales, sensoriales, psicomotoras y cognitivas (Crow, 1997; Castilla del Pino y Ruiz Vargas, 1991; Andreasen y Grove, 1995; Mackenna y Oh, 2005). Tiene un curso crónico y deteriorante, apareciendo en la adolescencia y hasta los 35 años aproximadamente. Aunque su incidencia entre la población mundial alcanza al 1%, su gravedad, alto costo, morbilidad y la estigmatización psicosocial que conlleva, la convierten en uno de los padecimientos mentales de peor pronóstico. Esta enfermedad debuta con una constelación de síntomas que se han clasificado como síntomas positivos, consistentes en delirios, alteraciones sensorio-perceptivas, trastornos del pensamiento; y también síntomas negativos como abulia, anhedonia y depresión (DSM-5, 2013). La proporción de la aparición de unos y otros síntomas es variable en cada caso y etapa de evolución. Sobre el curso evolutivo de esta enfermedad, las actuales descripciones (McGorry y Young, 2003) la dividen en tres fases, a saber:

- i. Fase prepsicótica: se remite a un período en el que el sujeto presenta sintomatología no específica con síntomas psicóticos atenuados, ideas persecutorias, anomalías de la percepción, entre otras manifestaciones que pueden aparecer en forma intermitente y por un breve período de tiempo. Esta fase se monitorea mediante instrumentos de evaluación sensibles a cambios funcionales del cerebro y de los procesos neurocognitivos (McGlashan *et al.*, 2003; Scale of Prodromal Symptoms (SIPS/SOPS)) ya que hasta un 30% de la llamada población de alto riesgo de psicosis desarrolla Esquizofrenia.
- ii. Fase aguda: esta etapa se inicia una vez que se han manifestado abiertamente los síntomas psicóticos. Dichos síntomas no solo persisten por un período de tiempo determinado, sino que generan un quiebre vital de gran impacto en el afectado. Se genera un quiebre vital que le impide continuar sus actividades cotidianas y afecta su relación con otras personas (DSM-5, 2013). En este caso se habla del primer episodio de Esquizofrenia. En esta fase, generalmente se manifiestan los síntomas positivos, consistentes en delirios, alteraciones de la sensorio-percepción y en especial hay pérdida del juicio de realidad. A menudo, en este punto ocurre la primera hospitalización y la administración de fármacos antipsicóticos.
- iii. Fase crónica: una vez que se ha diagnosticado el primer episodio pueden sucederse diferentes episodios psicóticos con o sin hospitalización. En diferentes modelos descriptivos de la enfermedad se

acepta como condición crónica cuando ya se han superado los cinco años de evolución. En este período sobrevienen recaídas y diferentes problemas adaptativos.

## 2.2. LAS PAUSAS EN LA INTERACCIÓN

Dentro de las características prosódicas del lenguaje oral, las pausas constituyen una de las manifestaciones paralingüísticas menos estudiadas en la literatura en español, en especial en los últimos 10 años como lo señalan Machuca, Llisterri y Ríos (2015). Se han sistematizado algunos fenómenos que son frecuentes en la interacción como los falsos inicios, las repeticiones, autocorrecciones, alargamientos y pausas (Rose, 1998, 2013; Gallardo Paúls y Hernández Sacristán, 2013). Además, los fenómenos han sido analizados desde diferentes planos, ya sea desde la percepción o del uso en el habla espontánea (Machuca *et al.*, 2015). Autores como Rose (1998, 2013) y Cantero (2002) han puntualizado que las funciones estratégicas, intencionadas y significativas de estos fenómenos, se cumplen en el plano de lo gramatical y de lo pragmático. En este sentido, la habilidad comunicativa de los hablantes permite administrar y gestionar pausas a fin de darle mayor efectividad retórica a la interacción (Cortés Moreno, 2002; Cestero, 2014). Las pausas como manifestaciones discursivas presentan formas y funciones pragmáticas variadas que eventualmente pueden sistematizarse para su interpretación (Rebollo, 1997; Machuca *et al.*, 2015). En suma, en la literatura en español existen variadas aproximaciones a la pausa en el discurso, sin embargo, son escasos los estudios realizados en torno a las pausas en pacientes con Esquizofrenia (Alpert *et al.*, 1994). Asimismo, los estudios en hispanohablantes con diagnóstico de Esquizofrenia son todavía más exigüos. Por ello, en esta ocasión nos parece relevante proponer una primera aproximación al estudio en torno al análisis acústico de muestras de habla de pacientes con Esquizofrenia crónica y de primer episodio en el español de Chile.

Las pausas son recursos prosódicos que “pueden presentarse antes o después de actos de habla, de oraciones o de cláusulas, siempre en posiciones gramaticalmente significativas” según Machuca *et al.* (2015:83). En primer lugar, se encuentran las pausas o silencios que cumplen el propósito de regular el ritmo de la elocución a través de la respiración, las pausas de relleno oralizado con función fática, los énfasis, las inflexiones, la transición de turno de habla o la finalización de la participación en la interacción (Gallardo, 1993; Valle Arroyo, 1991; Quilis, 1993; Gil, 2007; Rodríguez *et al.*, 2015). Frecuentemente, todas estas pausas están acompañadas de gestos corporales y faciales que facilitan la vinculación comunicativa entre los interlocutores. En este caso, estamos frente a pausas difíciles de obviar, razón por la que tienen un carácter automático o no intencionado.

En segundo lugar, encontramos las pausas que cumplen una función pragmática determinada por la situación de habla en la que se interviene, como generar expectación, disentir, dudar, expresar emociones, corroborar, empatizar, mostrar cautela, disimular, manifestar temor o sospecha, entre otras (Mateu Serra, 2001; Molins *et al.*, 2012). En todas las situaciones citadas con anterioridad, las pausas tienen un propósito discursivo, por tanto, funcional.

El propósito de este trabajo es caracterizar el empleo de pausas entre personas con diagnóstico de Esquizofrenia, por tanto, revisaremos la aparición de pausas silenciosas y sonoras, con el fin de observar si efectivamente cumplen una función pragmático-discursiva. Para realizar el análisis estableceremos la distinción entre pausas silenciosas y sonoras (o también conocidas como pausas llenas).

### 2.2.1. PAUSAS SILENCIOSAS Y SONORAS

Las pausas silenciosas corresponden a interrupciones del habla donde no hay fonación (Mora y Asuaje, 2009; Obediente, 1998), mientras que las pausas sonoras están constituidas por sonidos de apoyo o palabras claves cuya función es rellenar la ausencia de sonido (Rebollo, 1997). Se diferencian de las silenciosas pues le otorgan al hablante el tiempo necesario para procesar la información de acuerdo con los procesos cognitivos asociados a la enunciación (Rodríguez *et al.*, 2015). Para efectos de esta investigación no contemplaremos como pausa sonora a los alargamientos de vocal (o consonantes en algunos casos, tales como /l/, /n/ o /m/) al finalizar un turno de habla. Para el análisis consideramos a las pausas sonoras como aquellos espacios donde el sujeto interrumpe su discurso, partiendo con un silencio y en el medio produce un sonido que indique dubitación, pero no necesariamente un aporte semántico al discurso. Tales sonidos corresponden al alargamiento de /e/ y /m/, ya que de acuerdo con Rebollo (1997), estos fonemas pueden constituir una pausa sonora sin que necesariamente deriven del alargamiento de una palabra. Por ejemplo:

(1) “uno siente/siente la energía de/de las personas la energía/del ambiente/eeh/que si algo no funciona bien/eeh eh/ uno siente lo percibe/lo percibe en el cuerpo” [1]

### 2.2.2. LATENCIA DE LA RESPUESTA

La latencia corresponde al tiempo que tarda un hablante en responder a algún requerimiento informativo planteado por el interlocutor. En el caso de este estudio, la medición del tiempo de respuesta resulta particularmente interesante en los grupos de Esquizofrenia pues se ha asociado al deterioro

cognitivo (Alpert *et al.*, 1997), contrastando de forma evidente con los controles, como veremos en los resultados.

### 2.3. LAS PAUSAS EN LA INTERACCIÓN CLÍNICA

La prosodia es un recurso paraverbal de gran trascendencia para añadir inflexiones, énfasis, ritmo, volumen y otros elementos que enriquecen la expresión, pero además, facilitan la comprensión de lo dicho (Perry *et al.*, 2016). Este recurso funciona eficientemente siempre y cuando no existan deterioros neurocognitivos en el hablante. En este sentido, es bien conocido el deterioro del hemisferio derecho que en enfermedades como la Esquizofrenia producen dificultades semejantes a los lesionados cerebrales: “las lesiones del hemisferio derecho pueden causar pérdida de prosodia, dificultades para interpretar metáforas, trastornos de la coherencia del discurso (...)” (Donoso y González, 2012:10). Nos encontramos entonces en presencia de lo que Gallardo Paúls y Hernández Sacristán (2013) han denominado un *hablante con déficit*. Por ello, un punto crucial en este trabajo es la comprensión del contexto comunicativo que enmarca a la entrevista clínica. Diversos autores coinciden en que, a pesar de contar con la conducción temática del entrevistador, hay un procesamiento disfuncional del contexto pragmalinguístico en la Esquizofrenia (Chapman y Miller, 1964; Manschreck *et al.*, 1988; Spitzer *et al.*, 1994; Morice e Ingram, 1983; De Lisi, 2001; Meilijson *et al.*, 2004; Figueroa *et al.*, 2017).

En la interacción clínica, las pausas o silencios con frecuencia son consecuencia de las dificultades que los pacientes enfrentan al gestionar la información sobre sí mismos. En las personas con Esquizofrenia se ha observado una disminución de la capacidad para contextualizar las experiencias interpersonales, lo que influye en forma directa en que se presente una disociación entre su experiencia y la forma en cómo la expresan a través del lenguaje (Sass *et al.*, 2017). Además, en Chile, a menudo los especialistas en salud mental pasan por alto estos rasgos, fundamentalmente, porque no disponen de formación en la evaluación del lenguaje aplicado a la clínica. Por ello, la incorporación de lingüistas clínicos en el área de psiquiatría favorece la inclusión de aspectos del lenguaje relevantes para el diagnóstico diferencial.

En síntesis, la situación de interacción discursiva que abordaremos presenta reglas, marcos referenciales, estrategias y fenómenos que permiten que sea funcional y susceptible de ser sistematizada a pesar de ser una situación comunicativa dinámica (Hymes, 1996). Es importantísimo recordar que la condición del paciente depende en gran medida del trabajo que se realiza en la clínica. Es un hecho probado que las intervenciones clínicas con mayor éxito en psicosis son aquellas que abordan desde una dimensión integradora no solo los eventuales deterioros funcionales sino sobre todo las habilidades conservadas que pueden servir para mejorar el

vínculo intersubjetivo de los afectados. En este sentido podemos destacar el trabajo propuesto por Laguna y Turull, 2000; el programa REHACOP de Ojeda *et al.* (2012) y el programa experimental CONECTA-2, una experiencia piloto en rehabilitación de la cognición social y del lenguaje en Esquizofrenia de primer episodio de Figueroa, Oyarzún y Durán, en prensa.

Como punto de partida es importante señalar que una pausa normal (silenciosa o sonora) no debe superar los dos o tres segundos de duración y que una pausa que se encuentra entre los 0,4 y 0,7 segundos de duración es considerada como una pausa en los parámetros normales (Blondet, 2006, citado en Rodríguez *et al.*, 2015). Por el contrario, de acuerdo con los criterios planteados por Crockford y Lesser (1994), las pausas que superan los dos o tres segundos de duración se consideran no comunicativas y sirven como indicador de disfuncionalidad.

## 2.4. MATRIZ ANALÍTICA

En este estudio hemos considerado las pausas sonoras y silenciosas cuyas características se encuentran bien definidas respecto de sus funciones en la interacción, pues en ambos casos cumplen fines comunicativos. Tomaremos en cuenta los fenómenos discursivos presentados en la Tabla 1 para pesquisar y evaluar el desempeño discursivo de los sujetos de la muestra analizada.

	<i>Estadio de la enfermedad</i>	<i>CRE</i>	<i>PEE</i>	<i>CON</i>
<b>Duración</b>	<b>Pausas silenciosas</b>	Unidad de tiempo sin fonación		
	<b>Pausas sonoras</b>	Corresponde a sonidos de apoyo o palabras claves cuya función es rellenar la ausencia de sonido		
	<b>Latencia de las respuestas</b>	Corresponde al tiempo que un hablante demora en responder		

Tabla 1: Matriz analítica

## 3. MÉTODO

### 3.1. PARTICIPANTES

Para este estudio se analizó una muestra distribuida como sigue: 6 entrevistas realizadas a personas con diagnóstico de Esquizofrenia crónica (G1-CRE [2]) y 6 a personas con primer episodio (G2-PEE [3]) del corpus: Lenguaje, PSicosis e Intersubjetividad: LEPS I[4]. Para el grupo de primer episodio se escogieron personas con el diagnóstico confirmado hasta tres años de evolución al momento de la entrevista [5]. Para el grupo de esquizofrenia crónica se consideraron personas que habían sido diagnosticadas hace más de cinco años. El promedio de edad de PEE es de 19 años y el de CRE es de 35 años. El diagnóstico de todos los pacientes

incluidos en este estudio fue confirmado por un equipo de psiquiatras, quienes utilizaron la estructura de la entrevista clínica para el DSM-5 (SCID-P, 1997a, b) y la escala de síntomas positivos y negativos PANSS (Kay *et al.*, 1991). Todos los pacientes incluidos en este estudio estaban estabilizados psicopatológicamente, recibiendo dosis orales o de depósito de antipsicóticos, por espacio mínimo de un mes. En el caso de los PEE, además estaban insertos en el programa AUGÉ [6]. La participación para este estudio contó con un consentimiento informado escrito aprobado por el comité de ética científica del SSMS [7]. Como grupo control, se incluyeron 6 entrevistas del corpus ESECH [8]. Estas entrevistas fueron aplicadas a personas sin diagnóstico psiquiátrico, pareadas por edad, sexo y características sociodemográficas, con el resto de los participantes. En la tabla 2 reseñamos las características de todos los participantes.

GRUPOS	n	Sexo		Años/escol		Ocupación			
		H	M	8	12	Actividad remunerada	Sin actividad remunerada *		
							1	2	3
<b>G1-CRE</b>	6	3	3	100%	67 %	17%	50%	33%	0%
<b>G2-PEE</b>	6	3	3	100%	8,3%	0%	0%	0%	100%
<b>G3-CON</b>	6	3	3	100%	100%	67%	0%	0%	33%
<b>TOTALES</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>9</b>						

\*(1) Sin Trabajo-(2) Dueña/o de Casa-(3)Estudiante

Tabla 2: Datos demográfico clínico.

### 3.2. LOS ENUNCIADOS.

Se seleccionaron cuatro enunciados fonológicos por cada uno de los participantes del estudio de la siguiente manera: dos enunciados elaborados como respuesta a la solicitud de una narración de experiencia personal (tanto en las entrevistas clínicas como en las de los controles) y dos enunciados donde se evaluó la latencia en el tiempo de respuesta a alguna pregunta sobre información específica por parte del entrevistador (por ejemplo: ¿dónde fuiste de vacaciones? ¿cuándo te ocurrió eso?, etc.). En total, para el análisis se escogieron 72 enunciados fonológicos de los 18 sujetos participantes. En el primer caso (narración de experiencia personal) se miden las pausas intermedias en el discurso y, en el segundo caso (tiempo de respuesta a pregunta) la o las pausas realizadas al contestar las solicitudes del entrevistador.

Para la selección de la muestra correspondiente a las narraciones, se escogieron enunciados que correspondían a un momento en que el informante se expresaba en forma espontánea. Se reunieron enunciados que pudiesen ser comparables en cuanto a sus características discursivas, enunciativas y fonológicas entre los tres grupos de participantes. Como requisito seleccionamos aquellos espacios en los que, idealmente, el



informante no se viese interrumpido por la intervención del entrevistador. En este sentido, es necesario aclarar que, en las entrevistas de los grupos de Esquizofrenia analizadas, los pacientes podían presentar largos silencios que eran intervenidos por el entrevistador, incitando al entrevistado a que respondiese a su solicitud de información. Esta situación no se observó en las entrevistas de los controles. Para lograr el fin de esta investigación, nuestro objetivo fue seleccionar aquellos enunciados donde el paciente no fuese intervenido por el entrevistador, de esta forma equiparar los enunciados con el grupo control. En cuanto a los enunciados que evaluaban la latencia de las respuestas, se escogieron aquellos elaborados como respuestas a preguntas simples, es decir, información que no requería una gran demanda emocional o cognitiva para su elaboración, verbigracia o información temporal sobre algún acontecimiento vivido.

El promedio de duración de los enunciados fonológicos del corpus analizado en esta investigación fue de 35 segundos (") de extensión. En el grupo crónico, el promedio de extensión fue de 24,73" y en promedio realizaban 5 pausas silenciosas y 3 sonoras por enunciado. Los enunciados fonológicos analizados para el grupo de primer episodio promediaron los 54,45" de duración, y realizaban alrededor de 8 pausas silenciosas y 2 sonoras por enunciado. Finalmente, el grupo de estudio de los controles registró un promedio de extensión de los enunciados fonológicos de 24,55" con una realización promedio de 14 pausas silenciosas y menos de una pausa sonora por enunciado.

Los enunciados que se escogieron para el análisis fueron procesados con el programa AUDACITY para medir la duración de las pausas y la duración total de los enunciados de los grupos participantes. El empleo de este programa nos permitió eliminar el ruido ambiental, facilitando su uso para PRAAT y verificar el tiempo de las pausas, para posteriormente elaborar los oscilogramas.

El diseño de este estudio es transversal, comparativo y no experimental. En lo que se refiere a la descripción de los procedimientos estadísticos utilizados, al tratarse de un estudio con variables cuantitativas múltiples, lo que haremos en primer lugar es comprobar si se produce una distribución normal de los datos conseguidos. El resultado nos permitió determinar pruebas estadísticas de tipo paramétricas (ANOVA) y se complementarán con un ANOVA de Kruskal Wallis. En todos los casos, el grado de significación estadística se definirá en el 5%, según el cual  $p < 0.05$  será estadísticamente significativo. El paquete estadístico que se utilizó es el SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 20 para Windows.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Una vez medida la duración de las pausas silenciosas, sonoras y latencias en los tres grupos seleccionados, se analizaron los resultados de acuerdo con el estadio de la enfermedad.

### 4.2. PAUSAS Y ESTADIO DE LA ENFERMEDAD

#### 4.2.1. PAUSAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA CRÓNICA

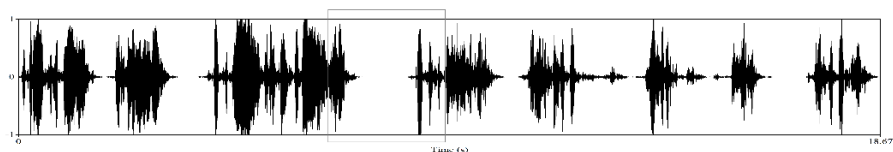
De acuerdo con los resultados de la duración de las pausas silenciosas, los pacientes crónicos presentan un promedio de 2,0" y de la pausa sonora un promedio de 1,04". No obstante, de los seis pacientes crónicos analizados, dos de ellos no presentaron uso de pausas sonoras en sus enunciados. De los enunciados de este grupo, uno de los informantes alcanzó una pausa silenciosa de gran extensión con 12,3" de duración; mientras otro, en contraste, registró una duración de 0,3", considerada normal dentro de los parámetros señalados previamente. Por otro lado, la pausa sonora más larga registrada en este grupo alcanzó una duración disfuncional de 4,2", mientras otro sujeto registró la más breve de 0,6", dentro de los valores normales. Finalmente, las latencias observadas en este grupo fluctúan entre 11,2" la más extensa, y 1,06" la más breve. En la Tabla 3 podemos observar el promedio de la duración de las pausas silenciosas, sonoras y latencia de respuesta de este grupo de informantes.

<i><b>Pausa silenciosa</b></i> <i><b>Pausa sonora</b></i> <i><b>Latencia respuesta</b></i>	<b>Crónicos</b>						
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>PROMED IO Grupo</b>
	1,0	1,701	0,708	1,015	0,947	3,473	2,0
	0	1,277	1,428	0	2,101	1,492	1,049
	2,832	11,203 5	1,068	1,585	1,625	3,564	3,646

Tabla 3: Promedio de duración pausas.

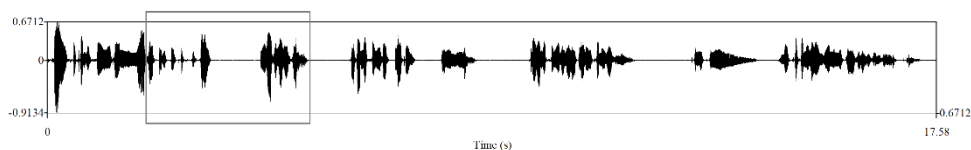
Al comparar los resultados de los informantes crónicos con los controles, es interesante hacer notar que la duración de las pausas es equivalente. En específico, ambos tipos de pausas promedian en los sujetos crónicos 1,6", en comparación con los controles, cuya extensión de las pausas es de 1,2". Cabe hacer notar que, a pesar de la duración equivalente, los enunciados de los informantes crónicos son por completo disfuncionales comunicativamente. Se observa que las ausencias de sonido no tienen una

función lingüística específica, por el contrario, interrumpen el discurso sin motivo aparente. Por ejemplo, las estructuras lingüísticas tradicionales sugieren que, entre un sujeto gramatical y un adjetivo calificativo, no debiese existir una distancia significativa en el caso de que exista una vinculación sintáctica. En el caso de *realidad* y *concreta* que se observa en el ejemplo (2) de un paciente con esquizofrenia crónica, se da cuenta de esta disfuncionalidad.



- (2) “yo quiero decirles una / parte de mi vida / es que puedo darme cuenta toda la **realidad** / **concreta** que nos hace mejores / cuando nace un hijo / de una pareja / innato / o sea conciencia innato”

En el ejemplo (3) de un sujeto control, podemos comparar el empleo de las pausas que en este caso sí denotan una función lingüística enfática reconocible y funcional que contrasta con el anterior (2). Esto se observa en la cláusula que expresa una aclaración enfática sobre las condiciones en que le ocurren malas experiencias *-me va como las hueas-* que el hablante desea evitar:



- (3) “A veces **cuando sueño con agua por ejemplo sucia** / **me va como las hueas** / o cuando sueño con plata / la misma huela / pero cuando sueño con agua clarita me va bien / como que yo sé que / me va a ir bien en mi trabajo cuando sueño con aguas claras”

#### 4.2.2. PAUSAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PRIMER EPISODIO

De acuerdo con los resultados de la duración de las pausas silenciosas, los sujetos de primer episodio presentan un promedio de 5,6” y de la pausa sonora un promedio de 3,8”. No obstante, de los seis informantes analizados, dos de ellos no presentaron uso de pausas sonoras en sus enunciados. De los enunciados de este grupo, uno de los informantes alcanzó una pausa silenciosa de gran extensión con 38,6” de duración,

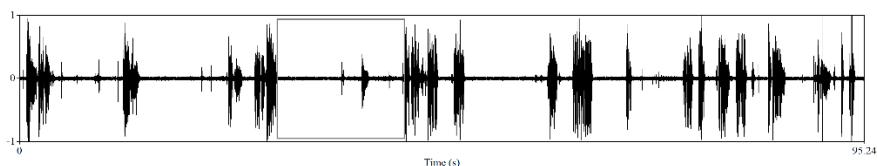
mientras otro, en contraste, registró una duración de 0,2”, considerada normal dentro de los parámetros señalados previamente. Por otro lado, la pausa sonora más larga registrada en este grupo alcanzó una duración completamente disfuncional de 14,5”, mientras otro sujeto registró la más breve de 0,7”, dentro de los valores normales. Finalmente, las latencias observadas en este grupo fluctúan entre 28,1” la más extensa, y 1,08” la más breve. En la Tabla 4, podemos observar el promedio de la duración de las pausas silenciosas, sonoras y latencia de respuesta de este grupo de informantes.

**Primer episodio**

	1	2	3	4	5	6	PROMEDIO Grupo
<b>Pausa silenciosa</b>	2,598	6,598	1,632	0,73	21,232	1,078	5,645
<b>Pausa sonora</b>	1,608	14,559	3,071	0	0	3,465	3,784
<b>Latencia respuesta</b>	11,303	11,401	10,762 5	13,131	28,137	1,0855	12,637

Tabla 4: Promedio de duración pausas.

Para observar los resultados de este grupo, vemos como ejemplo que en el enunciado (4) la pausa más larga es de 14,6” (sonora), y las demás pausas en su conjunto tienen un promedio de 3,4”. Este enunciado corresponde al espacio que se le otorga al paciente para narrar un episodio relevante relacionado con su enfermedad, en lo que el sujeto presenta problemas en responder, a saber:



(4) “así como ya por ejemplo / pa que no me acuerdo de un obstáculo pero / a lo le voy a hacer uno / mía por ejemplo juega Chile / **eh ah**/ po ejemplo concentrarse / cuando uno se concentra / en el concentrarse / cuando uno se / por ejemplo obstáculos que coinciden con la vida cotidiana [¿por ejemplo?]/ por ejemplo no sé po / o sea / también pueden haber / por ejemplo la música / coin coincide con lo / con lo como e esto con lo / o / obstáculos”[9]

Con respecto a la función lingüística, en general las pausas en este grupo de informantes no presentan anomalías sintácticas, por el contrario, expresan una actitud dubitativa y reacia hacia el entrevistador. Por ende, al contrastar los grupos de crónicos y primer episodio se puede determinar que las pausas reflejan un deterioro en la función lingüística en el caso del grupo

de crónicos y dada la duración de las pausas, de un deterioro en el contacto intersubjetivo en el caso del grupo de primer episodio.

4.2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Al realizar el análisis paramétrico ANOVA, los resultados estadísticamente significativos corresponden, en primer lugar, a la latencia de la respuesta y el estadio de la enfermedad. En esta prueba, la media para los controles es (,938), en el grupo de primer episodio (12,637), mientras que en el grupo de crónicos alcanza (3,646). Es evidente que los resultados significativos en el cruce de estas variables con un ( $p<,006$ ) nos orientan a pensar que el comportamiento entre los grupos sería producto de una mayor latencia por parte de los hablantes de primer episodio. Los resultados son significativos estadísticamente como podemos ver en la tabla de contingencia 1 y en el Gráfico 1.

Tests of Between-Subjects Effects					
Dependent Variable: Latencia de las respuestas					
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ESTADIO	450,037	2	225,019	7,370	,006
a. R Squared = ,496 (Adjusted R Squared = ,428)					

Tabla de contingencia 1: Latencia del tiempo de respuesta y estadio de la enfermedad

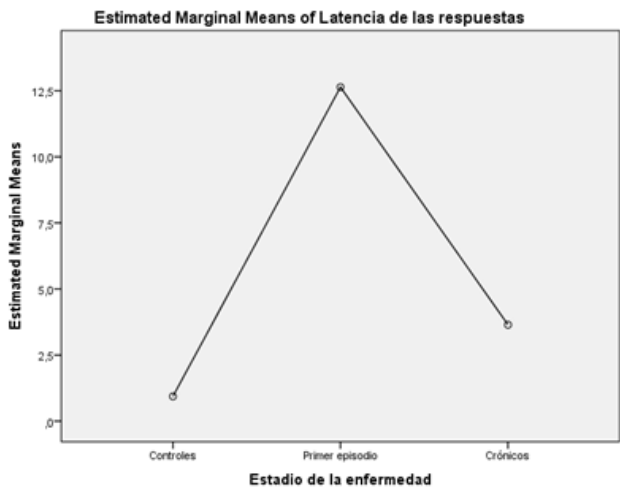


Gráfico 1: Latencia de la respuesta y estadio de la enfermedad.

La aplicación de la prueba no paramétrica Anova de Kruskal-Wallis, por su parte, arroja como rangos promedio (1,21). En el promedio de pausas

silenciosas en los crónicos se observa un rango promedio de (4,83) y en los de primer episodio de (14,50). En cambio, en los controles es de (9,17). El resultado de Chi cuadrado fue de (9,871), que da como resultado ( $p < ,007$ ) que también es significativo estadísticamente, como podemos observar en el Gráfico 2. Con respecto a las pausas sonoras, las medias no resultaron significativas estadísticamente.

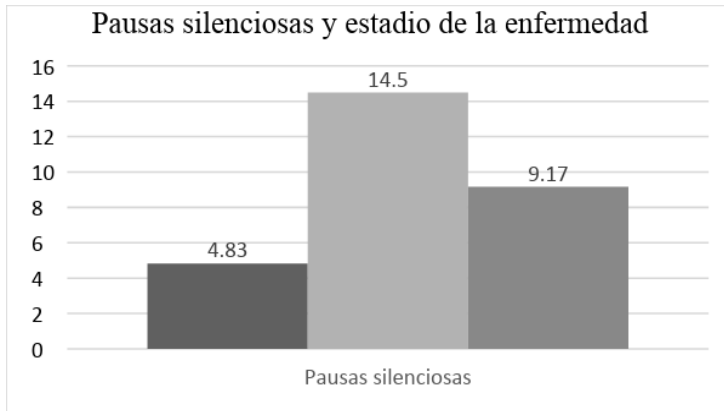


Gráfico 2. Pausas silenciosas y estadio de la enfermedad

## 5. DISCUSIÓN

La literatura clínica ha descrito en forma constante que el comportamiento comunicativo de las personas con esquizofrenia es fragmentario y difícil de seguir para quien interactúa con ellos. Si bien estas descripciones son adecuadas a grandes rasgos, no se han descrito de manera suficiente las características que presentan dichas dificultades comunicativas. Existe un consenso generalizado sobre los niveles del lenguaje que se encuentran afectados y que serían principalmente el semántico y pragmático (Salavera y Puyuelo, 2010). Sin embargo, todavía no hay evidencias lingüísticas exhaustivas desde lo metodológico y teórico que esclarezcan si, por un lado, las pausas prolongadas siempre representan una disfunción lingüística y, por otro lado, que el desempeño de los pacientes esquizofrénicos difiera notoriamente de los controles sanos. De este modo, este trabajo es una aproximación a la descripción para evidenciar estas características. Sin duda, el carácter limitado de este estudio no nos permite generalizar, no obstante, es previsible que la tendencia aquí presentada se mantenga.

En el caso del grupo de crónicos no se producen pausas de larga duración en los enunciados analizados. Si bien desde criterios temporales esto nos haría pensar que las pausas del grupo son equivalentes a los controles, al momento de observar las características esta impresión

cambia. En primera instancia, porque suelen aparecer en momentos inesperados impactando la fluidez de los enunciados, comprometiendo no solo su estructura sino también su significado. En este sentido, según diversos estudios, el déficit en los componentes atencionales de alerta, orientación y control ejecutivo presentes en esta enfermedad serían responsables de fallas en la elaboración discursiva fluida, introduciendo pausas o silencios con duración, ubicación y frecuencia anómala en la interacción (Spitzer *et al.*, 1993; Niznikiewicz *et al.*, 1999; Figueroa, 2015; Barch y Caeser, 2012). Por lo tanto, en lo tocante a la duración de las pausas, la causa de que no sean extensas puede deberse a que el deterioro cognitivo afecta el control inhibitorio de las redes ejecutivas. Junto con esto, se ha descubierto que existe una laxitud en las redes semánticas que impediría la selección de información relevante o pertinente, excluyendo aspectos informativos secundarios e incluso periféricos en la elaboración del discurso. En segundo término, se adicionan las dificultades en cognición social que les dificulta leer los contextos de manera efectiva para sortear con éxito las demandas informativas del interlocutor (Spitzer *et al.*, 1993; Niznikiewicz *et al.*, 1999; Bobes *et al.*, 1996; Figueroa *et al.*, 2017).

Por último, se pueden interpretar las pausas en pacientes crónicos como anormales sintácticamente debido a que interrumpen el discurso sin intención enfática o pragmática. En la literatura psiquiátrica estos rasgos discursivos se han asociado también a posibles alteraciones en el funcionamiento de las redes lexicales, lo que implica una latencia mayor en la selección de materiales léxicos (Nestor *et al.*, 1997; Niznikiewicz *et al.*, 1999; Elvegag y Goldberg, 2000).

En cuanto a las características observadas en el grupo de primer episodio, debemos subrayar que presentaron la mayor tendencia a la fragmentación de los enunciados a causa de la extensa duración de las pausas. Casi la totalidad de los sujetos registró pausas superiores a 5". Por consiguiente, esto incidió en la dificultad para seguirlos y comprender lo que expresaban. Recordemos que, según los criterios propuestos por Crockford y Lesser (1994), las pausas que superan los dos o tres segundos se consideran no comunicativas. En general pudimos corroborar algunos argumentos presentes en estudios sobre psicosis y primer episodio. Se han identificado diferencias con los pacientes crónicos en base al funcionamiento de los mecanismos de control inhibitorio y los procesos de automonitoreo cognitivo. En esta fase de la enfermedad, aún se encuentran activos e incidirían en la actitud dubitativa y renuente a la colaboración en la interacción clínica (Crow, 1997; Elvegag y Goldberg, 2000). También es importante hacer notar que la habilidad del entrevistador es fundamental para conseguir objetivos comunicativos en especial con entrevistados en primer episodio de psicosis (Spitzer *et al.*, 1993; Frith *et al.*, 1995; Guerra López *et al.*, 2011).

## 6. CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos pueden resumirse del modo siguiente: en primer lugar, las principales diferencias en el empleo de pausas se observan al comparar personas con esquizofrenia y controles sanos. En segundo lugar, no hay una duración pronunciada de las pausas en los grupos con esquizofrenia crónica en contraste con las pausas de los controles. No obstante, el lugar donde se sitúan las ausencias de sonido son anormales.

Respecto a la variable estadio de la enfermedad:

- (i) En el estadio crónico se observa un mayor número de pausas por enunciado respecto del grupo de primer episodio y del grupo control. Además, el lugar en donde se presentan dichas pausas entorpece la fluidez y comprensión de los enunciados, fragmentando la interacción discursiva.
- (ii) En el primer episodio, la duración de las pausas es ostensiblemente más prolongada. Esta situación puede deberse tanto a la reticencia de los pacientes a la interacción con el clínico, como a la actitud regulatoria del entrevistador quien no permite un desarrollo espontáneo de las respuestas y con frecuencia, interrumpe al entrevistado a fin de obtener información.

En suma, frente a la tarea de describir el perfil o comportamiento discursivo de personas afectadas por patologías como la esquizofrenia es necesario tener en cuenta sus características prosódicas, su disposición a la entrevista y, por ende, la habilidad del entrevistador, entre otros factores asociados. Esta investigación pretendió analizar rasgos lingüísticos observables que den cuenta de estas disfunciones lingüísticas en estas personas. De esta manera, el estudio de las pausas nos permite realizar un acercamiento a las características que presentan las personas con esquizofrenia en la interacción.

## REFERENCIAS

- ALPERT, M., CLARK, A. & POUGET, E. (1994): "The Syntactic Role of Pauses in the Speech of Schizophrenic Patients With Alogia", *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), pp.750-757.
- ALPERT, M., KOTSFTIS, A. y POUGET, E. (1997): "At issue: Speech Fluency and Schizophrenic Negative Signs", *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), pp. 171-177.
- ÁLVAREZ MURO, A. (2012): "La poética del habla cotidiana", *Estudios de lingüística del español*, 32, Publicación electrónica: <http://elies.rediris.es/elies32/>.
- ANDREASEN, N. C. & W. GROVE. (1995): "Thought, language, and communication in



- schizophrenia: diagnosis and prognosis", *Schizophrenia Bulletin*, 12, pp. 348-359.
- BARCH, D.M. & CAESAR, A. (2012): "Cognition in schizophrenia: core psychological and neural mechanisms". *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), pp. 27-34.
- BOBES, M.A., LEI, Z. X., IBÁÑEZ, S., YI, H. & VALDÉS-SOSSA, M. (1996): "Semantic matching of pictures in schizophrenia: a cross-cultural ERP study", *Biological Psychiatry*, 40(3), pp. 189-202.
- BOWIE, C. R., REICHENBERG, A., PATTERSON, T. L., HEATON, R.K. & HARVEY, P.D. (2006): "Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms", *The American Journal of Psychiatry*, 163(3), pp. 418-425.
- CANTERO, F. J. (2002): *Teoría y análisis de la entonación*, Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.
- CASTILLA DEL PINO, C. & RUÍZ VARGAS, J. M. (coord.) (1991): *Aspectos cognitivos en la esquizofrenia*, Madrid, Trotta.
- CESTERO MANCERA, M. (2014): "Comunicación no verbal y comunicación eficaz", *ELUA*, 28, pp. 125-150.
- CHAPMAN, L. J., CHAPMAN, J.P. & MILLER, G.A. (1964): "A theory of verbal behavior in schizophrenia", Maher, B.A. (ed.), *Progress in Experimental Personality Research*, New York: Academic Press, pp. 49-77.
- CORTÉS MORENO, M. (2002): "Didáctica de la entonación: una asignatura pendiente", *Didáctica (Lengua y Literatura)*, 14, pp. 65-75.
- COVINGTON, M. A., CONGZHOU, H., BROWN, C., NAÇIA, L., MCCLAIN, J. T., FJORDBAKA, S., SEMPLE, J. & BROWN, J. (2005): "Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view", *Schizophrenia Research*, 77, pp. 85-98.
- CROCKFORD, C. & LESSER, R. (1994): "Assessing functional communication in aphasia: clinical utility and time demands of three methods", *European Journal of Disorders of Communication*, 29(2), pp. 165-82.
- CROW, T. (1997): "Is schizophrenia the price *homo sapiens* pay for language?", *Schizophrenia Research*, 28, pp.127-141.
- DE LISI, L. E. (2001): "Speech disorder in schizophrenia: Review of the literature and exploration of its relation to the uniquely human capacity for language", *Schizophrenia Bulletin*, 27(3), pp. 481-496.
- DSM-5. (2013): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. American Psychiatric Association Publishing.
- DONOSO, A. & GONZÁLEZ, R. (2012): "Trastornos del lenguaje en el adulto", *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 11, pp. 7-21.
- ELVEVAG, B. & GOLDBERG, T.E. (2000): "Cognitive impairment in schizophrenia in the core of the disorder", *Critical Reviews in Neurobiology*, 14, pp.1-21.
- FIGUEROA, A., DURÁN, E. & OYARZÚN, S. (2017): "La gestión temática como marcador de déficit lingüístico primario en personas con diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia: un estudio en

- una muestra chilena", *RLA*, 55(1), pp. 117-147.
- FIGUEROA, A., OYARZÚN, S. & DURÁN, E. (en prensa): "CONECTA-2: Entrenamiento de la cognición social y el lenguaje, al servicio de la eficacia comunicativa. Una experiencia clínica interactiva con personas con diagnóstico de esquizofrenia".
- FIGUEROA, A. (2015): *Análisis pragmalingüístico de los marcadores de coherencia en el discurso de sujetos con esquizofrenia crónica y de primer episodio*, Tesis doctoral, España: Universidad de Valladolid.
- FRITH, C. D., FRISTON, K. J., HEROLD, S., SILBERSWEIG, D., FLETCHER, P., CAHILL, C., DOLAN, R. J., FRACKOWIAK, R. S. & LIDDLE, P. F. (1995): "Regional brain activity in chronic schizophrenic patients during the performance of a verbal fluency task", *British Journal of Psychiatry*, 167, pp. 343-349.
- GAEBEL, W. (1992): "Non-verbal behavioural dysfunction in schizophrenia vulnerability indicator, residual marker or coping strategy?", *British Journal of Psychiatry*, 161 (suppl. 18), pp. 65-74.
- GALLARDO PAÜLS, B. (1993). "La transición entre turnos conversacionales: silencios, solapamientos e interrupciones", *Contextos*, 11, pp. 189-220.
- GALLARDO PAÜLS, B. & HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. (2013): *Lingüística Clínica. Un enfoque funcional sobre las alteraciones del lenguaje*, Madrid: Arco.
- GIL, J. (2007). *Fonética para profesores de español: de la teoría a la práctica*, Madrid: Arco/Libros.
- GUERRA LÓPEZ, S., IGLESIAS FUSTER, J, MARTÍN REYES, M, BRAVO COLLAZO, T. M. MENDOZA QUIÑONES, R. REYES BERAZAIN, A. PEDROSO RODRÍGUEZ, M. A. DÍAS DE VILLARVILLA, T. BOBÉS, A. & M. VALDÉS-SOSA (2011): "Redes neurales de la atención en pacientes con esquizofrenia y sus familiares no afectados de primer grado: un endofenotipo potencial", *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), pp. 32-44.
- HYMES, D. (1996): "Acerca de la competencia comunicativa", *Forma y Función*, 9, pp. 13-37.
- KAY, S., FISZBEIN, A. & OPLER, L. (1987): "The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), pp. 261-276.
- LAGUNA, E. & TURULL, N. (2000): "Aplicaciones del análisis del discurso en rehabilitación psicosocial con pacientes esquizofrénicos", *Revista de Psiquiatría*, 27(4), pp. 193-200.
- LEENTJENS, A, WIELAERT, S, VAN HARSKAMP, F. & WILMINK, F. (1998): "Disturbances of affective prosody in patients with schizophrenia; a cross sectional study", *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 64, pp. 375-378.
- MACHUCA, M, LLISTERRI J. & RÍOS, A. (2015): "Las pausas sonoras y los alargamientos en español: un estudio preliminar", *Revista NORMAS*, 5, pp. 81-96.
- MCGLASHAM, T., MILLER, T., WOODS, S., ROSEN, J., HOFFMAN, R. & DAVIDSON, L.

- (2003), *Structured Interview for Prodromal Syndromes*, New Haven, CT: PRIME Research Clinic Yale School of Medicine.
- MANSCHRECK, T. C., MAHER, B. A., MILAVETZ, J., JAMES, D., WEISSTEIN, C. C. y SCHNEYER, M.L. (1988): "Semantic priming in thought disordered schizophrenic patients", *Schizophrenia Research*, 1, pp. 61-66.
- MARTÍNEZ, A., FELIZZOLA, C. & MATA LLANA, D. (2015): "Valoración de prosodia espontánea afectiva y análisis de discurso en pacientes con esquizofrenia y demencia frontotemporal (DFT) variante lingüística", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), pp.13-19.
- MARTÍNEZ-SÁMANO, J., TORRES-DURÁN, P. & JUÁREZ-OROPEZA, M. A. (2011): "El glutatión y su asociación con las enfermedades neurodegenerativas, la esquizofrenia, el envejecimiento y la isquemia cerebral", *REB*, 30(2), pp.56-67.
- MATEU SERRA, R. (2001): *El lugar del silencio en el proceso de la comunicación*, Tesis doctoral, España: Universitat de Lleida.
- MCGORRY, P. D., YOUNG, A. R. & PHILLIPS, L. J. (2003): "The <close-in> or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder", *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), pp. 771-790.
- MACKENNA, P. J. & OH, T. (2005): *Schizophrenic speech: making sense of bathroofs and ponds that fall in doorway*, Londres: Cambridge University Press.
- MEILIJSON, S. R., KASHER, A. y ELIZUR, A. (2004): "Language performance in chronic schizophrenia: a pragmatic approach", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(3), pp. 695-713.
- MOLINS, F., MACÍAS, C. y LÓPEZ, J.M. (2012): Trastornos de la prosodia en la esquizofrenia, Poster, XVI Congreso Nacional de Psiquiatría, Bilbao, octubre 2012, Publicación electrónica: <http://www.fepsm.org/historico/bilbao12/programa/indicePoster.php>.
- MORA, E. & ASUAJE, R. (2009): *El canto de la palabra: una iniciación al estudio de la prosodia*, Mérida: Universidad de Los Andes.
- MORICE, R. e INGRAM, J. C. L. (1983): "Language analysis in schizophrenia: Diagnostic implications", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 16, pp.11-21.
- NESTOR, P. G., KIMBLE, M.O., O'DONNELL, B.F., SMITH, L., NIZNIKIEWICA, M., SHENTON, M. E. et al. (1997): "Aberrant semantic activation in schizophrenia: a neurophysiological study", *American Journal of Psychiatry*, 154(5), pp. 640-646.
- NIZNIKIEWICZ, M. A., VOGLMAIER, M., SHENTON, M. E., SEIDMAN, L.J., DICKEY, C. C., RHOADS, R. & MCCARLEY, R. (1999): "Electrophysiological Correlates of Language Processing in Schizotypal Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry*, 156, pp.1052-8.
- OBEDIENTE, E. (1998). *Fonética y Fonología*, Mérida: Universidad de Los Andes.

- OJEDA, N., PEÑA, J., BENGOTEXEA, E., GARCÍA, A., SÁNCHEZ, P., SEGARRA, R. & EGUILUZ, J. (2012) "REHACOP: programa de rehabilitación cognitiva en psicosis", *Revista Neurológica*, 54(6), pp. 337-342.
- PERRY, D.; NOFRI, C.; MASELLA, M.; STRACCI, M.; TORMO MARTÍNEZ, J.D.; VALERO VALERO, J.V. & GIMENO SANZ, AM. (2016): *MÉTODO GLOTTODRAMA. Manual de recursos didácticos para la enseñanza del español como lengua extranjera a través del teatro*, Valencia: Editorial Universitat Politècnica de València, Publicación electrónica:  
<http://hdl.handle.net/10251/67713>.
- QUILIS, A. (1993): *Tratado de Fonología y Fonética Españolas*, Madrid: Gredos.
- REBOLLO, L. (1997): "Pausas y ritmo en la lengua oral. Didáctica de la pronunciación", Moreno, F., M. Gil y K. Alonso (eds.), *El español como lengua extranjera: del pasado al futuro. Actas del VIII Congreso Internacional de la Asociación para la Enseñanza del Español como Lengua Extranjera*, Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, pp. 667-676.
- RODRÍGUEZ, J., MARTÍNEZ, H. & VALLES, B. (2015): "Las pausas en el discurso de individuos con demencia tipo Alzheimer. Estudio de casos", *Revista de investigación en Logopedia*, 1, pp. 40-59.
- ROSE, R. (1998): *The communicative value of filled pauses in spontaneous speech*. Tesis doctoral, Birmingham, University of Birmingham, Publicación electrónica:  
<http://www.roselab.sci.waseda.ac.jp/resources/file/madissionation.pdf>.
- ROSE, R. (2013): "Crosslinguistic Corpus of Hesitation Phenomena: A corpus for investigating first and second language speech performance", *Proceedings of Interspeech 2013. 14th Annual Conference of the International Speech Communication Association*, Lyon, pp. 992-996.
- ROSS, E. D., ORBELO, D. M., CARTWRIGHT, J., HANSEL, S., BURGARD, M., TESTA, J. A. & BUCK, R. (2001): "Affective-prosodic deficits in schizophrenia: profiles of patients with brain damage and comparison with relation to schizophrenic symptoms", *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 70, pp. 597-604.
- RUIZ-IRIONDO, M., SALABERRIA, K. & ECHEBURÚA, E. (2013): "Schizophrenia: analysis and psychological treatment according to the clinical staging", *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), pp. 52-59.
- SALAVERA, C. & PUYUELO, M. (2010): "Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia", *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30, pp. 84-93.
- SAN MARTÍN, A. & GUERRERO, G. (2015): "Estudio Sociolingüístico del Español de Chile (ESECH): recogida y estratificación del corpus de Santiago", *Boletín de Filología*, 1, pp. 221-247.
- SASS, L., PIENKOS, E. & FUCHS, T. (2017): "Other Worlds: Introduction to the Special Issue on the EAWE:

- Examination of Anomalous World Experience”, *Psychopathology*, 50(1), pp.5-9.
- SPITZER, M., BRAUM, U., HERMLE, L., & MAIER, S. (1993): “Associative semantic network dysfunction in thought-disordered schizophrenic patients: direct evidence from indirect semantic priming”, *Biological Psychiatry*, 34, pp. 864-77.
- SPITZER, M., WEISKER, I., WINTER, M., MAIER, S., HERMLE, L. & MAHER, B.A. (1994): “Semantic and phonological priming in schizophrenia”, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, pp. 485-494.
- VALLE ARROYO, F. (1991): *Psicolingüística*, Madrid: Morata.

- 
- [1] En la simbología de la transcripción, las pausas silenciosas están representadas con “/” y las pausas sonoras están representadas entre pausas, junto con el alargamiento “/eeh/”.
- [2] G1-CRE: Grupo 1-crónico de esquizofrenia
- [3] G2-PEE: Grupo 2-primer episodio de esquizofrenia
- [4] Este corpus está constituido por entrevistas clínicas realizadas a personas con diferentes diagnósticos psiquiátricos, en los que predomina esquizofrenia con un 70%.
- [5] Guía MINSAL para el manejo del primer episodio de esquizofrenia
- [6] AUG: Acceso Universal a Garantías en Salud.
- [7] SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur, comité de ética científica, memo 155, 2016.
- [8] Estudio Sociolingüístico del Español de Chile, San Martín Núñez y Guerrero, 2015.
- [9] En la simbología de la transcripción, los corchetes [ ] corresponden a las interrupciones del entrevistador.