

TRABAJO DE FIN DE GRADO



Universidad de Valladolid

**EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE
LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y
COMUNICACIÓN EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA Y
RÉGIMEN AMBULATORIO.**

Autoría: Silvia María Lázaro García
Dirigido por: Natalia Jimeno Bulnes

Grado en Logopedia

Curso 2013-2014

RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada, entre otros síntomas, por alteraciones de lenguaje y comunicación.

Objetivos: El objeto del presente trabajo es determinar cuáles son estas alteraciones, uniendo la evaluación psiquiátrica y la lingüística, y demostrar la necesidad de intervención logopédica de las personas con esquizofrenia.

Métodos: Para realizar el estudio, se han analizado 14 muestras de habla obtenidas a partir de una entrevista y 5 muestras de habla obtenidas a partir de un cuestionario para la obtención de datos para el análisis semántico y pragmático. Las muestras se analizaron desde el punto de vista psiquiátrico (Escala TLC) y desde el punto de vista lingüístico (análisis por niveles del lenguaje).

Resultados: Los resultados de la escala y del análisis muestran que los sujetos tienen alterado sobre todo el nivel pragmático, con dificultades para entender el lenguaje no literal. El nivel semántico se encuentra alterado en menor medida; el nivel morfosintáctico solo está alterado en aquellos casos en los que el lenguaje del sujeto está muy deteriorado. No hay alteraciones en el nivel fonético-fonológico.

Conclusiones: Es necesario evaluar el lenguaje y comunicación desde las perspectivas logopédica, lingüística y psiquiátrica para obtener la máxima información. Se ha comprobado que las personas con esquizofrenia tienen alterado el lenguaje y comunicación en diferente medida. Es necesario realizar una evaluación logopédica para determinar qué sujetos tienen necesidades de intervención logopédica.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. JUSTIFICACIÓN. MARCO TEÓRICO | 1 |
| 1.1 Justificación y relevancia del tema | 1 |
| 1.2 Marco teórico | 1 |
| Esquizofrenia y lenguaje | 2 |
| Esquizofrenia y logopedia | 4 |
| Aportaciones del presente estudio | 6 |
| 2. OBJETIVOS | 6 |
| 3. MATERIAL Y MÉTODOS | 6 |
| 3.1 Sujetos | 7 |
| 3.2 Pruebas realizadas | 8 |
| A. Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y clínicos | 8 |
| B. Grabaciones de audio de las muestras de lenguaje | 9 |
| C. Evaluación de las muestras de lenguaje | 10 |
| D. Otras pruebas utilizadas en el proyecto de investigación del trastorno mental grave | 11 |
| 3.3 Análisis de los datos obtenidos | 11 |
| 4. RESULTADOS | 12 |
| 4.1 Muestras, datos sociodemográficos y clínicos | 12 |
| A. Muestras | 12 |
| B. Datos sociodemográficos | 12 |
| C. Datos clínicos | 14 |
| 4.2 Resultados de la “Escala para la evaluación de pensamiento, lenguaje y comunicación” | 17 |
| A. Trastornos de la comunicación | 17 |
| B. Trastornos del lenguaje | 21 |
| C. Trastornos del pensamiento | 22 |
| 4.3 Análisis del lenguaje por niveles | 24 |
| A. Nivel fonético-fonológico | 24 |
| B. Nivel morfosintáctico | 24 |
| C. Nivel semántico | 25 |
| D. Nivel pragmático | 26 |
| 5. DISCUSIÓN | 33 |
| 5.1 Limitaciones y fortalezas del trabajo | 33 |
| 5.2 Comparación de los resultados con otros estudios | 34 |
| 5.3 Líneas futuras de investigación | 35 |
| 6. CONCLUSIONES | 35 |

| | |
|---|----|
| 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 37 |
| 8. ANEXOS | 38 |
| 8.1 Anexo 1. Protocolo de recogida de datos sociodemográficos | 38 |
| 8.2 Anexo 2. Encuesta PRESEEA | 40 |
| 8.3 Anexo 3. “Cuestionario de obtención de datos para el análisis semántico y pragmático” | 42 |
| 8.4 Anexo 4. Protocolo pragmático | 47 |

1. JUSTIFICACIÓN. MARCO TEÓRICO

1.1 Justificación y relevancia del tema

La logopedia es la disciplina que se ocupa de la prevención, evaluación, educación, reeducación, rehabilitación y tratamiento de los trastornos y alteraciones del lenguaje, voz, audición, comunicación y deglución.

La esquizofrenia es una enfermedad mental que ha sido caracterizada, desde sus primeras conceptualizaciones (Bleuler, Kraepelin), por alteraciones en el lenguaje de los sujetos que la padecen. Estas alteraciones del lenguaje tienen como consecuencia dificultades en la comunicación de la persona con esquizofrenia con sus interlocutores, de manera que no se establece un intercambio de información satisfactorio. Esto puede llevar, en casos extremos, al aislamiento social del sujeto.

Para evitar que el sujeto llegue a ese aislamiento social deben analizarse las deficiencias lingüísticas y comunicativas de las personas con esquizofrenia y buscar una posible solución a estas, la cual sería llevada a cabo por el logopeda, como especialista en el tratamiento de las alteraciones del lenguaje y comunicación, en colaboración con otros profesionales, dentro de un equipo multidisciplinar, pues no hay que olvidar que las personas con esquizofrenia tienen otras alteraciones.

Las alteraciones del lenguaje y comunicación de las personas con esquizofrenia se han estudiado desde diferentes puntos de vista, como el psiquiátrico o el lingüístico. Sin embargo, no se han relacionado; es necesario integrar estos estudios para intervenir en el lenguaje y comunicación.

Teniendo en cuenta lo anterior, he decidido hacer el presente trabajo para integrar las evaluaciones psiquiátrica y lingüística del lenguaje y comunicación en las personas con esquizofrenia y demostrar la necesidad de intervención logopédica que estas tienen.

1.2 Marco teórico

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico caracterizado según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) por una “alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa”.

Es difícil dar una definición exacta de esquizofrenia. Sin embargo, podemos afirmar que se caracteriza por la aparición de trastornos de la sensopercepción, pensamiento, afectividad, funcionamiento sociolaboral y lenguaje. Algunos síntomas característicos son: alucinaciones (*oigo voces que me dicen lo que tengo que hacer*), delirios (*me persigue la mafia desde hace cinco años con el fin de matarme*), conducta extravagante (*he tenido que tapar todas las ventanas y puertas para que no entren las radiaciones malignas*), etc.

Con una prevalencia estimada en el 1%, el inicio de la enfermedad es precoz, en torno a la adolescencia o primeros años de la vida adulta, y la evolución variable, bien de forma episódica o continua, con un frecuente deterioro del funcionamiento en el ámbito personal y familiar, social y laboral. Por todo ello se asocia a elevados costes tanto de tipo emocional del paciente y su entorno más próximo, como sanitarios y económicos, así como a un frecuente deterioro de la calidad de vida y pérdida de recursos humanos.

Esquizofrenia y lenguaje

El lenguaje en el diagnóstico de la esquizofrenia

Las alteraciones del lenguaje han estado presentes en la caracterización de la esquizofrenia desde los primeros estudios sobre esta (“pérdida de asociaciones” como síntoma fundamental). Como indica Belinchón (1988)

Desde que las primeras conceptualizaciones teóricas de esta enfermedad (Bleuler, 1911; Kraepelin, 1919) interpretaran el “desorden formal del pensamiento” como una de sus alteraciones nucleares e interpretaran las alteraciones del discurso verbal de los pacientes como su epifenómeno más claro, la conceptualización teórica de la esquizofrenia ha estado fuertemente vinculada a la observación, el lenguaje de los pacientes, de alteraciones tales como “la incoherencia”, la “falta de comprensibilidad del habla” o el “descarrilamiento” de las ideas en el discurso. Belinchón (1988: 105)

Dörr (2010) además señala que sistemas diagnósticos como el *Research Diagnostic Criteria (RDC)*, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)* y la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)* incluyen las alteraciones del lenguaje entre los síntomas característicos de la esquizofrenia.

Queda manifiesto por tanto que “las perturbaciones del lenguaje son uno de las principales características clínicas en la esquizofrenia.” (Salavera y Puyuelo, 2010: 85), aunque se debe aclarar que no todas las personas con esquizofrenia tienen las

mismas alteraciones en el lenguaje y comunicación ni todas las presentan (Salavera y Puyuelo, 2010).

Caracterización del lenguaje de las personas con esquizofrenia.

A la hora de hablar de las características del lenguaje de las personas con esquizofrenia, nos encontramos con dos problemas.

En primer lugar, podemos reconocer el lenguaje esquizofrénico pero no describirlo (Belinchón, 1988; Stephane et al., 2006). Como señala Lorenz (1961: 603. Citada por Belinchón, 1988) “nos enfrentamos a la paradoja de que, aunque reconocemos el lenguaje esquizofrénico cuando lo oímos, no somos capaces de definirlo”. Es decir, sabemos que el lenguaje está alterado, el oyente tiene dificultades para comprender a su interlocutor, pero no sabemos por qué.

En segundo lugar, como indican Belinchón (1988) y Andreasen (1979) en las descripciones que se han hecho de este lenguaje se han utilizado términos, entre ellos “trastorno del pensamiento”, imprecisos, ambiguos, variados que han dado lugar a confusión; al no establecerse unos términos comunes, la evaluación se vuelve poco fiable.

Para afrontar este segundo problema, desde el campo de la Psiquiatría, Andreasen diseña la Escala para la evaluación de pensamiento, lenguaje y comunicación (Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication, 1979)¹, en la que identifica y define 20 síntomas de pensamiento, lenguaje y comunicación presentes en las personas con esquizofrenia.

Desde el punto de vista lingüístico, Salavera y Puyuelo (2010) han estudiado el lenguaje por niveles y señalan que las alteraciones del lenguaje se sitúan sobre todo a nivel semántico y pragmático, siendo este último el nivel más afectado. Es más,

un neuropsicólogo clínico especializado en déficits pragmáticos podría observar una muestra de habla de “trastorno del pensamiento” y concluir que es de un individuo con déficits pragmáticos en el lenguaje expresivo.² Langdon et al. (2002: 1274)

¹ Será explicada en los apartados “Material y Métodos” y “Resultados”

² N. T. “A clinical neuropsychologist specializing in pragmatic language deficits might look at a sample of “thought disordered” speech and conclude that this was an individual with pragmatic deficits of expressive language”

Dentro del nivel semántico, las personas con esquizofrenia tienen problemas en la comprensión del significado de palabras con ambigüedad léxica, ya que este depende el contexto; además, sus redes semánticas son disfuncionales, es decir, “presentan una mayor desorganización en el almacenamiento, la recuperación y organización de la información semántica que los sujetos sanos” (Salavera y Puyuelo, 2010: 86). Asimismo, Andreasen (1979) describe además la presencia de neologismos y parafasias semánticas en el discurso esquizofrénico.

Respecto a los déficits pragmáticos de las personas con esquizofrenia, estos se dan a nivel comprensivo y expresivo y entre ellos se encuentran: dificultades en el lenguaje indirecto, implícito, la ironía, los refranes, pobreza del contenido del discurso, incoherencia, descarrilamiento, introducción de información irrelevante, falta de conectores y, en general, violación de las reglas pragmáticas (Salavera y Puyuelo, 2010; Boucard y Laffy-Beaufils, 2006; Clegg et al. 2007; Langdon et al, 2002; Stephane et al. 2006).

Por otro lado, Belinchón (1988) describe tres observaciones del habla y lenguaje esquizofrénicos:

1. Habla poco fluida y con alteraciones ocasionales de la prosodia.
2. Lenguaje perseverativo.
3. Lenguaje ininteligible, incoherente y/o de difícil comprensión para el interlocutor.

Esquizofrenia y logopedia

En relación con la comunicación y el lenguaje, la calidad de vida de las personas con esquizofrenia puede disminuir por dos motivos: en primer lugar, como señalan Salavera y Puyuelo (2010: 85) “la esquizofrenia afecta al contacto de la persona con la realidad, disminuyendo su relación con los otros y por tanto la comunicación”.

En segundo lugar, como se ha explicado anteriormente, las personas con esquizofrenia pueden tener dificultades lingüísticas y comunicativas, especialmente en el nivel pragmático, que perturben la realización de las actividades de la vida diaria (Boucard y Laffy-Beaufils, 2007) y reduzcan su contacto social, pudiendo crear barreras sociales (Clegg et al., 2007) y aislar a la persona (Salavera y Puyuelo, 2010).

Por todo ello, se hace necesario evaluar a las personas con esquizofrenia para determinar si tienen alteraciones de lenguaje y comunicación y establecer un plan de intervención logopédica para paliar esas dificultades; de esta manera, al mejorar sus habilidades lingüísticas y comunicativas, mejorará su calidad de vida y también la de su entorno.

Evaluación logopédica de personas con esquizofrenia

En la evaluación del lenguaje de personas con esquizofrenia el logopeda se encuentra con varias dificultades: no existen pruebas logopédicas específicas para la evaluación del lenguaje en la esquizofrenia, por lo que tiene que utilizar pruebas diseñadas para otras patologías (Boucard y Laffy-Beaufils, 2008; Clegg, Brumfitt et al, 2007; Salavera y Puyuelo, 2010) y no hay pruebas que evalúen la pragmática de forma completa (Salavera y Puyuelo, 2010).

Intervención

Aunque parece clara la necesidad de intervención logopédica de algunos sujetos con esquizofrenia, los logopedas no suelen intervenir en este trastorno; es más, el papel del logopeda en el campo de la psiquiatría no ha sido aún estudiado (Clegg et al. 2007). Son muy escasos los estudios que analizan la importancia e impacto de la intervención logopédica en esquizofrenia y, en general, en psiquiatría.

Según Muir (1996) el trabajo del logopeda con personas con psicosis debe centrarse en la intervención en los trastornos semánticos y pragmáticos. A su vez, afirma que

el logopeda puede hacer una importante contribución para describir, evaluar y trabajar características específicas de la comunicación funcional, dado que la práctica lingüística le capacitará para presentar medidas específicas en estos patrones de comportamiento altamente complejos. Muir (1996: 525)³.

Se han hallado tan solo dos estudios sobre la evaluación e intervención logopédica en esquizofrenia. El estudio de Boucard y Laffy-Beaufils (2008) realiza una evaluación del lenguaje y propone líneas de intervención a partir de los resultados obtenidos, apoyando la idea de que las habilidades lingüísticas pueden mejorar con

³ N.T. "The speech and language therapist can make a significant contribution to describing, assessing and managing specificity features of functional communication, given that linguistic training will enable the therapist to bring a measure of specificity to these highly complex pattern of behaviour".

intervención logopédica. Clegg, Brumfitt et al. (2007) exponen el estudio de un caso de intervención logopédica con una persona con esquizofrenia; los resultados de la intervención mostraron que esta fue parcialmente exitosa.

Las alteraciones de lenguaje y comunicación en las personas con esquizofrenia junto con los estudios de Boucard y Laffy-Beuafils (2008) y Clegg, Brumfitt et al. (2007) dan constancia de la importancia de la logopedia en la esquizofrenia.

Aportaciones del presente estudio

Este trabajo pretende describir las alteraciones del lenguaje y comunicación en las personas con esquizofrenia, aportando como novedad la integración de evaluaciones psiquiátrica y lingüística, y poner de manifiesto la importancia de la intervención logopédica en este trastorno, tan poco estudiada.

2. OBJETIVOS

El objetivo general del presente Trabajo de Fin de Grado es estudiar muestras de lenguaje en sujetos con esquizofrenia y otras psicosis desde la doble perspectiva psiquiátrica y lingüística. Los objetivos específicos son:

- a. Elaborar un cuestionario para obtener aspectos semánticos y pragmáticos en las muestras de lenguaje.
- b. Transliterar⁴ y analizar muestras de lenguaje previamente obtenidas.
- c. Comparar los resultados del análisis con los datos actualmente disponibles.
- d. Poner de manifiesto la pertinencia de la intervención logopédica en las alteraciones de lenguaje que presentan las personas con esquizofrenia.

La hipótesis nula del trabajo es: no hay alteraciones del lenguaje y comunicación en personas con esquizofrenia.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de carácter transversal y observacional, incluido en una investigación más amplia acerca de los trastornos del lenguaje y comunicación en el trastorno mental grave iniciada en la titulación de Logopedia de la Universidad de Valladolid. El estudio se ha integrado con la realización de dos Trabajos de Fin de

⁴ Se emplea el término “transliterar” ya que no se ha seguido una convención de normas.

Grado adicionales, además del expuesto en este texto, y con el desarrollo de una beca de colaboración del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte durante el curso 2013-2014.

Primero, se realizó una revisión bibliográfica acerca de las alteraciones del lenguaje y la comunicación con el objeto de conocer el estado de la cuestión en relación con las características del lenguaje y comunicación de personas con esquizofrenia, evaluación e intervención logopédica. Para ello se partió del material bibliográfico proporcionado por las profesoras Jimeno y Mendizábal que se completó con las búsquedas bibliográficas por parte de la autora del trabajo. A partir de ello se establecieron los objetivos y la metodología de la investigación.

A continuación se describen los materiales y métodos empleados en el estudio:

3.1 Sujetos

La muestra de sujetos obtenida se divide en dos grupos:

a) Muestra H:

Está formada por pacientes de ambos sexos, sin límites de edad, procedentes de una investigación previa del área de Psiquiatría de la Universidad de Valladolid. Se trata de pacientes ambulatorios con un ingreso previo en el Hospital Clínico Universitario, de los que ya se disponía de una muestra de habla grabada en audio. Los criterios de inclusión en esta muestra son:

1. Asistencia ambulatoria en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
2. Diagnóstico de esquizofrenia según el criterio que constaba en ese momento.
3. Obtención del consentimiento informado. Antes de realizar las grabaciones, se informó a los sujetos sobre el carácter científico de la grabación y se pidió su consentimiento para grabar la entrevista y utilizar la información con fines de investigación. Una vez obtenido el consentimiento, se realizaron las grabaciones.
4. Muestra de habla adecuada para el análisis lingüístico⁵

b) Muestra P:

Está formada por sujetos que acuden a la Asociación El Puente, también de ambos sexos y sin límites de edad. Los criterios de inclusión en esta muestra son:

⁵ Este criterio se explica en el apartado “c) Grabaciones de audio de las muestras de habla: A. Muestra H”

1. Asistencia a la Asociación El Puente durante el curso 2013-14.
2. Diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR.
3. Obtención de Consentimiento informado. Previamente a la realización de las grabaciones, se informó a los usuarios sobre estas y se pidió su consentimiento informado para utilizarlas con fines científicos. También se solicitó el visto bueno de la Asociación El Puente. Tras obtener el consentimiento de los sujetos o de sus tutores legales y el visto bueno de la Asociación, se realizaron las grabaciones.

En ninguna de las dos muestras se utilizaron criterios de exclusión.

3.2 Pruebas realizadas

Como se ha indicado, el presente trabajo se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio con sujetos con trastorno mental grave. Para realizar dicha investigación se han empleado diferentes pruebas; a continuación describo únicamente las pruebas utilizadas en este Trabajo de Fin de Grado:

A. Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y clínicos.

Las datos estudiados se obtuvieron con el Protocolo de recogida de datos (Jimeno, 2014), disponible en el Anexo 1, y se agrupan en: datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel socio-económico, residencia, convivencia, nivel educativo, actividad laboral, situación laboral) y clínicos (fecha de entrada al centro, duración en el centro, diagnóstico, asistencia psiquiátrica, tratamiento farmacológico, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, estabilizantes del humor, otros tratamientos farmacológicos, otros tratamientos, actividades en el centro, actividades fuera del centro).

B. Grabaciones de audio de las muestras de habla

Las muestras de lenguaje conseguidas se obtuvieron de manera distinta en las dos muestras de población analizadas:

A. Muestra H:

En los años 90 la prof. N. Jimeno realizó una investigación con personas con esquizofrenia; para ello se utilizaron dos pruebas psiquiátricas: “Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS)” (Gross y cols., 1987) y “Evaluación subjetiva de Errores Atencionales (ESEA)” (Vargas y Jimeno, 2002). Las entrevistas en las que se pasan dichas pruebas fueron grabadas.

Cuando comenzó la elaboración del presente trabajo únicamente se disponía de las muestras de lenguaje procedentes de las grabaciones anteriormente mencionadas. Dado que el fin de estas grabaciones no era el análisis del lenguaje, no todas las muestras eran válidas para conseguir los objetivos de este trabajo; por ello, uno de los criterios de selección de los sujetos fue que las muestras de lenguaje fueran adecuadas para el análisis lingüístico.

2: Muestra P:

En mayo de 2014 se realizaron grabaciones para obtener muestras de lenguaje a sujetos que acuden a la Asociación el Puente de Valladolid.

Para obtener muestras de lenguaje, se realizó una entrevista siguiendo el guion de la “Encuesta PRESEEA empleada en estudios sociolingüísticos” y se aplicó un “Cuestionario de obtención de datos para el análisis semántico y pragmático”. Las conversaciones fueron recogidas en archivos de audio y, posteriormente, transliteradas para su análisis.

Para conseguir que las muestras de lenguaje fueran recogidas en un ambiente lo más ecológico y natural posible, es decir, etnometodológico, las entrevistas fueron realizadas por las compañeras Cano y Díez, quienes han realizado sus prácticas en la Asociación El Puente y por tanto conocían a los sujetos y habían mantenido contando regular con ellos en los últimos meses. Sin embargo, estas entrevistas y el cuestionario son situaciones artificiales, de laboratorio, por lo que algunos aspectos del lenguaje, como la pragmática interactiva, no se han podido analizar en profundidad.

A continuación se describen la Encuesta y el Cuestionario empleados:

Encuesta PRESEEA empleada en estudios sociolingüísticos

El Proyecto para el Estudio Sociolingüístico del Español de España y América (PRESEEA) ha diseñado una encuesta formada por los siguientes bloques temáticos: saludos, el tiempo, lugar donde vive, familia y amistad, costumbres, peligro de muerte, anécdotas importantes en la vida, deseo de mejora económica, final. El objetivo de tratar todo estos temas es obtener la máxima información sobre el lenguaje y comunicación.

Dadas las características atencionales de la población con esquizofrenia, no se administró la encuesta entera, sino que se trataron todos los bloques de forma reducida. La encuesta PRESEEA está disponible en el Anexo 2.

Cuestionario de obtención de datos para el análisis semántico y pragmático.

Para conseguir muestras de habla con las que poder analizar en profundidad los niveles semántico y pragmático se ha diseñado un cuestionario con dos apartados:

1. Información pragmática: la pragmática se organiza en tres ámbitos (Gallardo, 2007): pragmática enunciativa, pragmática textual y pragmática interactiva. Teniendo en cuenta esta organización y los ítems de dos protocolos de evaluación pragmática- “Perfil PerLa de evaluación pragmática” y “Análisis del perfil conversacional para personas con afasia” (*Conversational Analysis Profile for People with Aphasia. CAPP*) (Whitworth et al., 1997)-, se han propuesto diferentes actividades para poder completar un protocolo de evaluación pragmática y analizar dicho nivel.
2. Información léxico-semántica: está formado por preguntas que permiten obtener información sobre alteraciones en el nivel léxico-semántico.

El cuestionario está disponible en el Anexo 3.

C. Evaluación de las muestras de lenguaje

Con el fin de integrar la evaluación psiquiátrica y la evaluación lingüística para obtener una descripción detallada del habla y lenguaje de los sujetos, y que sirva a los profesionales de la logopedia para determinar si un sujeto tiene necesidades de intervención, se han evaluado las muestras de habla de la siguiente manera:

1. Aplicación de la “Escala para la evaluación del pensamiento, lenguaje y comunicación” (*Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication, TLC*) (Andreasen, 1979), traducida y adaptada al español por

Obiols (comunicación personal). Esta escala recoge 20 ítems, agrupados en tres categorías (comunicación, lenguaje, pensamiento) que describen, desde el punto de vista de la psiquiatría, características que puede tener el lenguaje de una persona con esquizofrenia. Para aplicarla, se toma una muestra de habla del sujeto y se comprueba si los ítems de la prueba están presentes o no en la muestra; si un ítem está presente, se le da una puntuación, dependiendo del grado de intensidad con que este se da; después, se obtiene una puntuación total, de manera que cuanto mayor es la puntuación, mayor es la alteración en pensamiento, lenguaje y comunicación. Debido a la falta de entrenamiento de la autora del estudio con esta escala, no se ha dado puntuación a los ítems sino que se ha determinado si los ítems descritos en la escala están o no presentes. Para facilitar la comprensión de los resultados al lector, los ítems se describen en el apartado “**4.2 Resultados de la escala TLC**”.

2. Análisis del lenguaje por niveles: se analizaron las transliteraciones de las muestras de lenguaje teniendo en cuenta los diferentes niveles del lenguaje- fonético-fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático- y las alteraciones que puede haber en estos. Para analizar el nivel pragmático en profundidad se completó, además, el protocolo “Análisis del perfil conversacional para personas con afasia” (*Conversational Analysis Profile for People with Aphasia. CAPP*) (Whitworth et al., 1997), disponible en el Anexo 4. Este protocolo describe alteraciones del nivel pragmático formuladas como conductas; para completarlo se indica si el sujeto realiza esas conductas frecuentemente, ocasionalmente o nunca.

D. Otras pruebas utilizadas en el proyecto de investigación del trastorno mental grave

Para la realización de la investigación sobre trastorno mental grave se han utilizado también las escalas “Escala de TFP para familiares (FTD-c)” (Barrera et al, 2005), “Escala de TFP (FTD-p)” (Barrera et al, 2005).

3.3 Análisis y estudio de los datos obtenidos

Los datos obtenidos en las pruebas se recogieron en una base de datos Excel. Posteriormente, se hizo un análisis estadístico de los datos obtenidos con el

protocolo de datos sociodemográficos y la escala TLC y un análisis cualitativo de las muestras de lenguaje obtenidas con la entrevista y el cuestionario.

Por último, se compararon los datos referentes al lenguaje obtenidos con la escala TLC (perspectiva psiquiátrica) con la encuesta PRESEEA y el cuestionario diseñado por la autora del estudio (perspectiva lingüística).

4. RESULTADOS

A partir de las pruebas empleadas se han obtenido los siguientes resultados:

4.1 Muestras, datos sociodemográficos y clínicos.

A. Muestras

Se han estudiado dos muestras: muestra H (3 sujetos) y muestra P (11 sujetos).

B. Datos sociodemográficos

A continuación se muestran mediante una tabla los datos sociodemográficos:

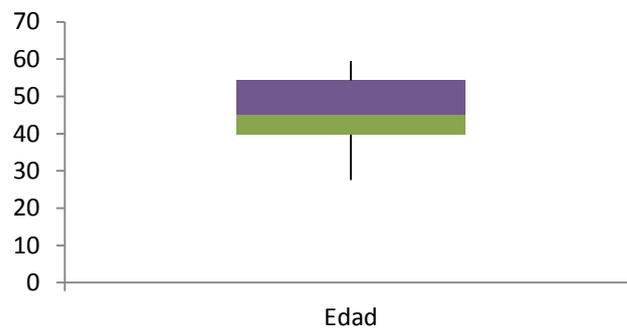
Datos sociodemográficos de la muestra (n=14). Tabla 1.

| | N= 14 | % |
|------------------------|-------|--------|
| SEXO: | | |
| Hombre | 12 | 85,7% |
| Mujer | 2 | 14,3% |
| EDAD | | |
| 25-30 años | 1 | 7,1 % |
| 30-35 años | 0 | 0 % |
| 35-40 años | 3 | 21,4 % |
| 40-45 años | 3 | 21,4 % |
| 45-50 años | 2 | 14, 3% |
| 50-55 años | 3 | 21,4 % |
| 55-60 años | 2 | 14, 3% |
| ESTADO CIVIL: | | |
| Soltero | 13 | 92,9 % |
| Casado | 0 | 0% |
| Divorciado | 1 | 7,1% |
| Otros | 0 | 0% |
| NIVEL SOCIO-ECONÓMICO: | | |
| Bajo | 4 | 28,6 % |
| Medio | 5 | 35,7 % |

| | | |
|---------------------------|----|--------|
| Alto | 2 | 14,3 % |
| Sin datos | 3 | 21,4 % |
| RESIDENCIA: | | |
| Urbana | 11 | 78,6 % |
| Rural | 0 | 0 % |
| Otra | 0 | 0 % |
| Sin datos | 3 | 21,4 % |
| CONVIVENCIA: | | |
| Familia primaria | 6 | 42,9 % |
| Familia propia | 1 | 7,1 % |
| Solo | 1 | 7,1 % |
| Otros | 3 | 21,4% |
| Sin datos | 3 | 21,4 % |
| NIVEL EDUCATIVO: | | |
| Sin estudios | 0 | 0 % |
| Estudios primarios | 3 | 21,4 % |
| Estudios Secundarios | 6 | 42,9 % |
| Estudios Superiores | 2 | 14,3 % |
| Otros | 0 | 0 % |
| Sin datos | 3 | 21,4 % |
| ACTIVIDAD LABORAL: | | |
| Estudiante | 0 | 0 % |
| Ama de casa | 0 | 0 % |
| Obrero o empleado* | 11 | 78,6 % |
| Funcionario | 0 | 0 % |
| Variable | 0 | 0 % |
| Otros | 0 | 0 % |
| Sin datos | 3 | 21,4 % |
| SITUACIÓN LABORAL: | | |
| Activo | 6 | 42,9 % |
| Paro | 0 | 0 % |
| Jubilado | 0 | 0 % |
| Incapacidad laboral | 5 | 35,7 % |
| No procede | 0 | 0 % |
| Otros | 0 | 0 % |
| Sin datos | 3 | 21,4 % |

* Son los sujetos de la muestra P, todos están empleados en el centro ocupacional de la Asociación.

Se ha realizado el siguiente gráfico para comprobar la distribución de la edad de los sujetos:



Edad de los sujetos (n=14) Gráfico 1.

C. Datos clínicos

A continuación se muestran los datos clínicos de los sujetos:

Diagnóstico (n=14). Tabla 2.

| Diagnóstico | Código DSM-IV | n = 14 | % |
|-------------------------------------|---------------|--------|--------|
| Esquizofrenia: | | | |
| Paranoide: | 295.30 | | |
| Sin inteligencia límite | | 3 | 21,4 % |
| Con inteligencia límite | | 1 | 7,1 % |
| Indiferenciada | 295.90 | 1 | 7,1 % |
| Residual | 295.60 | 3 | 21,4 % |
| Sin datos | | 3 | 21,4 % |
| Trastorno esquizoafectivo | 295.70 | 2 | 14,3 % |
| Trastorno psicótico no especificado | 298.9 | 1 | 7,1 % |

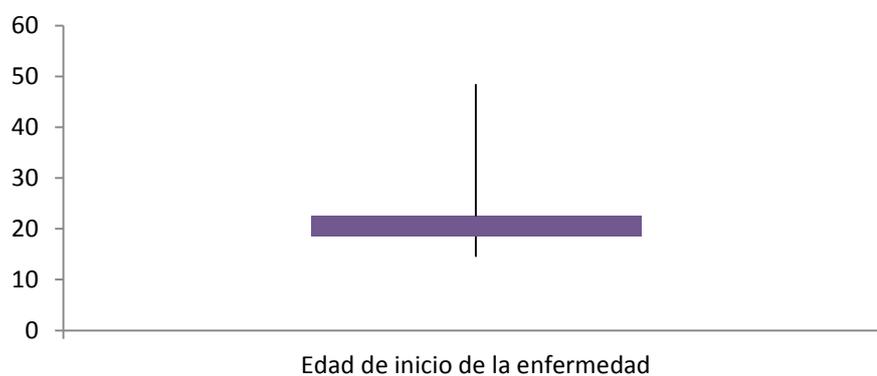
Otros datos clínicos (n=14). Tabla 3

| | N= 14 | % |
|---------------------------------|-------|--------|
| EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD | | |
| 10-15 años | 1 | 7,1 % |
| 15-20 años | 7 | 50 % |
| 20-25 años | 3 | 21,4 % |
| 25-30 años | 0 | 0 % |
| 30-35 años | 1 | 7,1 % |
| 35-40 años | 0 | 0 % |

| | | |
|---|----|--------|
| 40-45 años | 0 | 0 % |
| 45- 50 años | 1 | 7,1 % |
| TIEMPO EN EL CENTRO | | |
| Menos de 1 año | 2 | 14,3 % |
| Entre 1 y 2 años | 3 | 21,4 % |
| Entre 2 y 3 años | 1 | 7,1 % |
| Entre 3 y 4 años | 2 | 14,3 % |
| Entre 4 y 5 años | 1 | 7,1 % |
| Entre 5 y 6 años | 0 | 0 % |
| Entre 6 y 7 años | 2 | 14,3 % |
| No acudía al centro | 3 | 21,4 % |
| ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA: | | |
| Sí | 11 | 78,6 % |
| No | 0 | 0 % |
| Sin datos | 3 | 21,4 % |
| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: | | |
| ANTIPSIKÓTICOS: | | |
| Sí | 9 | 64,3 % |
| No | 0 | 0 % |
| Sin datos | 5 | 35,7 % |
| ANSIOLÍTICOS: | | |
| Sí | 3 | 21,4 % |
| No | 6 | 42,9 % |
| Sin datos | 5 | 35,7 % |
| ANTIDEPRESIVOS: | | |
| Sí | 3 | 21,4 % |
| No | 6 | 42,9 % |
| Sin datos | 5 | 35,7 % |
| ESTABILIZANTES DEL HUMOR: | | |
| Sí | 0 | 0 % |
| No | 9 | 64,3 % |
| Sin datos | 5 | 35,7 % |
| OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS: | | |
| Sí | 4 | 28,6 % |
| No | 7 | 50 % |
| Sin datos | 3 | 21,4 % |
| OTROS TRATAMIENTOS: | | |
| Sí | 5 | 35,7 % |
| No | 6 | 42,9 % |
| No consta | 3 | 21,4 % |

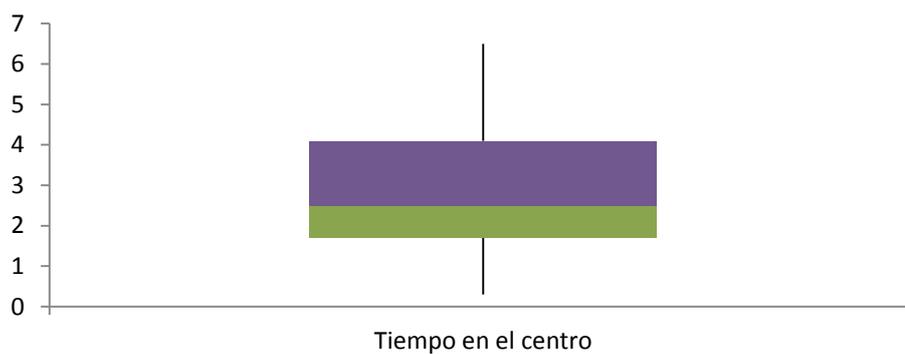
| ACTIVIDADES: | | |
|----------------------|---|--------|
| Logopedia | 2 | 14,3 % |
| Habilidades sociales | 1 | 7,1 % |
| Ninguna | 8 | 57,1 % |
| No consta | 3 | 21,4 % |

Se ha comprobado la distribución de la edad de inicio de la enfermedad y del tiempo en el centro mediante los siguientes gráficos:



Edad de inicio de la enfermedad (n=13*). Gráfico 2.

*La edad de inicio de la enfermedad de un sujeto no consta.



Duración en el centro. (n=11*). Gráfico 3.

*Sujetos son los de la muestra P. Los de la muestra H no acudían al centro.

4. 2 Resultados de la escala “Escala para la evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC” (Andreasen, 1979)

Las muestras de lenguaje se analizaron, en primer lugar, con la Escala TLC. Este análisis permitió conocer las características generales del lenguaje y comunicación del sujeto, las cuales se estudiaron en profundidad mediante el análisis lingüístico posterior.

A continuación se exponen, uno por uno, los ítems de la Escala, con ejemplos procedentes de las muestras analizadas y se indica su frecuencia respecto al total de las 14 muestras. En los ejemplos se indican con “E:” las intervenciones del entrevistador y con “S:”, las del sujeto.

Se ha considerado pertinente analizarlos ítems por grupos- Comunicación, Lenguaje, Pensamiento-, y no siguiendo el orden en que estos se presentan en la Escala, ya que de esta forma aportan más información para el análisis lingüístico.

A. Trastornos de la Comunicación

Los trastornos incluidos en este grupo ocurren porque “el hablante no sigue un conjunto de reglas que se usan convencionalmente para facilitar la comprensión a los que escuchan” (Andreasen, 1979; 2). Teniendo en cuenta esta definición, los ítems de este grupo son:

1. Pobreza de habla

“Restricción de la cantidad de habla espontánea, de manera que las respuestas a las preguntas tienden a ser breves, concretas y poco elaboradas” (Andreasen, 1979; 4). Este ítem está presente en el 21,43 % de los sujetos, es decir, en tres 3 de las 14 muestras. Un ejemplo es el siguiente:

E: ¿Te has levantado animado hoy?

S: Sí

E: ¿Has dormido bien entonces?

S: Sí

E: Jobar qué suerte, ¿y has desayunado fuerte para venir hasta aquí?

S: Sí

2. Presión del habla

“Aumento en la cantidad de habla espontánea en comparación con lo que se considera normal o lo que es usual en el medio social del paciente” (Andreasen,

1979; 6). Se caracteriza por velocidad de habla rápida, taquipsiquia, interrupciones al interlocutor, las respuestas que podrían ser breves son largas. Este ítem está presente en el 42,85 % de los sujetos, es decir, en 6 muestras. Un ejemplo es el siguiente:

E: Cuando estás fatigado o cansado, ¿te vuelves agresivo?

S: Yo bueno, es que eso es muy complicado. Yo ya le he dicho al doctor que tengo problemas psicomotrices, de psicomotricidad. He perdido la habilidad de andar. Para andar tengo que andar conscientemente, tengo que darme cuenta de ello, de que voy balanceando los brazos, los pies. Tengo que hacerlo de una forma racional, consciente. Y eso si voy hablando con otra persona y voy distraído, no me concentro en la conversación para que me desaparece pero si voy...si voy escuchando tengo problemas de concentración verbal también, de comprensión y me cuesta mucho concentrarme, xxx si voy con una persona o con dos personas me cuesta concentrarme y además me irrito porque tengo que ir pendiente de de los movimientos psicomotrices y eso me produce irritabilidad y a la menor estallo.

3. Distraibilidad (habla distraible)

“El paciente deja de hablar en medio de una frase o idea y cambia de tema en respuesta a un estímulo cercano” (Andreasen, 1979; 6).La “distraibilidad” está presente en el 14,28% de las muestras, es decir, en 2 de los sujetos. Ejemplo:

E: ¿Pero cómo vas a tener diecinueve millones de hijas?

S: Parabarábarábará (tararea una canción)

4. Tangencialidad

“Contestar a una pregunta de una forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante” (Andreasen, 1979; 7).Este ítem está presente en el 85,71% de las muestras, es decir, en 12 sujetos. Un ejemplo es:

E: ¿Olores extraños o sabores extraños?

S: El primer día que la oí olió la habitación toda a rosas pero teníamos un obrero que se llamaba (nombre) y... Discutió con su mujer porque nos robaba el dinero a nosotros, compraba escopetas de cartuchos pa cazas y pa cosas de esas y le dimos de comer en mi casa. Y no sé, como sí él lo llegase a oler ese olor también. Y le dimos de comer y luego estuvo trabajando un tiempo sin cobrar, por lo que había hecho.

5. Descarrilamiento

“Las ideas se van del hilo hacia otro que está relacionado de forma clara pero oblicua o bien hacia otro hilo que no tiene ninguna relación” (Andreasen, 1979; 8).El

“descarrilamiento” está presente en el 71,43% de las muestras, es decir, en 10 sujetos. Un ejemplo es el siguiente:

E: ¿Con quién vives?

S: Pues... en casa, cuando estoy en casa con mamá, mi mi hermana se independizó hace mucho tiempo, al tiempo que yo tenía pisitos, pero entraron los gamberros a... A tomarlo por las armas y quedé fuera de los dos pisos que tenía.

6. Afectación del habla

“Habla que tiene una cualidad excesivamente afectada o formar. Puede parecer rebuscada o pasa de moda, pomposa, distante o excesivamente educada” (Andreasen, 1979;16). Se ha encontrado esta alteración en el 14,28% de la muestra, es decir, en 2 sujetos. Un ejemplo es el siguiente:

E: Bueno, a ver, ¿has vivido siempre donde vives ahora? ¿O has cambiado de barrio?

S: Sí, sí, lo único que hago es cambiar los estadios, por ejemplo los motivos de... Los motivos de... tengo un trabajo adorable pero a lo mejor me... a lo mejor me obligan con... En exceso los horarios, trabajo de noche, trabajo de mañana... a las nueve y veinticuatro salto de la cama sin... Sin el operador radio y... A las... Y de tres a cinco, de tres y media a cinco como, así que no sé.

7. Ecolalia

“El paciente hace como el eco de las palabras del entrevistador” (Andreasen, 1979;15). Hay ecolalia en el 35,71% de las muestras, es decir, en 5 sujetos. Un ejemplo de “ecolalia” es el siguiente:

Ejemplo 1: E: Ah sólo en lápiz

S: Sólo en lápiz

Ejemplo 2: E: Pues jobar, un montón de cosas

S: Un montón de cosas

8. Autorreferencia

“El paciente repetidamente refiere a sí mismo el tema de que se está hablando cuando otra persona habla, y también refiere temas aparentemente neutrales a sí mismo, cuando es él quien habla”. (Andreasen, 1979; 17). La “autorreferencia” está presente en el 71,43% de las muestras, es decir, en 10 de los sujetos, por ejemplo:

E: Me has contado tu vida en verso

S: Y eso que no... vamos, el tono ha sido el mismo

E: Sí, yo creo que también

S: Pero sabes por qué, porque yo soy una persona, lo que te vengo diciendo antes, que a mí no me importa hablar de todo, porque e-eso en esta vida es complicao y la gente es muy reservada, de hecho por ejemplo el otro día yo tuve una bronca con... con (nombre)

9. Circunstancialidad

“Un patrón de discurso que es muy indirecto y que tarda mucho en llegar a la idea final” (Andreasen, 1979; 13). El sujeto da muchos detalles sobre el tema que está tratando. En el 71,43% de la muestra hay circunstancialidad, es decir, en 10 sujetos. Un ejemplo de “circunstancialidad” es el siguiente:

E: En relación no solo a como se encuentra ahora sino en general, a lo largo de todo esto.

S: Bueno...

E: No se puede...

S: Depende... depende de la medicación que tome, los primero días que estaba aquí me notaba cansado, los primeros días, los dos o tres primeros días, después ya no, tolero muy bien las medicaciones.

10. Pérdida de meta

“Incapacidad de seguir una cadena de pensamiento hasta su conclusión natural” (Andreasen, 1979; 14). Hay pérdida de meta en el 57,14% de la muestra, es decir, en 8 sujetos. Un ejemplo de “pérdida de meta” es el siguiente:

E: Y lo más importante es que un amigo es una persona que nunca te va a juzgar. Y... hablando de los amigos, tu amiga ¿a qué se dedica?

P: Pues... Viene a esta Asociación por las tardes a Educación de Adultos, y tiene... es también... Eh... Vive con su padre

11. Perseveración

“Repetición persistente de palabras, ideas o temas” (Andreasen, 1979; 14). Está presente en el 85,71% de las muestras, es decir, en 12 sujetos. Un ejemplo de “perseveración” es:

E: ¿Con tu madre sólo? ¿Tu hermana no?

S: Está en su piso, su piso

12. Bloqueo

“Interrupción del hilo del habla antes de que una idea o pensamiento haya sido completado” (Andreasen, 1979; 16). Hay “bloqueo” en el 14, 28% de las muestras, es decir, en 2 sujetos. Por ejemplo:

E: Aha. ¿Tiene sensación de cansancio, como realmente de... Como de fatiga...?

S: Un poco, cansancio si, fatiga nunca,

E: Aha

S: Nunca me fatigo

E: Aha

S: Y eso que soy fumador empedernido pero nunca me fatigo, nunca toso ni nada, tengo los pulmones fenomenales y...

B. Trastornos del lenguaje

Para Andreasen, los trastornos del lenguaje son aquellos en los que “el hablante viola las convenciones sintácticas y semánticas que gobiernan el uso del lenguaje” (Andreasen, 1979; 2). En este apartado se han incluido también los ítems “parafasia fonémica” y “parafasia semántica”, los cuales no están incluidos por Andreasen en ninguna de las tres categorías.

1. Incoherencia

“Habla incomprensible a veces” (Andreasen, 1979; 9). Este habla es difícil comprensión porque el carece de significado, por uso de sintaxis inadecuada, neologismos, etc. Hay “incoherencia” en el 21,43% de las muestras, es decir, en 3 sujetos. Un ejemplo de este ítem es:

E:Hemos dicho que vamos hablar de cosas buenas

S:Ya pero yo no me olvido de mis hermanos

E:No hay que olvidarse

S:Yo conozco mucha gente anda que no hicieron a mi hermano y esto y hasta el lunes lo han tenido allí en la iglesia a ese entrenador ese ha muerto a ese que ha muertos a el Villalonga.

2. Asociaciones fonéticas (rimas)

“Patrón del habla en que la elección de palabras parece estar determinada por los sonidos y no por sus relaciones de significado” (Andreasen, 1979; 11). Esta alteración no está presente en ninguna de las muestras analizadas.

3. Neologismos

“Formación de nuevas palabras” (Andreasen, 1979; 12). Se han encontrado neologismos en el 21,4% de las muestras, es decir, en el lenguaje de 3 sujetos. Un ejemplo de neologismo es el siguiente:

S: yo he encontrado una prima de mi padre que tiene una red injerente de, y te cuento, doscientos mil bancos doscientos mil bancos con ingresos superiores de...

4. Aproximaciones de palabras

“Palabras viejas que se usan de una forma poco convencional o palabras nuevas que se desarrollan con las reglas convencionales de formación de palabras” (Andreasen, 1979; 12). No se ha encontrado esta alteración en ninguna de las muestras.

5. Parafasias fonémicas

“Pronunciación errónea reconocible de una palabra porque los sonidos o las sílabas están fuera de secuencia” (Andreasen, 1979; 17). Este ítem está presente en el 14,28% de las muestras, es decir, en 2 sujetos. Por ejemplo:

S: Pues tomar café, hacemos cocete* a ti mismo, las AVDs todo eso

*El sujeto pronuncia “cocete” en lugar de “conócete”.

6. Parafasias semánticas

“Sustitución de una palabra inadecuada al tratar de decir algo específico” (Andreasen, 1979; 18). Se han encontrado “parafasias semánticas” en el 21,4% de las muestras, es decir, en 3 sujetos. Un ejemplo de parafasia semántica es:

S: Pues estaciones intermedias con lluvia, viento... el vie el viento no me gusta porque me vuelve loco, me me genera cierta...predominancia

C. Trastornos del pensamiento

Los trastornos del pensamiento son “aquellos trastornos en los cuales únicamente el pensamiento parece aberrante” (Andreasen, 1979; 2).

1. Pobreza en el contenido del lenguaje

“Aunque las respuestas son suficientemente largas y el lenguaje es adecuado e cantidad, conlleva poca información” (Andreasen, 1979; 4). Este ítem está presente en el 42,85% de los sujetos, es decir, en 6 de las 14 muestras. Un ejemplo es el siguiente:

E: ¿Pero estás preocupado por algo?

S: (3 segundos en responder): Por muchas cosas pero en verdad no tengo ninguna razón... ninguna razón real para queeee sea una preocupación de verdad, son preocupaciones pues problemas que... hombre estaba preocupado por el partido pero que es normal, una vez que ha pasado ya y no se puede hacer ya otra cosa pues...

2. Falta de lógica

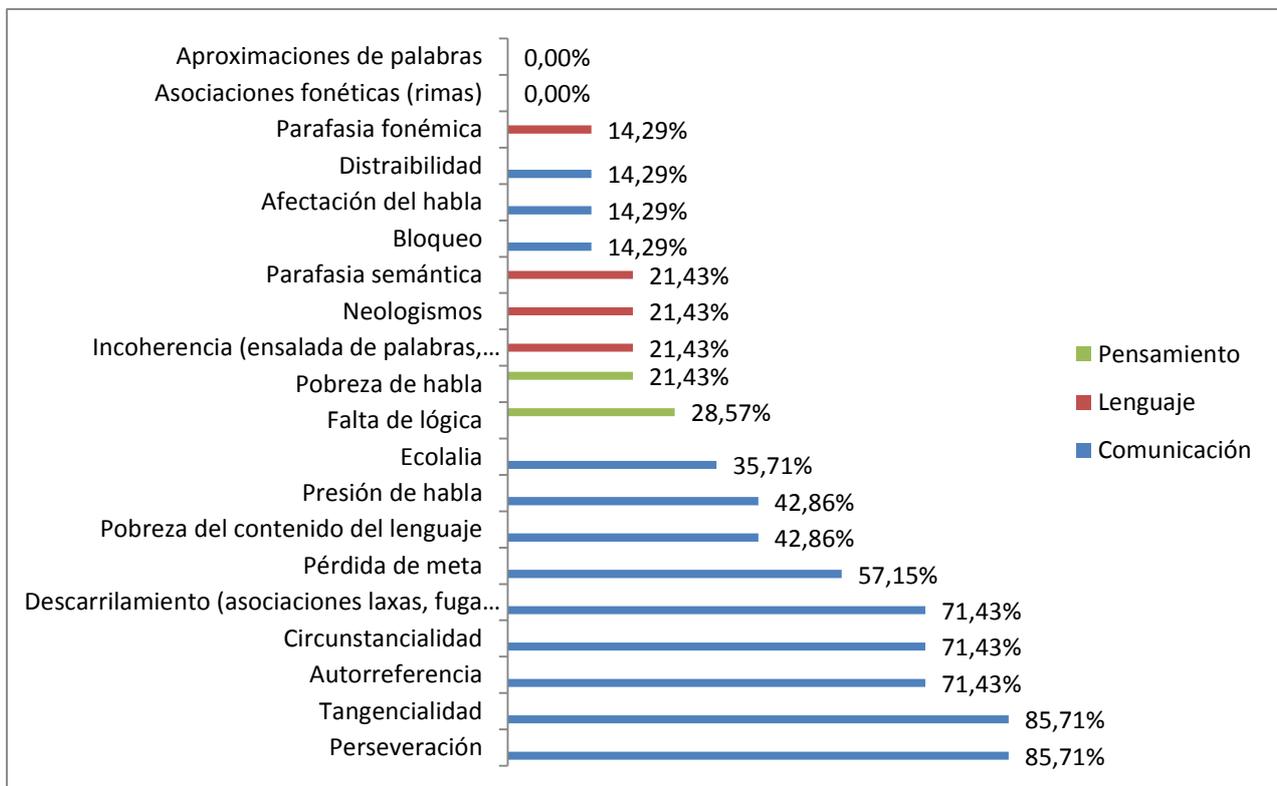
“Patrón de habla en el que se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica” (Andreasen, 1979; 10). Esta alteración aparece en aquellos sujetos cuyo lenguaje y habla está más alterado. Está presente en el 28,57% de las muestras, es decir, en 4 sujetos.

E: ¿Y se meten dentro de usted?

S: Cuando... Cuando tuve la operación de la rodilla sí. Porque... estaba en el puesto de la panadería de colocador de barras y yo tenía que coger la barra de la mano y ponerla en el tablero, hacer esto y ir poniéndolas las barras en el tablero y luego venía otro y quitaba el tablero y de tanto mover la cadera pa un lao pa otro me quebró la rodilla y caí al suelo. Me llevaron al hospital y me quitaron... Un cacho de hueso, ellos le llaman un ratón, ¿no? Me hicieron una endoscopia, me hicieron una endoscopia, me cortaron, pero como se astilló tuvieron que abrir y succionar

A modo de resumen, se muestran a continuación un gráfico y una tabla con los datos obtenidos en la Escala TLC, interpretados anteriormente.

Frecuencias relativas de los ítems de la Escala TLC en las muestras analizadas



Como se observa en el gráfico, según los resultados obtenidos en la Escala TLC, las alteraciones que predominan en las personas con esquizofrenia son aquellas relacionadas con la comunicación.

Resultados de la Escala TLC (n=14). Tabla 4.

| ITEMS | | SUJETOS | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL (items) | % |
|--------------|--|---------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|----|----|----|----|---------------|---|
| | | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | H1 | H2 | H3 | | | |
| TLC 01 | Pobreza de habla | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 21,4 % | |
| TLC 02 | Pobreza del contenido del lenguaje | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6 | 42,9 % | |
| TLC 03 | Presión de habla | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 42,9 % | |
| TLC 04 | Distraibilidad | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 14,3 % | |
| TLC 05 | Tangencialidad | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 85,7 % | |
| TLC 06 | Descarrilamiento (asociaciones laxas, fuga de ideas) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 71,4 % | |
| TLC 07 | Incoherencia (ensalada de palabras, jargonofasias) | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 21,4 % | |
| TLC 08 | Falta de lógica | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 | 28,6 % | |
| TLC 09 | Asociaciones fonéticas (rimas) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 % | |
| TLC 10 | Neologismos | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 21,4 % | |
| TLC 11 | Aproximaciones de palabras | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 % | |
| TLC 12 | Circunstancialidad | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 71,4 % | |
| TLC 13 | Pérdida de meta | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 57,1 % | |
| TLC 14 | Perseveración | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 85,7 % | |
| TLC 15 | Ecolalia | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 35,7 % | |
| TLC 16 | Bloqueo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 14,3 % | |
| TLC 17 | Afectación del habla | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 14,3 % | |
| TLC 18 | Autorreferencia | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 | 71,4 % | |
| TLC 19 | Parafasia fonémica | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 14,3 % | |
| TLC 20 | Parafasia semántica | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 21,4 % | |
| TLCT (total) | | 4 | 6 | 5 | 7 | 15 | 4 | 4 | 11 | 6 | 1 | 8 | 12 | 10 | 11 | | | |

Comunicación (pragmática)

Lenguaje (sintaxis, semántica, fonética)

Pensamiento

1: Alteración presente

0: Alteración ausente

4. 3. Análisis del lenguaje por niveles

La segunda parte del estudio de las muestras del lenguaje consistió en el análisis lingüístico de estas. En la muestra P se obtuvieron 11 muestras de lenguaje con la Encuesta PRESEEA y 5 muestras de lenguaje con el “Cuestionario de obtención de datos para el análisis semántico y pragmático”. En la muestra H se obtuvieron 2 muestras de lenguaje a partir de la Escala BSABS y 1 a partir de la Escala ESEA.

Para ello analizar las muestras, se tomaron como referencia los niveles del lenguaje, obteniéndose cuatro análisis, uno por cada nivel, y el protocolo CAPPA.

Las muestras de lenguaje difieren bastante de unos sujetos a otros, pues no todos tienen la comunicación y el lenguaje igual de alterados. En estos resultados se ha pretendido hacer una caracterización de las alteraciones lingüísticas que se pueden encontrar en las personas con esquizofrenia, indicando aquellas que solo han aparecido en los casos en los que el lenguaje está más deteriorado.

A. Nivel fonético-fonológico

No se hallaron alteraciones en el nivel fonético-fonológico. En algunas ocasiones los sujetos omiten /d/ en posición intervocálica, pero no debido a la esquizofrenia sino a su nivel sociocultural.

B. Nivel morfosintáctico

Las alteraciones de este nivel son pocas y no están presentes en todas las muestras; además, no aparecen de forma consistente. Los errores hallados son:

a. Paragramatismo: “alteración básicamente sintáctica, con omisión de elementos léxicos informativamente necesarios y alteraciones en el orden de palabras” (Gallardo, 2007; 204). Por ejemplo:

“**Pasó los coches**”, en lugar de “pasaron los coches”.

b. Anacoluto: consiste en dejar las estructuras sintácticas incompletas. Ejemplo:

S: Pero poco no te creas, pero por eso, pero por eso son cosas que te salen así... qué bien, ¿no? Pero poco poco desde luego, eehhh la Quiniela del fútbol cobrar 5 euros una vez me llamó la atención muchísimo, porque porque una de cada mil claro

Los errores a nivel morfosintáctico se han encontrado en aquellos sujetos cuyo lenguaje está más afectado.

C. Nivel semántico

Al analizar las entrevistas se encontraron las siguientes alteraciones semánticas:

a. Glosomanía: “reducción léxica y temática del discurso, con el desarrollo casi exclusivo de temas preferidos” (Gallardo, 2007: 199). La glosomanía está presente en la mayoría de las muestras de lenguaje.

b. Neologismo: creación de nuevas palabras. Esta alteración se ha encontrado aquellos sujetos cuyo lenguaje está más afectado. Un ejemplo de neologismo es:

S: Pasaje Pasaje a la India es una versión de una familia de jueces instalados en en Nueva Jersey... No, en en las islas Jersey que compendian dinero, dinero inversan, a los que tengo me me proclives pero

c. Parafasia semántica: “sustituir una palabra por otra de significado similar o relacionado” (Gallardo, 2007: 203). La parafasia semántica está presente en 3 de los sujetos. Un ejemplo de esta alteración es:

E: Vale, vale. Y cuéntame cómo es tu casa

S: Bueno, mi casa es pequeña, estoy buscando ahora una mayor... profusión, pero... me parece que con... el traslado me va a tocar esperar un año y medio

Además, con el cuestionario se estudiaron los siguientes aspectos semánticos:

a. Antónimos-sinónimos: los antónimos son palabras con significados opuestos; no se han encontrado alteraciones respecto a los antónimos. Los sinónimos son palabras que tienen el mismo significado o similar; en relación con estos, no hay alteraciones excepto en un caso en el que el sujeto no dice el sinónimo que se le pide sino una palabra relacionada con la dada:

E: Listo

S: Ciencia

E: Cabello

S: Rubio

b. Polisemia: las palabras polisémicas son aquellas que tienen más de un significado. Se ha estudiado la capacidad de los sujetos para comprender diferentes significados de una palabra en diferentes contextos o frases. Se

comprobó que 2 de los sujetos, los que más afectados tienen el lenguaje, no comprendían los diferentes significados, y otro de los sujetos tenía dificultad. Los sujetos cuyo lenguaje está prácticamente conservado entendieron los significados. Ejemplo de incompreensión de la polisemia:

E: Vale. Ahora explica el significado de la palabra poner en esta frase “se puso las botas”

S: Que estaba que estaba relleno el chaval, pues partici participa en el negocio

E: Vale y aparte de ese significado, ¿qué otro significado das?

S: Que consigue que consigue no se ventajas de sus movimientos y...

c. Disimbolia: “manifestación anómala e idiosincrásica de las relaciones léxicas, del análisis interno del significado de las palabras y de su potencial uso” (Hernández, 2006: 269). Dentro de la disimbolia también se analizó la capacidad de los sujetos para definir palabras. No se hallaron disimbolia ni asimblia. Al definir las palabras, en ocasiones tuvieron dificultad.

D. Nivel pragmático

Se ha analizado la pragmática a partir de las tres partes en que esta se divide enunciativa, textual, interactiva. Algunos aspectos de este nivel solo se han podido analizar con el cuestionario, es decir, en una muestra de 5 sujetos.

1. Pragmática enunciativa:

La pragmática enunciativa es el “uso del lenguaje desde la perspectiva del emisor” (Gallardo, 2007: 45). En este nivel se analizan:

a. Actos de habla

El acto de habla es la “unidad estructural mínima de la escala de rango de unidades conversacionales” (Gallardo, 2007: 193). Los actos de habla se dividen en:

- Locutivos: se realizan por el hecho de decir algo; se dividen en fónicos (pronunciación de sonidos), fáticos (pronunciar los sonidos en un orden siguiendo las reglas gramaticales) y réticos (que lo pronunciado tenga sentido). Están presentes en el discurso de la mayoría de los sujetos; en ocasiones los actos no son réticos, por ejemplo:

E: ¿A veces le ha pasado que no entendía bien lo que pasa alrededor?

S: No, no, no porque yo a lo mejor voy al ambulatorio, me siento y sé que una de ellas está sentada al lado mío, y está embarazada que se meten en mi cuerpo y cogerán mi semen, digo yo.

- Ilocutivos: son actos que tienen intención. Dadas las características de la entrevista, la presencia de estos actos se ha comprobado con el cuestionario. En general, los sujetos tienen dificultad para comprender y realizar los actos ilocutivos, ejemplo:

E: Si yo te digo “cuánto humo hay en esta habitación y tú estás fumando, ¿cómo lo interpretas?

S: Se está quemando la casa.

E: Se está quemando la casa. ¿No será que estoy fumando?

S: Estás fumando, sí. Como yo no fumo

- Perlocutivos: son actos que tienen un efecto en el interlocutor. Estos actos se han estudiado con el cuestionario. 3 de los 5 sujetos realizan actos perlocutivos, los otros 2 sujetos tienen dificultad. Por ejemplo:

E: Vale. Ahora dime cuál es tu comida preferida y tienes que intentar convencerme para que sea también mi comida preferida.

S: pues... ¿No te gustaría el potaje?

E: No, no me gusta

S: Con garbanzos. ¿No? Pues...

E: Es que los garbanzos son tan redondos y tan blanditos

S: Pues no sé lo que decir, no sé lo que decir ahora

b. Principio de cooperación. Máximas conversacionales.

Grice (1975) define el principio de cooperación que deben seguir los hablantes en la conversación:

“Haz tu contribución conversacional tal y como es requerida en el momento en que tiene lugar, según la finalidad previamente aceptada del intercambio en que te hallas implicado”.

Además, Grice define máximas conversacionales, es decir, las normas que los hablantes deben seguir en la conversación para cumplir el Principio de cooperación:

1. Máxima de cantidad: “haga que su contribución sea todo lo informativa que se requiera”. La mayoría de los sujetos violan esta máxima, bien por

exceso de información en 14 de los casos, bien por defecto en 3 de los casos. Un ejemplo de exceso de información es:

E: Pues muy bien oye, ¿y otros años dónde te has ido de vacaciones?

S: Pues como vienen mis hermanos que viven fuera y vienen de vacaciones ahí al pueblo a (sitio), pues me iba una semana con ellos allí y este año se lo he dicho así a mi hermano digo digo no sé la semana de este año qué tal porque tengo pensao hacer un viaje y eso, pero vamos también entra dentro de lo posible que que si viene por ejemplo y estoy por aquí me vaya ahí al pueblo unos días

Ejemplo de información escasa:

E: Vale, ahora explícame qué tengo que hacer para comprar una barra de pan.

S: Pues ir a la tienda... Coger una barra pan y pagarla.

E: Pero, ¿cómo? No lo termino de entender

S: No sé, tú la pides, luego la coges y la pagas

E: Pero, ¿cómo? ¿Qué tengo que hacer? Si yo ahora estoy aquí, ¿qué tengo que hacer? ¿Dónde la pido?

S: En la panadería, en la tienda, en la panadería

2. Máxima de cualidad o calidad: "Que su contribución sea verdadera". Esta máxima es violada en aquellos casos en los que los sujetos tienen delirios de grandeza o de otro tipo. Esta máxima la violan 4 de los 14 sujetos; en 3 de los casos no está claro si la violan o no. Ejemplo de violación de la máxima:

E: ¿Pero cuántos hijos tienes?

S: A ver que cuento. 20 millones.

3. Máxima de relación o relevancia: "Diga lo que viene al caso". 10 de los 14 sujetos violan esta máxima, se desvían del tema o cambian completamente. Ejemplo de violación de esta máxima:

E: Claro. Vale, y si te digo "por fin se acabó la semana"

S: Hace mucho tiempo que no tengo esa sensación, o sea que no interpretaría mal la... La... Diría esta persona qué problemas tiene para que se le haga tan larga la semana. Llevo mucho tiempo que pienso que que digo qué bien otra semana y no pienso nunca como que me cueste venir al centro. Tuve una temporada que me costaba hasta levantarme de la cama. Hoy me he levantado a las 5 de la mañana

4. Máxima de manera o modo: "Sea claro: evite la oscuridad, ambigüedad, sea breve y ordenado". 10 sujetos violan esta máxima, sobre todo, porque no son ordenados, tienen dificultad para organizar su discurso, y no son breves al explicar sus ideas, por ejemplo:

E: O sea que no le resulta extraño oír estas voces

S: ¿Extraño? No, si estoy habituo a ello. Al principio del todo y todo debería de ser por el accidente que tuvo mi hermano porque dormíamos espalda contra espalda, ¿sabe? en la cama. Entonces ella quiso echarle de allí para poder dormir

c. Implicaturas

Las implicaturas se han estudiado a partir de las respuestas al cuestionario. En general, los sujetos tienen dificultad para entender el significado del enunciado y en ocasiones no lo comprenden. Por ejemplo:

E: Vale. Otra frase: “por fin se acabó la semana”

S: Que se ha acabao la semana y ya está, hasta el domingo

d. Inferencias:

Las inferencias se han estudiado a partir de las respuestas al cuestionario. Se quiere comprobar si los sujetos comprenden el lenguaje no literal. Para ello, se han establecido 4 apartados:

- a) Refranes: 4 de los 5 sujetos tienen dificultad para comprender el significado de los refranes; de los 4, uno de ellos, el sujeto con el lenguaje más alterado, no comprende el significado. Ejemplo:

E: Y que cuatro ojos ven más que dos qué significa

S: Que uno ve menos

- b) Frases hechas: 3 de los sujetos las comprenden, 2 de ellos tienen dificultad. Ejemplo:

E: Vale. Y si te digo que una amiga le dice a otra “Ana habla por los codos”, ¿qué significa habla por los codos?

S: No se habla por los codos sino que se presta a a a a... A sujetar la mesa, a sujetar la cabeza, a prestarse a comunica al estudio y no decir xxx. En cualquier caso Ana mi hija es literata, se ha escrito una única novela antes de los 16 años con el premio... y le ha dedicado a papá... El título de la novela y y y dando sus primeras conferencias sobre con el problema del idioma donde vendió 500 millones de ejemplares.

- c) Chistes: 2 de los sujetos, cuyo lenguaje está más preservado, no tienen dificultad en la comprensión; otros 2 sujetos, cuyo lenguaje está más alterado, tienen ciertas dificultades para entender los chistes; el sujeto cuyo lenguaje está deteriorado no comprende los chistes. Ejemplo:

E: Vale. Y ahora otro chiste que me tienes que explicar:

-Pues al niño le hemos puesto gafas.

- ¡Qué nombre más feo!

S: Pues tenemos al vecino que tenía una escorrentía en uno de los ojos

E: Pero me tienes que explicar el chiste.

S: Sí, ah ya. Pues eso que que... en todo todo lo que... lo que comentamos me has... Pero a oídos sordos... sapaco

d) Metáforas: al igual que ocurre con los chistes, los sujetos con el lenguaje más preservados las comprenden; aquellos con algunas alteraciones en su lenguaje tienen dificultad; el sujeto con más deterioro no las comprende, por ejemplo:

E: Vale. Ahora explícame unas metáforas. Por ejemplo, si yo te digo “tiene los cabellos de oro”, ¿qué interpretas?

S: Pues pues será que cortarles cortarles costará... un capital

e) Ironía: se presentaron a los sujetos varios enunciados irónicos; al preguntarles qué querían decir, los sujetos respondían que el enunciado se contradecía, es decir, no comprendían la ironía.

e. Tareas de edición y rectificaciones

Con las respuestas del cuestionario, se ha estudiado si los sujetos preguntan al interlocutor cuando no entienden lo que este les dice, si rectifican cuando se confunden y si adaptan su discurso cuando el interlocutor no les entiende.

En general, cuando los sujetos no entienden lo que dice su interlocutor, le preguntan. En cuanto a las rectificaciones y adaptaciones, los sujetos sí intentan explicar sus ideas para que su interlocutor los entienda pero, en el caso del sujeto cuyo lenguaje está muy alterado, las explicaciones no son útiles ya que carecen de sentido.

f. Circunloquios, rodeos, selección de palabras.

Para comprobar si los sujetos tienen problemas a la hora de seleccionar palabras, realizan circunloquios o dan rodeos para subsanar la dificultad en la selección de palabras, en uno de los apartados del cuestionario se les pidió que describieran una lámina (disponible en el Anexo 3). Ninguno de los sujetos tiene problemas para seleccionar palabras.

g. Indicar sí y no con seguridad.

En general, los sujetos no tienen problema para indicar sí y no aunque en algunas ocasiones los sujetos se equivocan:

Ejemplo 1: E: Vale. ¿Estás casado?
S: **Sí**
E: ¿Ah sí?
S: **No no me llevo muy bien con ella pero sí**

Ejemplo 2: E: ¿después del 5 va el 4?
S: **Sí**

2. Pragmática Textual

La pragmática textual se ocupa del estudio de la deixis, tema y superestructura, y se basa en la coherencia, cohesión y conexidad (Gallardo, 2007). La pragmática textual se ha estudiado en los 14 sujetos mediante el análisis de las entrevistas y de los 5 cuestionarios disponibles.

En relación con la cohesión, se ha comprobado que en los sujetos cuyo lenguaje está mal alterado hay falta de nexos o conectores entre los enunciados y falta de cadenas correferenciales. En los sujetos con poco deterioro en su lenguaje no se observan alteraciones en la cohesión. Ejemplo de falta de conectores:

S: Yo no. Yo solo es que padezco de un poquitín... Me lo miraron abajo muy bien, me hicieron radiografías y me... y tengo unas pastillas ahí en la ropa para cuando me duele mucho la columna aquí no sé si es la octava vertebra, aquí pero en la columna vertebral y llevo dos días y me duele un poquitín pero es por la postura por la que duermo.

En cuanto a la coherencia, hay falta de esta en los sujetos cuyo lenguaje está más alterado: aunque las palabras de forma individual tienen sentido, sus enunciados carecen de este, por ejemplo:

E: Muy bien, y ahora que se acercan las vacaciones, ¿tienes pensado irte a algún sitio?
S: **Como no me dejan salir... no puedo, te-tengo varias partituras, una en San Sebastián con mis hijas de a setecientos kilómetros de distancia e-en un espacio de seis metros donde estaban ellas, dos del mismo parto**

3. Pragmática interactiva

La pragmática interactiva estudia la gestión temática y la toma de turno. Se ha estudiado partiendo de las 14 entrevistas y de los 5 cuestionarios. Sin embargo, al tratarse de entrevistas semiestructuradas y no ser una conversación natural, no se han podido analizar todos los aspectos de la pragmática interactiva.

Se entiende por turno la “unidad estructural limitada por dos cambios de hablante” (Gallardo, 2007: 209). Al estudiar los turnos de las muestras de lenguaje, se han podido establecer tres tipos de sujetos según su comportamiento en la conversación:

- a. Sujetos que no respetan los turnos, interrumpiendo al interlocutor y acaparando los turnos. Sus contribuciones a la conversación son excesivamente largas, haciendo que el índice de participación conversacional esté desequilibrado. En este grupo están los sujetos cuyo lenguaje está muy alterado.
- b. Sujetos que respetan los turnos, mantienen una conversación dinámica. El índice de participación conversacional está equilibrado.
- c. Sujetos cuyos turnos son breves, se limitan a responder a las demandas del interlocutor, no mantienen turnos dinámicos. El índice de participación conversacional está desequilibrado de manera que parece que el interlocutor, el entrevistador en el caso de este trabajo, acapara la conversación. Estos sujetos son los que presentan pobreza de habla en la Escala TLC.

No se ha podido estudiar con detalle la presencia de turnos bisagra, que dinamizan la conversación y permiten la introducción o mantenimiento del tema, dadas las características de las entrevistas. Asimismo, no ha sido posible el estudio de la gestión temática (introducción, mantenimiento, cambio de tema) aunque se ha observado que hay glosomanías.

4. 4. CONTRASTE DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA TLC Y DEL ANÁLISIS DEL LENGUAJE POR NIVELES

Tras analizar las muestras desde dos puntos de vista diferentes, se han relacionado los resultados obtenidos y se ha comprobado que:

- Los resultados de la Escala TLC muestran que el lenguaje de los sujetos presenta mayores alteraciones en los aspectos comunicativos, es decir, a nivel pragmático, coincidiendo con lo hallado en el análisis del lenguaje muestra.

- Los sujetos con mayores puntuaciones en la Escala TLC son aquellos que presentan las alteraciones más graves en el análisis lingüístico.

5. DISCUSIÓN

El presente trabajo ha permitido hacer una caracterización del lenguaje y comunicación de las personas con esquizofrenia a partir del análisis de muestras de lenguaje, integrando las evaluaciones psiquiátrica y lingüística. El análisis de los resultados Se ha observado que se pueden determinar tres patrones de comportamiento lingüístico y comunicativo:

- a. Sujetos con afectación de lenguaje y comunicación: pobreza de habla, tendencia al mutismo.
- b. Sujetos con lenguaje y comunicación relativamente preservados: presentan sobre todo dificultades en la pragmática (comprensión de enunciados no literales especialmente).
- c. Sujetos con afectación de lenguaje y comunicación: son los que tienen el lenguaje más afectado; su lenguaje se caracteriza por alteraciones pragmáticas (pobreza de contenido de lenguaje, perseveraciones, descarrilamiento, incoherencia, falta de comprensión de enunciados no literales, etc.), semánticas (parafasias semánticas, neologismos, dificultades con la ambigüedad léxica etc.) y morfosintácticas (anacoluto).

Limitaciones y fortalezas del trabajo

Es necesario indicar los puntos débiles y fortalezas del trabajo para que las futuras investigaciones mejoren estos aspectos.

Respecto a las limitaciones, en primer lugar hay que señalar que no ha sido posible tomar una muestra representativa de la población con esquizofrenia; aún así, se agradece a las personas que han participado en el estudio su colaboración. En segundo lugar, la autora del trabajo no había utilizado previamente la Escala TLC, por lo que la falta de entrenamiento puede haber influido en los resultados y no ha permitido obtener una puntuación que indicase la intensidad con la que una alteración se da. Además, no se pudieron obtener

Cuestionarios de todos los sujetos y las muestras de lenguaje obtenidas no permitieron analizar la pragmática interactiva de manera exhaustiva.

Respecto a las fortalezas, este trabajo aporta como novedad la integración de las perspectivas psiquiátrica y lingüística y pone de manifiesto la necesidad de intervención logopédica de las personas con esquizofrenia que presentan alteraciones comunicativas.

Comparación del los resultados con otros estudios.

Los resultados obtenidos con la Escala TLC se han comparado con los obtenidos en los estudios de Andreasen y Grove (1986), Mazumadar, Chatuverdi et al. (1991) y Peralta, Cuesta et al. (1992). Los resultados de estos estudios son heterogéneos, aunque todos coinciden, al igual que se ha comprobado en este trabajo, en que el “descarrilamiento” es la alteración más frecuente; otra alteración que aparece en el presente estudio y en los citados es “tangencialidad”. Respecto a las alteraciones menos frecuentes, todos los estudios, incluido el presente, señalan que son las “asociaciones fonémicas”, “aproximación de palabras” y “afectación del habla”.

En general, la frecuencia de los ítems de la escala varía en los estudios revisados y en el presente. La heterogeneidad de los resultados de los estudios puede explicarse por la diferencia del tamaño de la muestra o por la falta de homogeneidad de las muestras respecto al diagnóstico de los sujetos: se incluyen distintos tipos de esquizofrenia y puede que, según el tipo de esquizofrenia, predominen diferentes alteraciones.

En cuanto al análisis lingüístico, se han encontrado alteraciones en los niveles semántico y pragmático, coincidiendo con lo señalado por Salavera y Puyuelo (2010). El nivel morfosintáctico está ligeramente alterado en los sujetos cuyo lenguaje está más deteriorado.

En relación con el nivel semántico, los sujetos con más dificultades en el lenguaje producen neologismos y parafasias semánticas y tienen problemas con la ambigüedad léxica; sin embargo, no se han encontrado en este estudio alteraciones significativas en este nivel, como disimbolia o asimbolia o problemas en la recuperación léxica, alteraciones descritas en estudios como el de Salavera

y Puyuelo (2010). Habría que estudiar este nivel en profundidad para comprobar si realmente los resultados del nivel semántico se contradicen, en parte, con los resultados de otros estudios.

Respecto a la pragmática, los sujetos violan las reglas pragmáticas, sobre todo aquellos cuyo lenguaje está más afectado. Coincidiendo con los estudios de Salavera y Puyuelo (2010), Boucard y Laffy-Beaufils (2006), Clegg et al. (2007) Langdon et al (2002), Stephane et al. (2006) y Langdon et al. (2002) se ha comprobado que los sujetos tienen dificultades sobre todo en la comprensión del lenguaje no literal: metáforas, ironía, lenguaje implícito.

Líneas futuras de investigación

Este trabajo constituye un estudio preliminar que puede servir como base para futuros estudios. Se sugiere que en estudios posteriores se amplíe la muestra de sujetos para tener una visión más completa de las alteraciones del lenguaje y comunicación. Además, se recomienda que se continúen integrando las evaluaciones lingüística y psiquiátrica mediante la figura del logopeda y se propone que se diseñen pruebas de evaluación del lenguaje y comunicación para personas con esquizofrenia.

Por otro lado, este estudio puede servir para orientar a los logopedas en el diseño de intervenciones para personas con esquizofrenia; posteriormente se debe implementar la intervención y comprobar estudiar su eficacia. Ampliar a otros trastornos psiquiátricos.

6. CONCLUSIONES

El presente estudio ha permitido ha caracterización del lenguaje y comunicación de las personas con esquizofrenia, comprobándose que presentan alteraciones sobre todo a nivel pragmático.

Se ha evaluado el lenguaje y la comunicación de las personas con esquizofrenia desde una doble perspectiva, la psiquiátrica y la lingüística, obteniéndose una visión más completa de estos. Con esta evaluación, se ha puesto en evidencia la necesidad de integrar la información procedente de diferentes campos- psiquiatría, lingüística, logopedia- para conseguir una descripción y análisis

detallado de su lenguaje y comunicación. A partir de este, el logopeda podrá determinar si el sujeto tiene necesidades de intervención logopédica.

También se comprobado la falta de pruebas logopédicas específicas para personas con esquizofrenia; es necesario crear dichas pruebas pues, en los estudios realizados sobre evaluación del lenguaje en esquizofrenia, las pruebas empleadas son pruebas diseñadas para personas con otras patologías, sobre todo, con afasia.

Tras analizar la comunicación y lenguaje, se han determinado tres patrones lingüísticos en las personas con esquizofrenia:

- a) Lenguaje escaso, pobreza de habla, tendencia al mutismo.
- b) Lenguaje relativamente conservado aunque con algunas alteraciones a nivel pragmático.
- c) Lenguaje deteriorado, con alteraciones en los niveles semántico y pragmático y morfosintáctico.

Estos resultados demuestran que las personas con esquizofrenia tienen alteraciones, de diferente grado, en su lenguaje y comunicación. Por ello, queda clara la necesidad de intervención logopédica; sin embargo, los estudios sobre intervención logopédica en esquizofrenia son escasos. Aquellos que se han realizado muestran resultados positivos.

Con este trabajo, se ha demostrado la necesidad de atención logopédica de las personas con esquizofrenia; el logopeda deberá realizar una evaluación que determine si hay necesidad de intervención logopédica y, en su caso, diseñar y llevar a cabo un programa de intervención logopédica ajustado a las necesidades y características de la persona.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreasen, N. (1979). "Thought, Language and Communication Disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability." *Archives of general psychiatry*, 36, 1315-1321.
- Andreasen, N. (1979). "Thought, Language and Communication Disorders. II. Diagnostic Significance." *Archives of general psychiatry*, 36, 1325-1330.
- Andreasen, N. y Grove, W. (1986). "Thought, Language and Communication in Schizophrenia: Diagnosis and Prognosis." *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 348-359.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona. Masson.
- Belinchón, M. (1988) "Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística". *Estudios de psicología*, 33-34, 105-144.
- Boucard, C. y Lafy-Beaufils, B. (2008). "Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grâce au bilan orthophonique". *L'Encéphale*, 34, 226-232.
- Clegg, J.; Brumfitt, S.; Parks, R. y Woodruff, P. (2007). "Speech and language therapy intervention in schizophrenia: a case study". *International Journal of Language and Communication Disorders*, 42, 81-101.
- Dörr, O. (2010). "Esquizofrenia, lenguaje y evolución (o las esquizofrenias como logopatías)" *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1), 1-7.
- Gallardo, B. (2007). *Pragmática para logopedas*. Cádiz. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz
- Garayzábal, E. (2006). *Lingüística clínica y logopedia*. Madrid. Antonio Machado
- Langdon, R.; Coltheart, P.; Ward, P. y Catss, S. (2002). "Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading". *Psychological Medicine*, 32, 1273-1284.
- Mazumdar, P.; Chaturvedi, S.; Sinha, V., y Gopinath, P. (1991). "Scale for Assessment of Thought, Language and Communication in Psychotic In-Patients." *Psychopathology*, 24, 199-202.
- Muir, N. (1996). "The role of the speech and language therapist in psychiatry". *Psychiatric Bulletin*, 20, 524-526.
- Peralta, V.; Cuesta, M. y de León, J. (1992). "Formal Thought Disorder in Schizophrenia: A Factor Analytic Study". *Comprehensive Psychiatry*, 33(2), 105-110.
- Salavera, C. y Puyuelo, M. (2010). "Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia". *Revista de logopedia Foniatría y Audiología*, 30(2), 84-93.
- Stephane, M; Pellizzer, G; Fletcher, C y McClannahan, K. (2007). "Empirical evaluation of language disorder in schizophrenia". *Psychiatry Neuroscience*, 32(4), 250-258.
- Titone, D. (2010). "Language, communication & schizophrenia". *Journal of neurolinguistics*, 23, 173-175.

8. ANEXOS

8.1 Anexo 1. Protocolo de recogida de datos sociodemográficos

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

Prof. Natalia Jimeno Bulnes, Valladolid, 2014

Número de registro (orden consecutivo)

Fecha de reclutamiento

I Características socio-demográficas

1. **Primer y segundo apellidos**
2. **Nombre**
3. **Número de historia clínica o registro del centro**
4. **Fecha de nacimiento**
5. **Dirección postal**
6. **Teléfono**
7. **Sexo**
 0. Masculino
 1. Femenino
8. **Estado civil**
 0. Soltero
 1. Casado / convive
 2. Separado / divorciado
 3. Otros (célibe, anulación matrimonial...)
9. **Nivel socio-económico**
 0. Bajo
 1. Medio
 2. Alto
11. **Residencia**
 0. Urbana (más de 100.000 habitantes) y semiurbana (10.000 - 100.000 habitantes)
 1. Rural (menos de 10.000 habitantes)
 2. Otros (sin domicilio fijo...)
12. **Convivencia**
 0. Familia primaria
 1. Familia propia
 2. Solo
 3. Otros (señalar si piso protegido)
13. **Nivel educativo alcanzado**
 0. Sin estudios
 1. Estudios primarios (hasta 14 años)
 2. Estudios secundarios (hasta 18 años)
 3. Estudios superiores (hasta 21 años)
 4. Otros
14. **Número de años de escolarización alcanzados** (primarios: 8 años, secundarios: 12, universitarios: 15 a 20, considerar otros tipos de formación o formación adicional)
15. **Actividad laboral actual**
 0. Estudiante
 1. Ama de casa

2. Obrero o empleado
3. Funcionario
4. Variable
5. Otros

16. Situación laboral actual

0. Activo
1. Paro
2. Jubilado
3. Incapacidad laboral (transitoria o permanente)
4. No procede
5. Otros

8.2 Anexo 2. Encuesta PRESEEA

ENCUESTA

1. SALUDOS

Presentación

¿Cómo quiere que le trate de tú o de usted? La verdad es que es un problema esto del tratamiento, nunca sabes cómo tratar a las personas ¿verdad? Por ejemplo, ¿tú cómo tratas a tus amigos de tú o de usted? ¿Y si son personas mayores? ¿Si se trata de alguien joven que no conoces? ¿Y si es una persona mayor, hombre o mujer, al que por ejemplo le preguntas por una calle? ¿Y a tu médico? ¿A los vecinos con los que no tienes mucho contacto? ¿Y cómo te/le gusta que te/le traten a ti/usted? Si una persona más joven te/le trata de tú qué te/le parece? (Preguntar por si tratan de evitar el trato asimétrico o en qué situaciones les parece mejor). Es un problema, yo a veces no sé qué hacer. Bueno, a mí trátame de tú ¿le/te parece?

¿Cómo estás/ está? ¿Estás animado/a?

En estos días todos estamos un poco raros, yo creo que es por el tiempo ¿verdad?

2. EL TIEMPO

¿Qué calor/frío ha hecho hoy!

A mí no me gusta el verano/invierno ¿Tú cuál prefieres?

Este año ha hecho más calor/ha llovido más que el año pasado, ¿verdad?

Yo pienso que está cambiando el tiempo, al menos por esta zona, ¿tú qué opinas?

¿por qué será?

¿Recuerdas el tiempo que hizo el año pasado por estas fechas, lluvia, frío, viento, tormentas...? ¿Y en invierno/verano?

Dicen que está cambiando el clima en la tierra ¿qué crees que va a pasar si deja de llover y continúa la sequía en los próximos años?

3. LUGAR DONDE VIVE

¿Dónde vives? ¿Cómo es tu casa? Descríbemela un poco. ¿Qué es lo que más te gusta de ella? ¿Por qué? ¿Ha estado siempre así o has hecho reformas? ¿Cómo era antes?

¿Llevas mucho tiempo viviendo allí? ¿Dónde vivías antes? (Descripción del lugar)

¿Te gusta vivir aquí? ¿Dónde te gustaría vivir? ¿Por qué? ¿Cómo crees que sería vivir en Madrid?

¿Conoces a mucha gente por aquí? ¿Qué tal te llevas con ella? ¿Cómo te gustaría que fueran tus vecinos? ¿Qué relación te gustaría tener con ellos? ¿Qué haces tú para mantener o mejorar esa relación?

Supongo que este barrio habrá cambiado desde que viniste a vivir aquí. El mío también ha cambiado, la gente, el barrio en sí, recuerdo cuando era pequeña... ¿Cómo ha cambiado el tuyo? ¿Qué tiene ahora que no tenía antes? ¿Te gusta más ahora o antes? ¿Qué recuerdas tú de cuando eras pequeña?

Si cada barrio ha cambiado, la ciudad ha cambiado mucho más ¿Recuerdas cómo era? ¿Qué diferencias ves ahora? ¿Crees que son buenos los cambios acontecidos?

¿Por qué? ¿Cómo te hubiera gustado que fuera? ¿Cómo crees que será dentro de unos años?

Ahora al menos hay más sitios para salir y divertirse un poco ¿no? ¿Qué haces tú cuando sales? ¿Qué te parece tu ciudad con respecto a las diversiones? ¿Qué te gustaría que tuviera? ¿Qué harías si pudieses organizar cosas en Alcalá para que la gente se divirtiera?

¿Y la gente de otras edades, tus padres, tus hijos..., qué suele hacer cuando sale? Sin embargo, la gente cada vez sale menos por la noche debido al miedo a que les ocurra algo desagradable (atracos, violaciones, peleas...) ¿Cómo ves la delincuencia en la ciudad? ¿Y en tu barrio? ¿Qué crees que se puede o debe hacer para acabar con ella?

¿Has oído algo sobre algún acto de delincuencia de tu barrio o ciudad? ¿Qué se dice de lo que pasó?

¿Has oído algo sobre algún acto de delincuencia de tu barrio o ciudad? ¿Qué se dice de lo que pasó?

4. FAMILIA Y AMISTAD

¿Estás casada/o? ¿cómo conociste a tu marido/mujer? ¿tienes hijos/piensas tener hijos? cuéntame cómo fue. ¿Qué crees que hubieras hecho si corriera peligro tu vida o la del niño? (En caso de ser hombre preguntar que habría aconsejado a su mujer, hermana...)

¿Qué piensas de problemas actuales como la anorexia de los jóvenes o la eutanasia? ¿Cómo es tu marido/tu hijo/tu padre...? (Descripción física) ¿Cómo te hubiera gustado que fueran?

¿Quién es tu mejor amigo? ¿Qué es para tí un amigo? ¿Cómo debe ser una persona o qué debe hacer para que la consideres un buen amigo? ¿Son iguales los amigos que se tienen de niños que los que se tienen de adultos? ¿Cómo eran los que tú tenías de niño?

¿A qué te dedicas? ¿En qué te gustaría trabajar/qué vas a estudiar?

(En caso de tener ya una profesión definida) ¿Es eso lo que siempre has querido hacer realmente? ¿Por qué no lo hiciste? ¿Cómo te imaginas tu vida si hubieras sido.../si hubieras hecho...?

¿Qué sueles hacer en un día normal? (Descripción de un día normal de su vida desde que se levanta hasta que se acuesta) ¿Estás contenta con tu forma de vida? ¿Por qué?

¿Qué estará haciendo tu familia/tu marido/tu hijo/tu padre ahora?

5. COSTUMBRES

Ahora se aproximan las vacaciones, ¿Qué sueles hacer en navidades/verano? ¿Qué harás las próximas navidades/verano? Las otras grandes vacaciones que todos esperamos son las navidades ¿verdad? Las navidades se caracterizan por la comida y por la reunión de la familia. ¿Cuál es la comida típica de navidad? ¿Cómo se hace? ¿Eres buen/a cocinero/a? ¿Qué crees que es necesario para ser un buen cocinero? ¿Cuál es la comida típica de Alcalá? ¿Cómo se hace? ¿Por qué empleas tal ingrediente? ¿Cuándo se añade?

Antes la Navidad era una fiesta religiosa ¿crees que sigue siéndolo o que ya se ha perdido y ahora es sólo una fiesta popular?

¿Qué planes tienes para las próximas navidades/verano?

Si pudieras elegir ¿qué te gustaría hacer/qué harías estas navidades/el próximo verano?

6. PELIGRO DE MUERTE

Siempre da un poco de miedo salir de viaje, por los accidentes que ocurren y las malas noticias que se oyen a diario ¿verdad? ¿Has estado tú alguna vez en peligro de muerte? ¿Qué ocurrió? (Descripción física de personajes y lugares de la narración) ¿Qué hubiera pasado si...? ¿Y si...? ¿Qué harías si volvieras a estar en una situación parecida?

(Preguntar por lo que dijo alguna de las personas que intervinieron en el suceso).

7. ANÉCDOTAS IMPORTANTES EN LA VIDA

Cuéntame más cosas importantes o curiosas que te hayan ocurrido, algún robo, algún premio, algún viaje especial... ¿Qué crees que se debe hacer en una situación como esa? ¿Qué harías si te volviera ocurrir o si tuvieras la oportunidad de volver al pasado?

8. DESEO DE MEJORA ECONÓMICA

¿Juegas a la lotería o a cualquier otro juego de azar? ¿Por qué?

Supongo que te gustaría que te tocara algún premio gordo ¿verdad? ¿Qué harías si te tocaran 200 millones de pesetas? ¿Qué piensas/haces cuando oyes que a alguien le ha tocado una gran cantidad de dinero?

9. FINAL

En fin... yo creo que todos nos podemos considerar con suerte ¿verdad? Ahora, a seguir disfrutando los momentos buenos de la vida.

Tengo que comprar el periódico camino de la estación ¿sabes dónde hay un puesto o librería? ¿me explicas cómo se va?

Bueno, me ha encantado poder charlar contigo un rato, muchas gracias por todo.

Espero que volvamos a repetirlo ¿eh?

Adiós.

Módulos temáticos

La conversación con cada informante tendrá una duración mínima de 45 minutos y, durante su desarrollo, los investigadores, que pertenecerán, siempre que sea posible, a la misma comunidad de habla que los informantes, procurarán interrumpir a los hablantes lo menos posible. Después de la conversación grabada, el investigador procederá a comprobar que la calidad de la grabación es adecuada y a cumplimentar un cuestionario para recoger los datos personales del informante; estos datos tendrán que ver con las variables sobre las que se hará la post-est

8.3 Anexo 3. “Cuestionario de obtención de datos para el análisis semántico y pragmático”

Pragmática

1. Pragmática enunciativa

a. Actos de habla

a) Locutivos:

- Comprobar si los enunciados que emiten tienen sentido
- Los niveles fónico y fático se analizan por observación
- El nivel rético se valora con: comprensión y emisión de refranes, chistes, metáforas. (están en el apartado de inferencias).

b) Illocutivos *plantear al sujeto las siguientes situaciones:*

- “alguien te dice “cuánto humo hay en esta habitación” cuando tú estás fumando, ¿cómo lo interpretarías? ¿sabrías lo que te quiere decir?”
- “Estás dando un paseo con un amigo y tu amigo dice “qué cansado estoy”, ¿cómo lo interpretarías? ¿sabrías lo que te quiere decir?”
- “Estás hablando con un amigo y te dice “qué bajo hablas”, ¿cómo lo interpretarías? ¿sabrías lo que te quiere decir?”

c) Perlocutivos: *decir al sujeto:*

- “¿cuál es tu comida preferida? Intenta convencerme para que sea también mi comida preferida. “
- Imagina que necesitas un coche para hacer un viaje y se lo tienes que pedir a tu hermano, ¿qué le dirías para convencerle de que te lo preste?
- Imagina que quieres ir de compras y quieres que te acompañe, ¿qué me dirías para convencerme?
- Imagina que estoy triste, ¿cómo me alegrarías?

Después, se al sujeto si cree que ha conseguido convencer al interlocutor con lo que ha dicho.

b. Principio de cooperación. Máximas del principio de cooperación

Mediante una serie de preguntas se pueden observar las diferentes máximas:

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿En qué ciudad vive?
- ¿Qué hizo ayer por la tarde?
- ¿Cuál es su actividad preferida? Cuando conteste a eso, preguntarle: ¿Por qué?

- ¿Cuál es su película preferida? Cuando conteste a eso, preguntarle: ¿De qué trata? (con esta también se puede evaluar la pragmática textual (coherencia, cohesión del discurso))

Violación de máximas: cómo lo entiende

- Le preguntas a un amigo qué programa va a ver en la televisión y te contesta: ayer llovió mucho. “¿Qué piensas?” (máxima de relevancia)
- Preguntas a un señor por la calle dónde está la plaza mayor y te contesta: está al final de la calle. Hace unos años hubo un incendio pero ahora todo está remodelado, es muy bonita; allí puede visitar el ayuntamiento; además hay muchos bares. “¿Qué piensas?” (máxima de cantidad)
- Preguntas a tu médico cuándo te dará el alta médica y él te dice “no lo sé”. Tú sabes que el médico sí lo sabe porque ya ha firmado el alta. “¿Qué piensas? (máxima de calidad)

c. Implicaturas

1. Convencionales:

I. Preguntar al sujeto: Qué quieren decir los siguientes enunciados:

- Logró terminar la carrera.
- Por fin se acabó la semana.
- El dinero es el dinero (tautología)
- Una madre es una madre (tautología)

2. Implicaturas conversacionales:

I. Preguntar al sujeto: Qué quieren decir los siguientes enunciados:

- Un señor pregunta a otro: - ¿Qué hora es?
El otro señor contesta: - Acaban de abrir la farmacia
- Entra una persona en una sala con las ventanas abiertas y dice: ¡qué frío hace!
- Dos personas están viendo la televisión y dice una: qué alta está la televisión.
- Dos personas están comiendo y una le dice a la otra: ¿no te vas a comer eso?
- Una persona va por la calle y pregunta a un desconocido: ¿tiene hora?
- Una madre le dice a su hijo: ¡Tienes la habitación desordenada!
- Una persona está leyendo en una sala con poca luz y le dice a otra: casi no veo.

d. Inferencias

I. Refranes. Decir al sujeto: a veces la gente dice estas frases:

- “en abril aguas mil”
- “más vale pájaro en mano que ciento volando”
- “cuatro ojos ven más que dos”
- “Más vale malo conocido que bueno por conocer”
- “quien mucho abarca poco aprieta”

¿Qué quieren decir? Después, preguntar al sujeto si se sabe algún refrán y, si lo sabe, que lo explique.

II. Frases hechas:

- Un profesor dice al padre de un chico: “Este chico **da la lata** en clase.”
- Una amiga le dice a otra: “Ana **habla por los codos**”.
- Un amigo le dice a otro: “Ayer quedé con Juan y **me dejó en la estacada**”.
- Una amiga le dice a otra: “ayer discutí con Ana y me insultó, **se pasó tres pueblos**”

¿Qué quiere decir?

III. Chistes. Pedir al sujeto que explique los siguientes chistes:

- Un amigo le dice a otro:
-¡Me compré un reloj nuevo!
-¿Qué marca?
-La hora...
- -Mamá, ¿puedo usar el coche?
-No, no puedes sin mi supervisión.
-¡Uy! ¡Perdón por no tener súperpoderes como tú!
- -Pues al niño le hemos puesto gafas.
- ¡Qué nombre más feo!
- —¡Camarero! ¿Podría repetir el postre?
—Por supuesto señor...!El postre, el postre, el postre...!

Pedir al sujeto que cuente él algún chiste y luego lo explique

IV. Metáforas. Pedir al sujeto que explique las siguientes metáforas

- Tiene los cabellos de oro
- El esfuerzo dio sus frutos
- Se le va la olla
- Se quedó helado cuando le dieron la noticia.
- Está perdiendo el tiempo.
- Está en la flor de la vida
- Bailar me levantó el ánimo

e. Tareas de edición, rectificaciones

I. Hacer preguntas con palabras inventadas, de modo que el sujeto tenga que preguntar a su interlocutor qué le ha dicho. Por ejemplo:

- a ver, dame un **huanchofolku**
- dime dónde está el **jasletada**
- dime de qué color es el **sadirla**

II. Pedir al sujeto que explique algo (por ejemplo, qué hay que hacer para comprar) y, después de que lo explique o mientras lo explica decirle “¿cómo? ¿qué?” (como que no le hemos entendido) para que el sujeto adapte su lenguaje y se exprese mejor, o sea, para que rectifique.

f. Circunloquios y rodeos, encontrar palabras:

I. Enseñar una lámina y que la describa, para comprobar si encuentra las palabras para describirla; si no las encuentra, observar si describe el objeto o acción y, sino, pedirle que describa el objeto o acción del que no recuerda el nombre. Lámina:



g. Indicar sí y no con seguridad:

I. hacer preguntas sencillas cuyas respuestas sean sí/no, por ejemplo:

- ¿hoy es martes?
- ¿estamos en Valladolid?
- ¿estás casado?
- ¿tú nombre es...?
- ¿el sol sale de día?
- ¿después del 4 va el 5? ...

2. Pragmática textual

Pedir al que cuente un cuento, una historia personal o anécdota, el argumento de una película,... Hay que observar si hay coherencia, cohesión, cadenas correferenciales, tópicos, deixis,...

3. Pragmática interactiva

Se analiza con las respuestas de los apartados anteriores. Hay que observar la toma de turnos y gestión temática.

Léxico semántica

I. Ironía:

- Juan no me ha felicitado por mi cumpleaños. Qué buen amigo es.
- Lucía nunca dice nada, es muy habladora.
- Nunca responde bien las preguntas. ¡qué listo es!

II. Asimbolia y disimbolia: enseñarle imágenes o láminas y que nombre los objetos; darle descripciones y que diga de qué objeto se trata o pedirle que defina él. Por ejemplo:

- Un objeto que sirve para escribir y tiene tinta es un...bolígrafo
- Una fruta verde por fuera, roja por dentro y esférica (o con forma de pelota) es una.. sandía.
- Define: mesa, pantalón, coche... (por ejemplo)

III. Antónimos, sinónimos: darle una palabra y pedirle que diga una que signifique lo contrario (antónimos) o algo parecido (sinónimo).

Antónimos: blanco (negro), alto (bajo), gordo (delgado), abrir (cerrar),...

Sinónimos: asno (burro), listo (sabio, inteligente), cabello (pelo),....

III. Explicar el significado de la palabra que le digamos en dos frases diferentes:

- Pegar: los niños se pegaron y se hicieron daño/ se le pegaron las sábanas
- Poner: se puso las botas (cuántos significados tiene esta frase)
- Abrir: abrió la puerta/abrió una conferencia

8.4 Anexo 4. Protocolo pragmático

CAPPA: *Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*, de Anne Whitworth, Lisa Perkins y Ruth Lesser, 1997

| Área tratada | Pregunta | F | O | N |
|---|---|---|---|---|
| Sección 1: Capacidades lingüísticas | | | | |
| Fallos en encontrar las palabras | 1. ¿Le cuesta encontrar la palabra adecuada cuando habla, y tiene que darse por vencido? | | | |
| Producción de circunloquios y rodeos | 2. Si no encuentra la palabra adecuada, ¿usa descripciones y recurre a maneras más largas de decir lo que quiere decir? | | | |
| Producción de parafasias semánticas incorrectas | 3. ¿Usa las palabras equivocadas sin corregirse él mismo después? | | | |
| Producción de parafasias fonémicas | 4. ¿Confunde los sonidos en las palabras, aunque Ud. entiende lo que quiere decir? | | | |
| Producción de errores apráxicos | 5. ¿A veces tiene que esforzarse para pronunciar los sonidos de una palabra? | | | |
| Abuso de pronombres y proformas | 6. ¿Usa palabras como “él, ella”, “aquí, ahí”, “eso”, “así”,... sin que Ud. sepa a qué se refiere? | | | |
| Dificultad para indicar con seguridad SÍ y NO | 7. ¿A veces dice “sí” en vez de “no” o al revés? | | | |
| Producción de lenguaje agramatical | 8. ¿A veces pierde palabras en las frases y suena como si fuera un telegrama? | | | |
| Producción de neologismos | 9. ¿A veces habla diciendo palabras que no tienen ningún significado para Ud.? | | | |
| Producción de jergas | 10. ¿A veces pronuncia frases largas que no tienen sentido completo, aunque las palabras aisladas sí están claras? | | | |
| Fallos de comprensión | 11. ¿A veces tiene dificultades para entender lo que Ud. le dice? | | | |
| Sección 2: rectificaciones | | | | |
| Capacidad para iniciar rectificaciones al turno del interlocutor | 12. ¿Es capaz de indicarle cuándo no entiende lo que Ud. le dice? | | | |
| Capacidad para comenzar la autorrectificación | 13. ¿Capta los errores de sus frases y trata de corregirlos por sí mismo? | | | |
| Capacidad para corregir los errores sin ayuda después de iniciar | 14. ¿Cuándo se da cuenta de que se ha equivocado y trata de corregir lo que ha dicho, ¿lo consigue sin ayuda? | | | |
| Capacidad para rectificar cuando el interlocutor inicia la corrección | 15. Cuando Ud. no le entiende, ¿es capaz de especificar más su lenguaje y expresarse mejor? | | | |

| Área tratada | Pregunta | F | O | N |
|--|--|---|---|---|
| Sección 3: Inicio y toma de turno | | | | |
| Capacidad para iniciar la conversación | 16. ¿Inicia conversaciones con Ud.? | | | |
| Fallo para responder cuando se le selecciona como hablante | 17. ¿Falla en responder cuando le toca hablar? | | | |
| Retraso para responder cuando se le selecciona como hablante | 18. ¿Deja pasar largas pausas antes de responderle a Ud.? | | | |
| Producción de silencios largos durante el turno | 19. ¿Se para a mitad de su turno de habla y deja silencios largos antes de seguir? | | | |
| Violación de los turnos del interlocutor | 20. Cuando están conversando, ¿le interrumpe a Ud.? | | | |
| Fallo en la proporción conversacional | 21. ¿Sus contribuciones a la conversación resultan excesivamente largas? | | | |
| Dependencia de toques mínimos | 22. ¿Limita sus intervenciones a mínimos reconocimientos? | | | |
| Sección 4: Dominio temático | | | | |
| Capacidad de empezar temas nuevos | 23. ¿Introduce temas nuevos durante la conversación? | | | |
| Fallo en orientar al interlocutor hacia los temas nuevos | 24. Cuando introduce un nuevo tema, ¿entiende Ud. dónde encaja con el tema previo? | | | |
| Capacidad de mantener los temas | 25. ¿Puede mantener un mismo tema de conversación con Ud. durante un rato? | | | |
| Insistencia en temas favoritos recurrentes | 26. ¿Tiene temas favoritos que repite con insistencia? | | | |

F: Frecuentemente

O: Ocasionalmente

N: Nunca