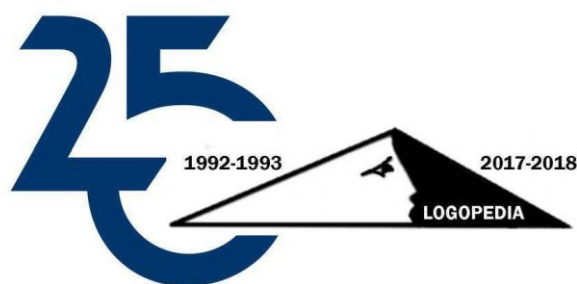


TRABAJO DE FIN DE GRADO



Universidad de Valladolid

**EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA DEL LENGUAJE EN
PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
MEDIANTE LAS ESCALAS DE PENSAMIENTO, LENGUAJE
Y COMUNICACIÓN (TLC) Y DE DISFUNCIÓN DE
PENSAMIENTO Y LENGUAJE (TALD)**



**AUTOR: JAVIER CANO PÉREZ
TUTORA: PROF. NATALIA JIMENO BULNES
GRADO EN LOGOPEDIA
CURSO 2017-2018**

AGRADECIMIENTOS

Antes de comenzar, me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas y entidades que han prestado su ayuda de forma desinteresada para la realización del presente trabajo, pues sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a mi tutora de prácticas, Marta Domínguez, y a todos los usuarios y profesionales de la asociación FEAFES “El Puente” Salud Mental Valladolid, pues han contribuido considerablemente a mi formación como futuro logopeda, así como a mi desarrollo como persona.

En segundo lugar, a la Profesora Natalia Jimeno Bulnes, que me ofreció la posibilidad de comenzar este magnífico proyecto y, con su experiencia y sus conocimientos, me ha ayudado a conocer mejor este maravilloso campo. Es, sin duda, un modelo a seguir en mi presente y futuro profesional.

Por último, a mi tío, Guillermo Ángel Perez Sánchez, todo un ejemplo de esfuerzo y dedicación. Gracias por tu apoyo durante estos cuatro años.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los trastornos mentales graves están caracterizados frecuentemente por alteraciones lingüísticas y comunicativas. El trastorno formal del pensamiento es una de sus manifestaciones principales, pudiéndose observar síntomas tanto subjetivos como objetivos.

OBJETIVOS: 1. Establecer la presencia y características de síntomas psicopatológicos del lenguaje y comunicación en pacientes con trastorno mental grave. 2. Determinar el papel del logopeda en personas con TMG que presentan alteraciones de lenguaje y comunicación.

METODOLOGÍA: Se ha diseñado un estudio observacional donde se han recogido muestras de habla con la entrevista PRESEEA de un grupo de sujetos con trastorno mental grave procedentes de la asociación FEAFES "El Puente" Salud Mental Valladolid. Se han evaluado las muestras mediante las escalas TLC Y TALD para determinar la frecuencia e intensidad de los síntomas. Se ha realizado un análisis descriptivo y correlacional de los datos sociodemográficos, clínicos y lingüísticos obtenidos.

RESULTADOS: La muestra estudiada estaba formada por 25 sujetos con TMG (60% hombres, edad media 48,2). En la TLC, la puntuación total fue 3,5 [1-9,25] y los síntomas con mayor prevalencia, circunstancialidad (55%), perseveración (55%) y presión del habla (50%). En la TALD, la puntuación total fue 19 [10,75-29,25] y por factores: objetivo-positivo 6 [2-10], objetivo negativo 0 [0-1], subjetivo-positivo 2,5 [2-5,75] y subjetivo negativo 7 [6-13,75]. Los síntomas más frecuentes de la TALD fueron circunstancialidad (50%), perseveración (50%), logorrea (25%) y los síntomas subjetivos (25%-60%). Se observó una correlación positiva entre las puntuaciones totales de la TLC y los factores objetivo-positivo y objetivo-negativo de la TALD y una correlación negativa entre la edad y el factor subjetivo-positivo (Coeficiente de correlación de Spearman: 0,965; 0,439; -0,536 respectivamente).

CONCLUSIONES: Los resultados sugieren que: 1. Las escalas TLC y TALD permiten la evaluación psicopatológica del lenguaje y comunicación en personas con TMG. 2. La figura profesional del logopeda es esencial para la evaluación e intervención de las alteraciones del lenguaje y comunicación que pueden presentar las personas con TMG.

Palabras clave: esquizofrenia, evaluación, lenguaje, logopedia, trastorno formal del pensamiento (TFP), trastorno mental grave (TMG).

*“Psychopathological assessment of language in patients with severe mental disorder
by means of the scales of Thought, Language and Communication (TLC)
and Thought and Language Dysfunction (TALD)”*

ABSTRACT

INTRODUCTION: Severe mental illnesses are frequently characterized by linguistic and communicative alterations. Formal thought disorder is one of the main appearances, being possible to observe various symptoms, ones objective and others subjective.

OBJECTIVES: 1. Establish the presence and characteristics of psychopathologic symptoms of language and communication in patients with severe mental illness. 2. Determine the role of the speech and language therapist in those people with severe mental illness who present alterations in language and communication.

METHODOLOGY: An observational study has been designed in order to gather up speech samples with the PRESEEA interview of a group of subjects with severe mental disorder coming from the association FEAFES “El Puente” Salud Mental Valladolid. The samples have been examined using the TLC and TALD scales with the aim of determining the frequency and intensity of the symptoms. A descriptive and correlational analysis of the sociodemographic, clinic and linguistic data obtained has been carried out.

RESULTS: The sample studied was formed by 25 subjects with severe mental illness (60% men, average age 48.2). In the TLC the total punctuation was 3.5 [1-9,25] and the most prevalent symptoms, circumstantiality (55%) perseveration (55%) and pressured speech (50%). In the TALD the total punctuation was 19 [10,75-29,25] as a consequence of the following factors: objective-positive 6 [2-10], objective negative a [0-1], subjective positive 2,5 [2-5,75] y subjective negative 7 [6-13,75]. The most frequent symptoms in the TALD were circumstantiality (50%), perseveration (50%), logorrhoea (25%) and subjective symptoms (25%-60%). A positive correlation was observed between the total punctuations of the TLC and the objective positive factors and objective negative of the TALD; and a negative correlation between age and the positive subjective factor (the correlation coefficient of Spearman: 0,965; 0,439; -0,536 respectively).

CONCLUSIONS: The results suggest that: 1. The TLC and TALD scales allow the psychopathological assessment of language and communication in people with severe mental illness. 2. The professional figure of the speech and language therapist is essential for the assessment and intervention of the alterations in language and communication that can appear in people suffering from severe mental illness.

Key words: assessment, formal thought Disorder (FTD), language, schizophrenia, severe mental illness, speech and language therapy.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE GENERAL	IV
ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE FIGURAS	V
1. Justificación	1
2. Fundamentación teórica	2
2.1. Esquizofrenia.....	2
2.2. Pensamiento y lenguaje en la esquizofrenia	3
2.3. Pensamiento y lenguaje en el Trastorno Mental Grave (TMG)	5
3. Objetivos	7
4. Material y métodos	8
4.1. Sujetos	8
4.2. Datos sociodemográficos y clínicos	8
4.3. Evaluación del lenguaje	9
4.3.1. Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC).....	9
4.3.2. Escala de Disfunción del Pensamiento y Lenguaje (TALD)	10
4.4. Procedimiento.....	12
4.5. Análisis estadístico	13
5. Resultados	14
5.1. Resultados sociodemográficos y clínicos.....	14
5.2. Resultados de la evaluación del lenguaje	17
5.2.1. Escala TLC.....	17
5.2.2. Escala TALD.....	23
6. Discusión	29
6.1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.....	29
6.2. Evaluación del lenguaje	30
6.3. Limitaciones y fortalezas del estudio	33
6.4. Futuras líneas de investigación	34
7. Conclusiones	35
8. Bibliografía	36
ANEXO 1: Modelo de consentimiento informado	39
ANEXO 2: Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y clínicos	41
ANEXO 3: Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación	44
ANEXO 4: Escala de Disfunción del Pensamiento y Lenguaje	45
ANEXO 5: Encuesta PRESEEA	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Equivalencias entre la escala TALD y la escala TLC.	11
Tabla 2. Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra.....	15
Tabla 3. Evaluación psicopatológica del lenguaje por puntuaciones totales en las escalas TLC y TALD.	22
Tabla 4. Evaluación psicopatológica del lenguaje por ítems en la escala TLC.	22
Tabla 5. Evaluación psicopatológica del lenguaje por ítems en la escala TALD.	27
Tabla 6. Coeficientes de correlación de Spearman obtenidos entre variables sociodemográficas y del lenguaje.	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de la muestra por subgrupos diagnósticos.	16
Figura 2. Edad de inicio de la enfermedad por subgrupos diagnosticos.....	16
Figura 3. Frecuencias relativas de los ítems obtenidas en la escala TLC.	28
Figura 4. Frecuencias relativas de los ítems obtenidas en la Escala TALD.....	28

1. Justificación

La Logopedia es la disciplina sanitaria que engloba el estudio, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación humana, manifestados a través de patologías y alteraciones en la voz, el habla, el lenguaje (oral, escrito y gestual), la audición y las funciones orofaciales, tanto en población infantil como adulta.

Los Trastornos Mentales Graves (TMG), entre los que se encuentra la esquizofrenia, están caracterizados, desde sus primeras conceptualizaciones (Bleuler, Kraepelin), entre otras, por alteraciones lingüísticas que generan una serie de déficit comunicativos en las personas que los padecen. Esto puede conducir, en casos extremos, al aislamiento social del sujeto.

Algunas de las alteraciones lingüísticas más significativas que se asocian a las enfermedades mentales graves son el lenguaje disgregado y el descarrilamiento o asociaciones laxas. Estas y otras manifestaciones se engloban bajo el término de Trastorno Formal del Pensamiento (TFP), constituyéndose como uno de los síntomas principales de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y mentales. Por eso, es necesario analizar e intervenir las necesidades lingüísticas y comunicativas de las personas que padecen estos trastornos.

Precisamente, una de las competencias específicas del logopeda, establecida en el libro blanco del título de Grado en Logopedia, es explorar, evaluar y diagnosticar en su caso los trastornos de la comunicación y el lenguaje ligados a enfermedades mentales, siempre desde una perspectiva multidisciplinar. Estos aspectos, de gran interés para mí, son abordados a lo largo del Grado en Logopedia en asignaturas como psiquiatría, análisis del discurso o lingüística clínica.

Por otra parte, durante el presente curso he realizado las practicas curriculares en la asociación FEAFES “El Puente” Salud Mental Valladolid y he recibido una beca de investigación del ministerio para estudiar el lenguaje en pacientes con enfermedades mentales. Por todo ello, he decidido realizar el presente trabajo sobre el lenguaje en el TMG con el objetivo de evaluar en profundidad los síntomas objetivos y subjetivos asociados a estas enfermedades y determinar la necesidad de intervención logopédica en este ámbito.

2. Fundamentación teórica

2.1. Esquizofrenia

Actualmente, salud y enfermedad mental son dos conceptos de primer orden en la sociedad. La Organización Mundial de la Salud [OMS] define salud mental en 2013 como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*. Por otro lado, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) considera enfermedad o trastorno mental como *“un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.”*

Dentro de las enfermedades mentales, la esquizofrenia se constituye como uno de los Trastornos Mentales Graves (TMG) más importantes dado su elevado índice de prevalencia y las repercusiones que genera en las personas que la padecen y en sus familias.

Aunque inicialmente fue denominada “Demencia Precoz”, Bleuler introdujo en 1911 el término de “Esquizofrenia”, con el que actualmente se hace referencia a un trastorno mental grave y, a menudo, crónico caracterizado por alteraciones en el pensamiento, las emociones, la cognición, y la percepción, entre otros (Fonseca, Lemos & Vallina, 2018). Las dificultades en su tratamiento y rehabilitación, sumado a su etiología de carácter multidimensional, su alta morbi-mortalidad y su curso deteriorante la convierten en un problema significativo para la salud pública (Crow, 1980; Castilla del Pino, 1991; Andreasen, 1995; Mckenna & Oh, 2005; citados en Figueroa, 2015).

La esquizofrenia es un trastorno que debuta entre los 15 y los 45 años en el 80% de los casos, teniendo un riesgo mayor en hombres que en mujeres. Si bien puede iniciarse de forma aguda o subaguda, habitualmente se observa un comienzo más insidioso, con una fase prodrómica inespecífica (Freudenreich, Brown & Holt, 2016). En general, se estima que afecta a un total de 26 millones de personas en el mundo, con una tasa de incidencia anual en la población general de entre 8 a 16 casos por 100.000 habitantes (McGrath et al., 2008; citados en Fonseca et al., 2018).

Respecto a las principales manifestaciones clínicas de la esquizofrenia, se distinguen dos tipos de sintomatología característica, los llamados síntomas psicóticos positivos, que son manifestaciones que aparecen *“de novo”* con la enfermedad, y los síntomas psicóticos

negativos, entendidos como capacidades perdidas a consecuencia del trastorno. Dentro de los primeros, se distinguen las alucinaciones, los delirios y los trastornos del pensamiento, bien sea por su contenido, o por su forma (Fonseca et al., 2018). Estos últimos, denominados Trastornos Formales del Pensamiento, están directamente relacionados con conductas lingüísticas desorganizadas que van a provocar alteraciones discursivas como el lenguaje disgregado o incoherencia (Roche, Creed, Macmahon, Brennan, & Clarke, 2015). Respecto a los síntomas negativos, son característicos de esta enfermedad la alogia, la abulia, la anhedonia, el embotamiento afectivo y el aislamiento social.

En definitiva, se trata de una patología que comienza en etapas vitales tempranas causando un deterioro personal, laboral y social, que puede generar el rechazo y estigma social del entorno del sujeto.

2.2. *Pensamiento y lenguaje en la esquizofrenia*

El Trastorno Formal del Pensamiento (TFP) (“pérdida de asociaciones” según Bleuler) se constituye como una de las manifestaciones centrales de la esquizofrenia, habiéndose estudiado y evaluado desde perspectivas diversas como la psiquiatría, la psicología, la lingüística y la logopedia.

Las primeras aproximaciones teóricas de la enfermedad ya contemplaban el “trastorno formal del pensamiento” como una de sus alteraciones centrales y concebían las alteraciones discursivas como uno de sus fenómenos más claros (Bleuler, 1911; Kraepelin, 1919; citados en Roche et al., 2015). Por este motivo, “la conceptualización teórica de la esquizofrenia ha estado fuertemente vinculada a la observación, en 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, 1979).

En la actualidad, importantes fuentes nosológicas como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) (APA, 2014) y la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1992) incluyen las alteraciones lingüísticas como uno de los principales criterios diagnósticos de la esquizofrenia. Si a esto le sumamos las fuertes evidencias señaladas por los estudios de Andreasen (1979a; 1979b) y McKenna & Oh (2005), parece más que evidente que existe una distorsión lingüística y comunicativa en, al menos, parte de las personas que presentan esta enfermedad (Salavera & Puyuelo, 2010).

Estos trastornos formales del pensamiento se dividieron originalmente en positivos (pobreza del habla y pobreza del contenido del lenguaje) y negativos (presión de habla,

tangencialidad, descarrilamiento, incoherencia y falta de lógica) (Andreasen, 1979a), si bien Kircher, Bröhl, Meier & Engelen (2018) afirman que es un constructo multidimensional, que puede ser dividido en síntomas positivos frente negativos y objetivos frente subjetivos. Así pues, estos trastornos pueden afectar a todos los niveles lingüísticos: fonético/fonológico, morfológico, sintáctico, semántico a nivel de palabra, semántico a nivel narrativo, y pragmático (Bellani, Cerruti, & Brambilla, 2009), si bien lo más común es la afectación de los dos niveles superiores, semántico y pragmático (Salavera & Puyuelo, 2010). A nivel semántico, uno de los trastornos más comunes es el lenguaje disgregado, o lenguaje carente de una idea central y que de forma global resulta incomprensible para el interlocutor, si bien puede estar constituido por frases correctas tanto sintáctica como semánticamente.

En una reciente revisión realizada por Roche et al. (2015) se recoge que “el TFP es un síntoma común de la psicosis y puede considerarse como un marcador de la gravedad de la enfermedad”. Aunque existe gran heterogeneidad en torno a este concepto, estudios reflejan que el TFP está compuesto por un conjunto de perturbaciones cognitivas, lingüísticas y afectivas, lo que le convierte en un signo objetivo que se debe estudiar a la hora de examinar el estado mental.

Desde el punto de vista clínico, el TFP se considera un objetivo potencial de intervención en el tratamiento de las psicosis (Bowie & Harvey, 2006; Roche et al., 2016), ya que numerosos estudios evidencian que los pacientes con esquizofrenia tienen problemas en las habilidades pragmático-comunicativas, en la trasmisión del significado mediante el lenguaje, así como en la comunicación no verbal y paralingüística (Bosco, Gabbatore, Gastaldo, & Sacco, 2016).

Así pues, desde la psiquiatría se han propuesto bajo diversos modelos una variedad de pruebas para la evaluación de estos trastornos, tanto de carácter general, como la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC) (N. C. Andreasen, 1984a, 1984b), como específico (Barrera, McKenna, & Berrios, 2008; Chen et al., 1996; Liddle et al., 2002). Cabe destacar que la TLC fue la primera en desarrollarse y la que cuenta con mayor experiencia y difusión.

Por ejemplo, en un estudio propio de carácter piloto en 13 pacientes diagnosticados de esquizofrenia y en situación clínica estable (Jimeno, Sánchez, Mendizábal, & Vargas, 2012) se ha obtenido que el 53,84% presenta trastornos del pensamiento, lenguaje o comunicación recogidos con la escala TLC.

Por otro lado, las escalas tradicionales se han centrado en el estudio de los síntomas objetivos del TFP, obviando la dimensión subjetiva de estos trastornos. Dichos síntomas subjetivos son realmente importantes para comprender el punto de vista del paciente sobre sí mismo y sobre el mundo (Parnas et al., 2005; Parnas et al., 2013; citados en Kircher et al., 2014). Algunas de las escalas que contemplan estos síntomas son las Escalas de Trastornos Formales de Pensamiento (FTD) (Barrera et al., 2008), que evalúa 29 síntomas de TFP de forma subjetiva, y la Escala de Disfunción del Pensamiento y lenguaje (TALD) (Kircher et al., 2014), aplicada en el presente trabajo.

La escala TALD, que valora 30 síntomas diferentes de TFP, incluyendo 9 con carácter subjetivo, fue validada en una muestra formada por 210 pacientes diagnosticados de diversas patologías psiquiátricas. Los resultados mostraron la presencia de patrones específicos de TFP, observándose una mayor prevalencia de trastornos positivos en pacientes con manía y de negativos en pacientes con depresión y esquizofrenia. Con respecto a los trastornos subjetivos, los valores obtenidos muestran una mayor prevalencia en el grupo de las depresiones, si bien no difieren significativamente de los valores del grupo de las esquizofrenias (Kircher et al., 2014).

Sin embargo, la experiencia en el uso de esta escala, así como en el estudio de la dimensión subjetiva de los TFP, es escasa. En España no existe ninguna referencia al respecto y apenas contamos con herramientas de evaluación que hayan sido traducidas a nuestro idioma. Por eso, hemos decidido traducir la escala TALD al español (Jimeno, 2018), con el objetivo de aplicarla por primera vez en una muestra de población española.

2.3. *Pensamiento y lenguaje en el Trastorno Mental Grave (TMG)*

En el presente trabajo, se pretende evaluar los déficits lingüísticos y comunicativos que se asocian con el TFP en el Trastorno Mental Grave (TMG). Este concepto, que proviene del término anglosajón "*Severe and Persistent Mental Illness*" ha sido empleado para definir a un amplio y heterogéneo grupo de personas, denominadas pacientes mentales crónicos, que padecen trastornos psiquiátricos graves de larga duración.

Tradicionalmente, se han planteado conceptualizaciones superficiales e incompletas, que hacían muy difícil abarcar las necesidades reales de todos los pacientes, pues existía una fijación excesiva por el diagnóstico clínico y la evolución de la enfermedad, dejando de lado otros parámetros importantes como son el pronóstico, la disfunción social y la discapacidad que genera.

Actualmente, una de las definiciones más representativas y que cuenta con el mayor apoyo de la comunidad psiquiátrica nacional e internacional es la propuesta por el Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU. [NIMH], basada en tres criterios principales (Vila Pillado et al., 2007):

1. **Diagnóstico:** presentan un trastorno psicótico (excluyendo los orgánicos) o de la personalidad, con alteraciones graves en la conducta, de acuerdo con los criterios de enfermedad mental correspondientes de los manuales psiquiátricos actuales, DSM 5 y CIE-10.
2. **Duración de la enfermedad y del tratamiento:** persistencia superior a los dos años.
3. **Presencia de discapacidad:** los trastornos provocan una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, evidenciándose afectaciones moderadas o severas a nivel laboral, social y familiar.

En este sentido, Pastor, Blanco & Navarro (2010) consideran que, cuando hablamos de trastorno mental grave, se está designando al conjunto de personas que sufren entidades clínicas diferentes (esquizofrenia, trastorno bipolar, otros trastornos del espectro psicótico, etc.), de 2 o más años de duración, que afectan a una o más áreas del funcionamiento personal y social. En cuanto a los datos sobre su prevalencia, existe cierto consenso en que alrededor de un 1.5 y un 2,5% de la población sufre un TMG.

Gran parte de la literatura psiquiátrica tradicional ha considerado el TFP como un trastorno específico de la esquizofrenia. Sin embargo, algunas investigaciones han revelado que síntomas como discurso desorganizado, rimas o bloqueos, entre otros, están presentes en diversas enfermedades mentales como el trastorno esquizoafectivo, el trastorno bipolar y otros trastornos mentales no psicóticos (Andreasen, 1986; citado en Roche et al., 2015).

En este sentido, existe otro TFG realizado por Cano (2014) en el que se han evaluado ciertos aspectos relacionados con el lenguaje en el TMG y la esquizofrenia. Concretamente, el objetivo era determinar la presencia e intensidad de trastornos subjetivos del lenguaje en el TMG mediante la escala FTD-P. Los resultados mostraron una mayor prevalencia de estos trastornos en sujetos con esquizofrenia frente a los TMG no esquizofrénicos. A nivel subjetivo las áreas afectadas principalmente fueron la producción verbal, la memoria y la atención.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario evaluar en profundidad las alteraciones del lenguaje asociadas al TFP en todo tipo de sujetos con TMG por medio de pruebas como la TALD que incluyan manifestaciones objetivas y subjetivas, para poder determinar sus necesidades comunicativas y la importancia de la intervención logopédica en este campo.

3. Objetivos

Los objetivos globales del presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) son:

- Establecer la presencia y características de síntomas psicopatológicos del pensamiento y lenguaje en pacientes con trastorno mental grave mediante la “Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación” (TLC) y la “Escala de Disfunción de Pensamiento y Lenguaje” (TALD).
- Determinar el papel del logopeda en personas con TMG que presentan alteraciones de lenguaje y comunicación.

Los objetivos específicos son:

- Determinar la prevalencia del lenguaje disgregado y otros síntomas objetivos del lenguaje y comunicación mediante las escalas TLC y TALD en una muestra de pacientes con trastorno mental grave.
- Cuantificar los síntomas objetivos del lenguaje y comunicación mediante la escala TLC y la escala TALD en una muestra de pacientes con trastorno mental grave.
- Determinar la prevalencia de síntomas subjetivos de lenguaje y comunicación mediante la escala TALD en una muestra de pacientes con trastorno mental grave.
- Cuantificar los síntomas subjetivos del lenguaje y comunicación mediante la escala TALD en una muestra de pacientes con trastorno mental grave.
- Estudiar la correlación de los síntomas de lenguaje y comunicación con las variables sociodemográficas y clínicas en una muestra de sujetos con trastorno mental grave.

4. Material y métodos

Se plantea un estudio de campo con carácter descriptivo, transversal y observacional en sujetos que presentan TMG. Este trabajo se ha coordinado con la realización del Practicum III del Grado en Logopedia y con un proyecto de investigación sobre el lenguaje disgregado y las alteraciones comunicativas en pacientes con TMG, dirigido por la Prof. Natalia Jimeno Bulnes, gracias a la obtención de una beca de colaboración del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para el curso 2017-2018.

4.1. *Sujetos*

La muestra de sujetos estudiados se ha obtenido a través de la Asociación FEAFES “El Puente” Valladolid. Esta entidad forma parte de la Federación de Enfermos y Familiares de Salud Mental y atiende a personas con problemas de salud mental y sus familias dentro de la provincia de Valladolid, teniendo su sede central en la capital y diferentes delegaciones en la provincia de Valladolid.

La muestra de sujetos de estudio se estableció de acuerdo con los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
 1. Usuarios de ambos sexos y cualquier edad de la entidad “El Puente” Salud Mental Valladolid que acuden al taller pre-laboral en Medina de Rioseco o al Servicio de Promoción de la Autonomía Personal en la sede central de la entidad, localizada en el barrio Girón, Valladolid.
 2. Diagnóstico de trastorno mental grave y persistente.
 3. Obtención de consentimiento informado (Anexo 1).
- Criterios de exclusión:
 1. Ausencia de colaboración en el estudio.
 2. Diagnóstico de enfermedad somática o mental grave que pueda afectar a la realización de las pruebas.

A partir de los tres primeros criterios de inclusión se obtuvo una muestra inicial de 110. Sin embargo, únicamente 20 de ellos firmaron el consentimiento informado, lo que conforma una muestra final de estudio de 20 sujetos.

4.2. *Datos sociodemográficos y clínicos*

Los datos sociodemográficos y clínicos pertinentes se obtuvieron mediante un Protocolo de Recogida de Datos (Anexo 2) que recoge las siguientes variables:

- Datos sociodemográficos: edad (años), sexo (hombre, mujer), estado civil (soltero, casado/convive, separado/divorciado, otros), residencia (urbana, rural, otros), convivencia (familia primaria, familia propia, solo, otros), nivel educativo alcanzado (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores, otros), actividad laboral (estudiante, ama de casa, obrero o empleado, funcionario, variable, otros), situación laboral (activo, paro, jubilado, incapacidad laboral, otro), observaciones.
- Datos clínicos: edad de inicio de la enfermedad (años), duración de la enfermedad (años), diagnóstico actual (DSM 5), subgrupo diagnóstico (no psicótico, psicótico), asistencia psiquiátrica actual (sí/no), tratamiento farmacológico actual (sí/no), tratamiento antipsicótico actual (sí/no), intervenciones fuera del centro (sí/no), intervención logopédica (sí/no), observaciones.

4.3. Evaluación del lenguaje

En el presente trabajo de investigación, se pretende evaluar el lenguaje de una muestra de 20 personas que presentan TMG. Para la evaluación psicopatológica del lenguaje se han utilizado dos escalas: la escala TLC, escala de referencia en este campo, que como se ha comentado recoge solamente síntomas subjetivos y con la que se cuenta de mayor experiencia; y la innovadora escala TALD, seleccionada por la inclusión también de síntomas subjetivos y por ser objeto de investigación en el área de Psiquiatría de la Universidad de Valladolid. Ambas pruebas disponen de un manual de aplicación que se ha seguido cuidadosamente en el presente estudio.

4.3.1. Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC)

La escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (*Thought, Language, and Communication Scale*) (Andreasen, 1979a, 1979b; Andreasen & Grove, 1986) (Anexo 3) es una herramienta para la evaluación del lenguaje de pacientes con esquizofrenia, traducida y adaptada a varios idiomas, incluido el español (Obiols, Salvador, Humbert & Obiols, 1985).

Esta escala y sus definiciones se desarrollan con el objetivo de mejorar la fiabilidad de la evaluación de aquellos pacientes con TFP, dejando de lado la concepción tradicional de trastorno formal del pensamiento, para definirlo como una serie de conductas lingüísticas que pudieran ser evaluadas de manera objetiva mediante la observación directa y a las que denominó trastornos de pensamiento, lenguaje y comunicación.

De esta manera, esta prueba recoge un total de 20 ítems, opciones de respuesta agrupados en tres categorías diferentes, comunicación, lenguaje y pensamiento, que se describen a continuación:

- Trastornos de la comunicación: pobreza del contenido del lenguaje, presión del habla, distraibilidad, tangencialidad, descarrilamiento, ecolalia, afectación del habla, autorreferencia, circunstancialidad, pérdida de meta, perseveración y bloqueo.
- Trastornos del lenguaje: incoherencia, rimas, neologismos y aproximaciones de palabras.
- Trastornos de pensamiento: pobreza del habla y falta de lógica. Su aplicación se lleva a cabo mediante el desarrollo de una entrevista clínica, de unos 45-50 minutos de duración, y la obtención de una muestra de habla de cada paciente. A partir de ahí, se identifica la presencia o ausencia de cada ítem, así como el grado de intensidad en que se presenta, siendo 0 la ausencia del ítem y 4 el grado de intensidad extremo. La puntuación total se obtiene sumando la puntuación del grado de intensidad obtenida en cada ítem.

En esta prueba se han recogido las variables: prevalencia de cada uno de los ítems y puntuación total de la escala.

4.3.2. Escala de Disfunción del Pensamiento y Lenguaje (TALD)

La Escala de Disfunción del Pensamiento y Lenguaje (Anexo 4) es una prueba para la evaluación clínica de la amplia variedad de trastornos formales del pensamiento. Fue desarrollada por Kircher (2015) y traducida y adaptada al español por Jimeno (2018).

Esta escala se basa en la psicopatología descriptiva (Jaspers, 1946; citado en Kircher, 2014) y fue creada con el objetivo de establecer y validar una escala clínica que permitiese describir de forma exhaustiva y operativa los TFP objetivos y subjetivos. Además, pretendía evaluar la estructura de estos trastornos a través de diferentes diagnósticos.

De acuerdo con las indicaciones expresas del creador de la escala a mi tutora, se tendrá en cuenta la estructura factorial de la escala TALD, que hace referencia a 4 grupos de síntomas:

1. Factor objetivo-positivo: circunstancialidad, descarrilamiento, tangencialidad, disgregación del pensamiento, pararrespuesta, perseveración, ruptura del pensamiento, presión del habla, logorrea, habla manierista, parafasia semántica,

parafasia fonémica, neologismos, pobreza del contenido del habla, pensamiento restringido.

2. Factor subjetivo-negativo: bloqueo, rumiación, pobreza del pensamiento, pensamiento inhibido, disfunción del habla expresiva, disfunción del habla receptiva y disfunción de la iniciativa e intencionalidad del pensamiento.
 3. Factor objetivo-negativo: pensamiento enlentecido, pobreza del habla y concretismo.
 4. Factor subjetivo-positivo: interferencia del pensamiento y presión del pensamiento.
- Otros ítems: verbigeración, asociaciones fonéticas, ecolalia.

Para la aplicación de la prueba se debe realizar una entrevista clínica semi-estructurada, de una duración aproximada de 45-50 minutos, en la que los síntomas objetivos se valoraran mediante un dialogo abierto sobre temas no estresantes. Los síntomas subjetivos se valoran en la última parte de la entrevista mediante una serie de preguntas específicas que vienen descritas en el manual de la prueba. En primer lugar, ha de identificarse la presencia o ausencia (0 puntos) de los ítems, y posteriormente el grado de intensidad del mismo (1, dudoso; 2, leve; 3, moderado; 4, grado más grave de intensidad).

Por otro lado, en esta prueba se ha recogido las variables: puntuación total global, la puntuación total de cada uno de los 4 factores, objetivo-positivo, objetivo-negativo, subjetivo-positivo y subjetivo-negativo. La Tabla 1 muestra las equivalencias entre los ítems de la escala TALD y los ítems de la escala TLC.

Tabla 1. Equivalencias entre la escala TALD y la escala TLC.

ITEMS TALD	ITEMS TLC
1. Circunstancialidad	12. Circunstancialidad
2. Descarrilamiento	6. Descarrilamiento
3. Tangencialidad	5. Tangencialidad
4. Disgregación del pensamiento	7. Incoherencia
6. Perseveración	14. Perseveración
8. Ruptura del pensamiento	16. Bloqueo
9. Presión del habla	3. Presión del habla
10. Logorrea	3. Presión del habla
11. Habla manierista	17. afectación del habla
12. Parafasia semántica	20. Parafasia semántica
13. Parafasia fonémica	19. Parafasia fonémica
14. Neologismos	10. Neologismos
15. Asociaciones fonéticas	9. Asociaciones fonéticas
16. Ecolalia	15. Ecolalia
17. Pobreza del contenido del habla	2. Pobreza del contenido del lenguaje
18. Pensamiento restringido	14. Perseveración
20. Pobreza del habla	1. Pobreza del habla

4.4. Procedimiento

Como se ha indicado previamente, el presente trabajo se ha compaginado con la realización de un proyecto de investigación titulado “Evaluación del lenguaje disgregado mediante la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación en pacientes con trastorno mental grave”. Este proyecto, coordinado por la Prof. Natalia Jimeno Bulnes, ha sido posible gracias a la obtención de una beca del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para el presente curso académico.

El primer paso que se llevó a cabo fue realizar una exhaustiva revisión bibliográfica para analizar el estado de la cuestión. Se utilizaron diferentes bases de datos (Pubmed, Google Académico, etc.) para seleccionar el material adecuado tanto en inglés como en español. Por otro lado, la Prof. Jimeno, coordinadora también del presente TFG, me proporcionó diferentes recursos bibliográficos que debía conocer para la realización del estudio. La bibliografía y referencias utilizadas se gestionaron a través del programa informático *Mendeley*.

A continuación, se procedió al establecimiento de los objetivos e hipótesis de nuestra investigación. Se seleccionaron las pruebas necesarias para la consecución de los objetivos propuestos, la escala TLC y la escala TALD, y se diseñó la metodología adecuada para la realización del trabajo.

Una vez definidas las cuestiones teóricas y metodológicas, se concertó una reunión con profesionales de la Asociación FEAFES “El Puente” Salud Mental Valladolid para darles a conocer nuestro proyecto. De esta forma, se acordó la posibilidad de asistir a la entidad para realizar mis prácticas curriculares y compaginarlas con el TFG y la Beca de investigación.

El siguiente paso fue llevar a cabo un periodo de familiarización con los usuarios del centro, tras el cual, se les explicó el proyecto y se les ofreció la posibilidad de presentarse voluntarios para participar. Acto seguido, se repartieron los formularios de consentimiento informado para su cumplimentación y poco a poco se fue conformando la muestra de estudio.

Posteriormente se procedió a la evaluación de los sujetos. En primer lugar, se recogieron los datos sociodemográficos y clínicos pertinentes mediante el protocolo de recogida de datos disponible en el anexo B. Después, se realizó una entrevista clínica, individual y semiestructurada, conocida como “Proyecto para el Estudio Sociolingüístico del español de España y de América” (PRESEEA) (Anexo 5).

La entrevista PRESEEA es una actividad propuesta por la Comisión de Sociolingüística de la Asociación de Lingüística y Filología de la América Latina (ALFAL) con el objetivo de elaborar un Corpus Sociolingüístico y sincrónico de la lengua española. Así, se diseñó esta encuesta estandarizada que se estructura siguiendo 9 bloques temáticos: saludos, el tiempo, lugar donde vive, familia y amistad, costumbres, peligro de muerte, anécdotas importantes en la vida, deseo de mejora económica y final.

De esta forma, se procedió a pasar la entrevista a cada usuario y se grabó una muestra de habla de unos 45-50 minutos en formato de audio. Inmediatamente después de finalizar las entrevistas se procedió a rellenar la hoja de registro de la escala TLC y la escala TALD.

El desarrollo de las pruebas tuvo lugar del 30/01/2018 al 19/04/2018 en un despacho de la sede central de “El Puente”, en el caso de los usuarios de Valladolid capital, y en una sala aislada del Taller Pre-laboral de Medina de Rioseco, en el caso de los usuarios de la zona rural. En todo momento se siguió la normativa vigente referida a los aspectos éticos y la protección de datos, para lo que se obtuvo previamente consentimiento informado firmado y verbal de cada sujeto.

Finalmente, se recogieron los resultados en una base de datos de Excel y se realizó el análisis estadístico pertinente, descrito en el siguiente apartado.

4.5. *Análisis estadístico*

Los valores de las variables cualitativas se presentan como n y porcentajes, y las variables cuantitativas como medias con desviación estándar (SD) o mediana con rangos intercuartiles [Q1-Q3], dependiendo de si la distribución de valores es compatible con la distribución normal. Los métodos no paramétricos también se utilizaron para estudiar la asociación entre variables cuantitativas (prueba de rho-Spearman). En todos los análisis, se consideró un nivel de significancia de $p < 0.05$.

5. Resultados

5.1. Resultados sociodemográficos y clínicos

La muestra inicial estaba formada por 110 sujetos, de los que 20 se presentaron voluntarios y firmaron el consentimiento escrito para participar en el estudio.

En la Tabla 2 se muestran los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra: (sexo, edad, estudios, edad media de educación, situación laboral actual, edad de inicio de la enfermedad, diagnóstico, asistencia psiquiátrica, tratamiento farmacológico y tratamiento antipsicótico, etc.).

La muestra total está constituida por 12 hombres (60%) y 8 mujeres (40%). La edad media de la muestra es 48,2 años (DT=10.07).

El 65% de los sujetos han cursado estudios primarios (hasta los 14 años), el 5% estudios secundarios (hasta los 18) y el 35% estudios superiores (hasta los 21 o más). Con respecto a la situación laboral actual, el 35% de los sujetos de la muestra se encuentra en paro, el 10% está jubilado y el 55% está incapacitado laboralmente.

En cuanto a la edad de inicio de la enfermedad, la media se sitúa en 22,6 años (DT=8.03). Los 3 diagnósticos más frecuentes son esquizofrenia (5 casos), trastorno bipolar (5 casos) y trastorno esquizoafectivo (3 casos). El 15% de los sujetos presenta patología dual. Además, el 60% se incluyen en el subgrupo de TMG psicótico mientras que el 40% restante se incluyen en el subgrupo de TMG no psicótico.

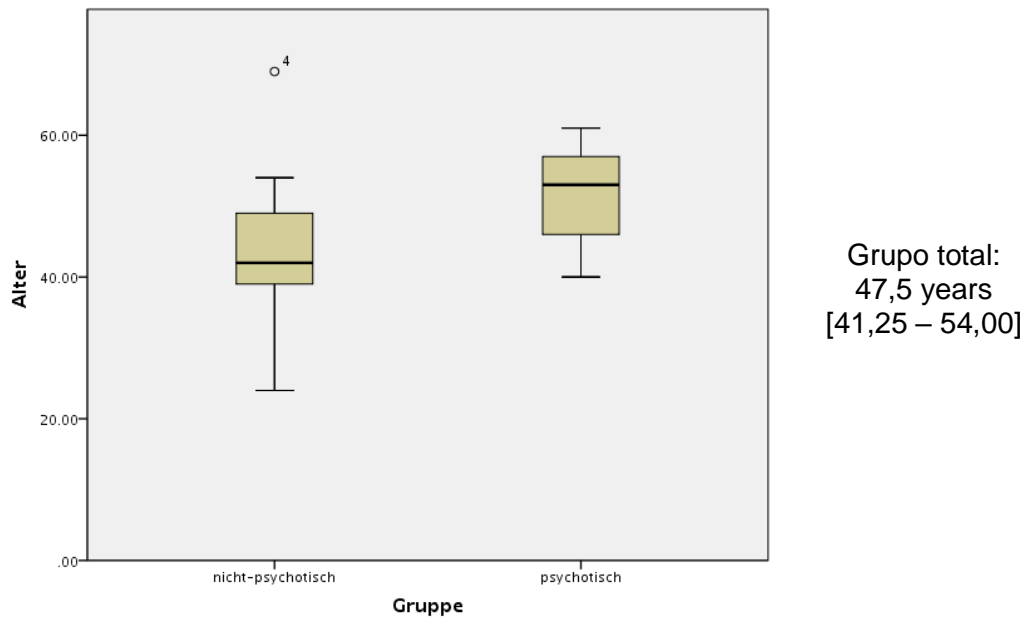
Por último, el 100% de sujetos reciben asistencia psiquiátrica y tratamiento farmacológico. Por otro lado, el 85% recibe tratamiento antipsicótico, mientras que solo el 5% ha recibido intervención logopédica alguna vez.

Tabla 2. Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra

Datos sociodemográficos y clínicos		N	%
Sexo			
	Hombre	12	60%
	Mujer	8	40%
Edad			
	20-25 años	1	5%
	25-30 años	0	0%
	30-35 años	0	0%
	35-40 años	2	10%
	40-45 años	4	20%
	45-50 años	5	25%
	50-55 años	4	20%
	55-60 años	1	5%
	60-65 años	2	10%
	65-70 años	1	5%
	Mediana [†]	47,5 [41.25-54]	
Estado civil			
	Soltero	14	70%
	Casado/convive	0	0%
	Separado/divorciado	5	25%
	Otros	1	5%
Nivel socioeconómico			
	Bajo	6	30%
	Medio	13	65%
	Alto	1	5%
Residencia			
	Urbana	10	50%
	Rural	10	50%
	Otros	0	0%
Convivencia			
	Familia primaria	10	50%
	Familia propia	1	5%
	Solo	7	35%
	Otros	2	10%
Nivel educativo			
	Sin estudios	0	0%
	Estudios primarios	13	65%
	Estudios secundarios	1	5%
	Estudios superiores	6	30%
	Otros	0	0%
Situación laboral			
	Activo	0	0%
	Paro	7	35%
	Jubilado	2	10%
	Incapacidad laboral	11	55%
	No procede	0	0%
	Otros	0	0%
Diagnóstico			
	Esquizofrenia	5	
	Trastorno bipolar	5	
	Trastorno de la personalidad límite	1	
	Trastorno esquizoafectivo	3	
	Trastorno obsesivo-compulsivo	2	
	Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico	2	
	Trastorno psicótico inducido por sustancias	1	
	Otro trastorno depresivo no especificado	2	
	Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral	1	
	Trastorno de la personalidad no especificado	1	
	Pacientes con más de un diagnóstico	3	
Subgrupo diagnóstico			
	No psicótico	8	40%
	Psicótico	12	60%
Edad de inicio de la enfermedad psiquiátrica			
	5-10 años	1	
	10-15 años	3	5%
	15-20 años	2	15%
	20-25 años	4	10%
	25-30 años	5	20%
	30-35 años	2	25%
	35-40 años	1	10%
	No consta	2	5%
	Mediana*	23,5 [15.25-28.25]	10%
Asistencia psiquiátrica			
	No	0	0%
	Sí	20	100%
Tto farmacológico			
	No	0	0%
	Sí	20	100%
Tto antipsicótico			
	No	2	10%
	Sí	17	85%
	Desconocido	1	5%
Intervenciones fuera del centro			
	No	18	90%
	Sí	2	10%
Intervención logopédica			
	No	19	95%
	Sí	1	5%

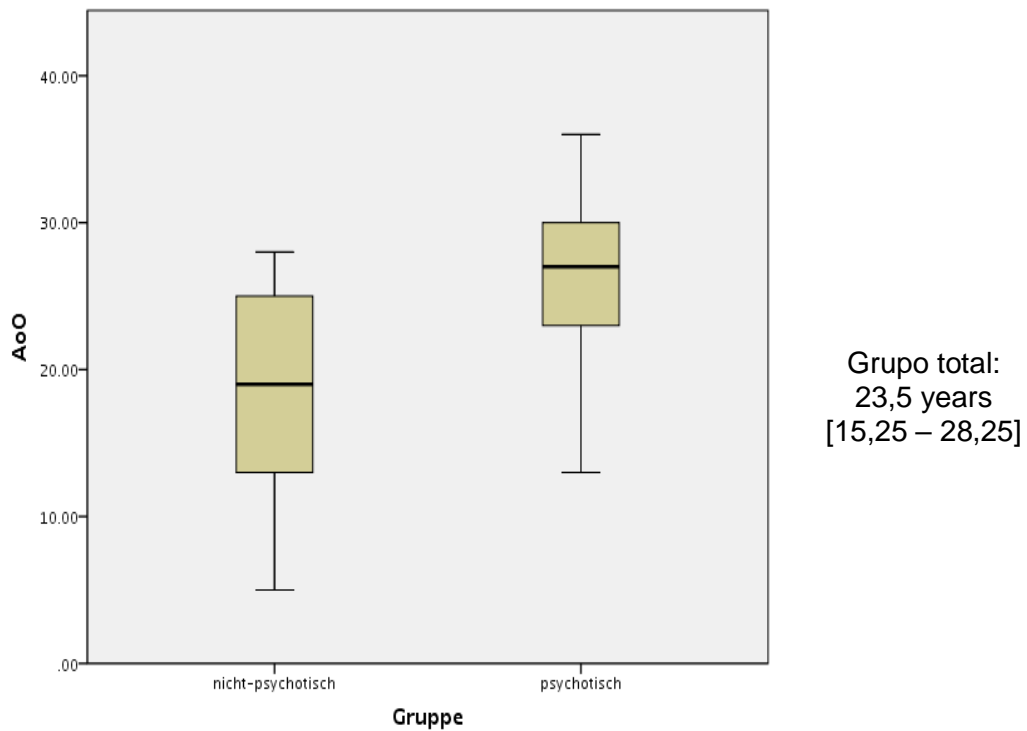
La Figura 1 muestra la distribución de las edades de los sujetos de la muestra.

Figura 1. Edad de la muestra por subgrupos diagnósticos.



La Figura 2 muestra la distribución de las edades de inicio de la enfermedad de los sujetos de la muestra.

Figura 2. Edad de inicio de la enfermedad por subgrupos diagnósticos.



5.2. Resultados de la evaluación del lenguaje

5.2.1. Escala TLC

La puntuación total obtenida de media 6,45 (DT=7,81) no sigue una distribución normal, por lo que se obtiene la mediana de las puntuaciones totales 3,5 y el rango intercuartílico [1-9,25]. La Tabla 3 muestra las puntuaciones totales obtenidas por cada sujeto en la escala. El 90% de la muestra presentó, en mayor o menor grado de afectación, uno o varios trastornos formales del pensamiento, mientras que el 10% no mostró evidencias de estos trastornos durante la evaluación.

Los ítems más frecuentes, son circunstancialidad, perseveración y presión del habla, con un porcentaje de aparición del 55% para los dos primeros y del 50% para el tercero, mientras que los menos frecuentes son asociaciones fonéticas, ecolalia y neologismos, con un porcentaje inferior al 5%. El síntoma incoherencia, correspondiente al lenguaje disgregado, está presente en el 15% de los sujetos, con un valor central de 0 [0-0]. La Tabla 4 muestra los datos representativos sobre la frecuencia de aparición de cada uno, así como la frecuencia de grado afectación con que se presentan.

A continuación, se exponen individualmente los ítems de la escala que han sido registrados, mostrándose ejemplos concretos obtenidos de las muestras de habla de los sujetos. Los ítems se exponen siguiendo su orden de aparición en la escala. La Tabla 4 muestra los resultados y puntuaciones obtenidos en la Escala TLC por cada ítem.

- **Pobreza del 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). Esta alteración no ha sido hallada en ninguna de las muestras.

- **Pobreza del contenido del lenguaje**

“Aunque las respuestas son suficientemente largas y el lenguaje es adecuado en cantidad, conlleva poca información” (Andreasen, 1979; 4).

- *S: A mí me habían dicho, no sé cómo decirte, el señor mariano, yo he hecho esfuerzos también... E: ¿Tú has hecho esfuerzos por recuperarte dices? S: Si yo he hecho esfuerzos por recuperarme en 2008 2009 2010, me lleva un poco mal con la gente y eso... Y meeeeeee... (ininteligible) y los que se han llevado muy bien y yo estaba enfermo todavía, pero había algo que me funcionaba mejor o sea hasta 2008 tenía una enfermedad que pensaba que no tenía solución y a partir de ahí 2018 2012 20123 2014 y según ha pasado el tiempo // porque tienes un tiempo que no te curas.*

- **Presión de 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).

- *E: cuéntame alguna cosa exagerada que viste S: aparte de gente que se mete de todo. Porque yo además trabajaba en bar nocturno de ambiente nocturno de sextape, de sexo, a lo bestia, si fue muy divertido. Pero claro cuando a veces tienes que llamar al samur porque fulanito se ha metido tanta coca en el cuarto oscuro que está en coca pues.... Ni una vez ni dos. Pero el samur también está acostumbrado a esto. // y luego también que las grandes ciudades son diferentes// luego movidas fuertes pues al dueño del local lo dejamos de ver un tiempo porque le había rajado una travesti que le vendía la droga y claro....*

- **Distraibilidad**

“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). No se han encontrado indicios de esta alteración en ninguno de los sujetos.

- **Tangencialidad**

“Contestar a una pregunta de una forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante” (Andreasen, 1979; 7)

- *S: Yo tengo un problema de alma, que siento poco. Porque me... E: ¿el alma? ¿Por qué? S: El alma que no le siento, la sensación de sentimientos no las tengo. Y yo con Gonzalo en 2008, unas tablas y hacían ruido y me metían por la sangre y me quede un poco enfermo. ¿Me entiendes? Estamos hablando al final de lo del alma.*
- *E: ¿Bea quién es? S: Es como yo de buena, es buenísima. E: Si, pero ¿quién es Bea? S: La que es más fea y eso. Hombre, yo no soy chico para decir que es fea, pero.... E: Si., pero que ¿quién es Bea digo? S: Mi compañera de piso. Nos llevamos bien.*

- **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).

- *E: ¿crees que te afectó mucho el accidente? S: hombre pues no me hubiera gustado pasar por ello, pero ya que no pude elegir como no me va a gustar, igual que me gusta Laura, igual que me gustan todas...*

- **Incoherencia**

“Es un tipo de habla esencialmente incomprensible a veces” (Andreasen, 1979; 9).

- *S: Yo tengo un problema de alma, que siento poco. Porque me... E: ¿el alma? ¿Por qué? S: El alma que no le siento, la sensación de sentimientos no las tengo. Y yo con Gonzalo en 2008, unas tablas y hacían ruido y me metían por la sangre y me quede un poco enfermo. ¿Me entiendes? Estamos hablando al final de lo del alma.*
- *S: Regular porque hay cosas que estoy muy desagradables, pero en parte te voy a decir una cosa un libro donde se dan golpes y barricadas, lo que pasa en Barcelona. Los golpes en Madrid... me pongo muy mal ahora cuando son otras cosas no // Lo que pasa en Madrid... un cuchillo... lo que pasa en EE. UU. ... a mí me interesa la política en España, me gustaba y me gusta también la política exterior, me gusta Donald Trump. // S18: Se que hay guerras en el mundo, no sabemos lo que va a pasar, pero a mí me gustaría// Que te iba a decir....*

- **Falta de lógica**

“Patrón de habla en el que se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica” (Andreasen, 1979; 10).

- *S: es que estoy nervioso (palabras que no se entiende) ¿no he querido hacer daño a nadie verdad? E: ¿Cómo? ¿por qué vas a querer hacer daño a alguien? S: la coca cola que bebía, eso me paso el año pasado /// A veces durante el día, a veces, no bebía, en 2002 yo notaba que al beber había alguien que enfermaba un poquito.... y con el tiempo se moría... es difícil de explicarlo.*
- *E: ¿Porque haces así cuando hablas de esperanza? S: Porque era menudita fea fea fea fea , más fea que yo que ese... y luego el día del entierro vino un abrigo larguísimo, un peinado así y oliendo a tabaco porque se casó por la iglesia, por lo civil vamos. E: ¿Y qué tiene que ver que se haya casado por la iglesia con el olor a tabaco? S: Porque tenía el abrigo hecho un desastre, oliendo a tabaco, que no se han duchado... Esa hacia cuadros, y los vendía, y para sacar dinero fuimos a Polonia... // diferentes ideas.*

- **Asociaciones fonéticas**

“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 ha sido hallada en ninguna de las muestras.

- **Neologismos**

“Formación de nuevas palabras” (Andreasen, 1979; 12).

- *S: “chololo”.*

- **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).

- *S: “Atenuoso” “Dialectizante”.*

- **Circunstancialidad**

“Un patrón de discurso que es muy indirecto y que tarda mucho en llegar a la idea final” (Andreasen, 1979; 13).

- *S: Me gusta la sepia a veces también y la mina que esta no sé dónde, casi al lado de una plaza, no la mayor ni la del poniente, una que está a este lado, que está al lado correos, sí que está al lado de la policía, la policía que está en frente que tiene una fuente de hierro...*
- *S: Fuimos a Polonia mi hermana y yo. Cuando el otro papa. Fuimos primero a Zaragoza y eso que había montó horozo, que era una tierra que ensuciaba todo, llevábamos impermeable y todo, hacia calorísimo, te llegaba el agua y se secaba todo. Luego pasamos por Alemania, Mónaco, París, etc.*

- **Perdida de meta**

“Incapacidad de seguir una cadena de pensamiento hasta su conclusión natural” (Andreasen, 1979; 14).

- *E: ¿Pero te distraes fácilmente? S: Regular porque hay cosas que estoy muy desagradables, pero en parte te voy a decir una cosa un libro donde se dan golpes y barricadas, lo que pasa en Barcelona. Los golpes en Madrid... me pongo muy mal ahora cuando son otras cosas no // Lo que pasa en Madrid... un cuchillo... lo que pasa en EE. UU. ... a mí me interesa la política en España, me gustaba y me gusta también la política exterior, me gusta Donald Trump. // S18: Se que hay guerras en el mundo, no sabemos lo que va a pasar, pero a mí me gustaría// Que te iba a decir....*

- **Perseveración**

“Repetición persistente de palabras, ideas o temas” (Andreasen, 1979; 14).

- **Ecolalia**

“El paciente hace como el eco de las palabras del entrevistador” (Andreasen, 1979;15). Esta alteración no ha sido hallada en ninguna de las muestras.

- **Bloqueo**

“Interrupción del hilo del habla antes de que una idea o pensamiento haya sido completado” (Andreasen, 1979; 16).

- *E: ¿Cuántos años tenías cuando murió tu madre? S: Yo voy a hacer 51 y esto....Y en el 90, pero que te iba a decir... E: ¿Se te ha olvidado lo que me ibas a decir? S: en el 90 mi madre... E: ¿no te acuerdas de lo que me ibas a decir? S: falleció en el 90, pero tenía muchas enfermedades...*

- **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)

- *E: ¿Sientes que hay temas en los que tienes que pensar con más frecuencia? S: Es que no digiero las cosas, no las pienso, yo según se presentan, así las **disputo**, o como se diga.*
- *S: Pues no se me veía incómodo en mi vida, o como se diga. E: Pero ¿cómo **inhibido**? S: **inhibido o materializado** o como se diga, **postrado** o como se diga.*
- *S: Es la educación **la que marca el esquema**.*
- *E: ¿Tu cómo puedes vivir tu cristiandad? S: Pues **apiadándome** de mi semejante, que es mi virtud más **precaria**, o no sé.*

- **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).

- *S: **yo** he hecho esfuerzos por recuperarme en 2008 2009 2010, **me** llevaba un poco mal con la gente y eso.... Y meeeeeee.... (ininteligible) y los que se han llevado muy bien y **yo** estaba enfermo todavía, pero había algo que **me** funcionaba mejor o sea hasta 2008 **tenía** una enfermedad que pensaba que no tenía solución y a partir de ahí 2018 2012 20123 2014 y según ha pasado el tiempo // porque tienes un tiempo que no te curas.*

- **Parafasias fonémicas**

“Pronunciación errónea reconocible de una palabra porque los sonidos o las sílabas están fuera de secuencia” (Andreasen, 1979; 17).

- *S: lo mejor que se “**puedo**” (en vez de puede) hacer.*

- **Parafasias semánticas**

“Sustitución de una palabra inadecuada al tratar de decir algo específico” (Andreasen, 1979; 18).

- *S: **verano** en vez de invierno.*

En la Figura 3 se muestran las frecuencias relativas de todos los ítems que forman la Escala TLC.

Tabla 3. Evaluación psicopatológica del lenguaje por puntuaciones totales en las escalas TLC y TALD.

Nº	Puntuación total TLC	Puntuación objetiva-positiva (TALD)	Puntuación objetiva-negativa (TALD)	Puntuación subjetiva-positiva (TALD)	Puntuación subjetiva-negativa (TALD)	Puntuación objetiva total	Puntuación subjetiva total	Puntuación total (TALD)
1	5	10	1	6	12	11	18	29
2	1	2	0	2	7	2	9	11
3	5	8	0	6	14	8	20	28
4	4	6	0	0	2	6	2	8
5	0	0	0	4	6	2	10	12
6	1	2	0	0	0	2	0	2
7	3	6	0	4	2	6	6	12
8	7	7	0	3	6	7	9	16
9	0	0	0	8	24	0	32	32
10	0	0	0	3	7	0	10	10
11	11	12	0	2	6	12	8	20
12	1	2	0	7	21	2	28	30
13	10	10	0	2	14	10	16	26
14	1	0	3	0	7	3	7	10
15	3	2	0	1	5	2	6	8
16	2	1	1	6	13	2	19	21
17	6	7	0	2	9	7	11	18
18	25	28	4	2	7	32	9	41
19	22	22	7	5	16	29	21	50
20	22	26	3	2	6	29	8	37
Mediana	3,5	6	7	0	2.5	6	9,5	19
Rango intercuartílico	[1-7.75]	[2-10]	[6-13.75]	[0-1]	[2-5.75]	[2-10,25]	[7,75-18,25]	[10,75-29,25]

Tabla 4. Evaluación psicopatológica del lenguaje por ítems en la escala TLC.

SÍNTOMAS	AUSENTE (0)		PRESENTE		LEVE (1)		MODERADO (2)		GRAVE (3)		EXTREMO (4)		Mediana [RIQ] *
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1. Pobreza de habla	18	90%	2	10%	2	10%	0	0%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
2. Pobreza del contenido del lenguaje	17	85%	3	15%	2	10%	0	0%	1	5%	0	0%	0 [0-0]
3. Presión de habla	10	50%	10	50%	2	10%	5	25%	2	10%	1	5%	0,5 [0-2]
4. Distrabilidad	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
5. Tangencialidad	16	80%	4	20%	1	5%	3	15%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
6. Descarrilamiento	16	80%	4	20%	2	10%	1	5%	0	0%	1	5%	0 [0-0]
7. Incoherencia	17	85%	3	15%	0	0%	1	5%	2	10%	0	0%	0 [0-0]
8. Falta de lógica	15	75%	5	25%	1	5%	3	15%	1	5%	0	0%	0 [0-0,25]
9. Asociaciones fonéticas	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
10. Neologismos	19	95%	1	5%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
11. Aproximaciones de palabras*	18	90%	2	10%	1	5%	1	5%	0	0%	*		0 [0-0]
12. Circunstancialidad*	9	45%	11	55%	5	25%	5	25%	1	5%	*		1 [0-2]
13. Perdida de meta*	17	85%	3	15%	0	0%	1	5%	2	10%	*		0 [0-0]
14. Perseveración*	9	45%	11	55%	7	35%	3	15%	1	5%	*		1 [0-1]
15. Ecolalia*	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	*		0 [0-0]
16. Bloqueo*	17	85%	3	15%	2	10%	1	5%	0	0%	*		0 [0-0]
17. Afectación del habla*	17	85%	3	15%	2	10%	0	0%	1	5%	*		0 [0-0]
18. Autorreferencia*	18	90%	2	10%	0	0%	0	0%	2	10%	*		0 [0-0]
19. Parafasia fonémica*	17	85%	3	15%	3	15%	0	0%	0	0%	*		0 [0-0]
20. Parafasia semántica	17	85%	3	15%	3	15%	0	0%	0	0%	0	0%	0 [0-0]

*Puntúan de 0-3. *RIQ: rango intercuartílico.

5.2.2. Escala TALD

La puntuación total obtenida (media 21,05, DT=12,72) no sigue una distribución normal. La mediana de las puntuaciones totales de la escala es 19 y el rango intercuartílico [10,75-29,25]. En la Tabla 3 se muestran las puntuaciones totales obtenidas por cada sujeto en la escala y las puntuaciones obtenidas atendiendo a la estructura factorial de la escala. Además, centrándonos en los factores analizados por esta escala, se ha obtenido que el 80% de sujetos presenta trastornos formales objetivo-positivos, mientras que alteraciones objetivo-negativas solo se observan en el 30%. En cuanto al factor subjetivo, las pruebas han revelado que un 85% muestra trastornos formales subjetivos-positivos y que un 95% muestra trastornos subjetivo-negativos.

Con respecto al análisis factorial, se han obtenido una mediana de valor 6 [2-10] para el factor objetivo-positivo y una mediana de valor 7 [6-13,75] para el factor objetivo-negativo. En el factor subjetivo-positivo se ha obtenido una mediana de 0 [0-1], mientras que para el factor subjetivo-negativo se ha obtenido un valor de 2,5 [2-5,75].

Los ítems más frecuentes, con un porcentaje mayor o igual a 25%, son circunstancialidad, perseveración, logorrea y los síntomas subjetivos, mientras que los menos frecuentes son verbigeración, presión de habla, parafasia fonémica y semántica, neologismos, asociaciones fonéticas, ecolalia y pensamiento enlentecido, con un porcentaje igual o inferior al 5%. El síntoma disgregación del pensamiento, correspondiente a lenguaje disgregado, está presente en el 15% de sujetos de la muestra y su valor central es 0 [0-0]. La Tabla 5 muestra los datos sobre la frecuencia de aparición de cada uno, así como la frecuencia de grado afectación con que se presentan.

Por otro lado, se ha obtenido una correlación positiva de 0,965 ($P < 0,001$) entre la puntuación total de la TLC y los factores objetivo-positivo y de 0,439 ($P < 0,05$) entre la puntuación TLC total y el factor objetivo negativo de la TALD. Además, se observa una correlación positiva de 0,666 ($P < 0,001$) entre el factor subjetivo positivo y el factor subjetivo negativo de la TALD. Con respecto a las variables sociodemográficas, existe una correlación negativa de valor -0.566 ($P < 0.05$) entre el factor subjetivo positivo y la edad. La Tabla 6 muestra las correlaciones obtenidas entre las variables sociodemográficas, clínicas y lingüísticas.

A continuación, se exponen individualmente los ítems de la escala que han sido registrados. Los ítems se agrupan atendiendo a la estructura factorial de la escala, es decir, objetivos frente a subjetivos y positivos frente a negativos. Solo se muestran aquellos ítems

específicos de la escala. El resto, que son comunes a la escala TLC, según la Tabla 1, se pueden encontrar en el apartado 5.2.1. correspondiente a los resultados de dicha escala.

Trastornos objetivos/positivos

- **Pararrespuesta**

“La respuesta del paciente pasa por alto el punto en cuestión, aunque ha comprendido la pregunta” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018)

- *E: ¿Y tú amparo eres creyente? ¿crees en Dios? S: En el año 82 que murió mi abuelo, 80 tenía mi abuelo y ese mismo año hablaron de la misa y dijeron no sé qué, y fuimos muchos.*

- **Pensamiento restringido**

“Restricción en el rango de contenido, adherencia a un tema o algunos temas o fijación en algunas ideas clave” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018). Esta alteración no ha sido hallada en ninguna de las muestras.

Trastornos objetivos/negativos

- **Pensamiento enlentecido**

“Desde la perspectiva del observador, el proceso de pensamiento del paciente parece haberse ralentizado (objetivo). Como resultado de este lento proceso de pensamiento, la conversación es lánguida y tórpida” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018). Esta alteración no ha sido hallada en ninguna de las muestras

- **Concretismo**

“Dificultad de comprender frases abstractas (figurativas). El paciente se adhiere al significado concreto de las palabras o enunciados” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018).

- *E: Que es el tiempo es oro. S: Que el reloj corre rápido.*

Otros trastornos objetivos

- **Verbigeración**

“Repetición innecesaria de una sola palabra” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018).

- *S: Sahagún*

Trastornos subjetivos/positivos

- **Interferencia del pensamiento**

“Pensamientos o ideas que interfieren y que no pertenecen a la línea de pensamiento actual” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018).

- *E: ¿Te distraes fácilmente los acontecimientos que suceden a su alrededor, como por ejemplo los ruidos? S: Mucho, me distraigo muy fácilmente. E: ¿A veces te parece que no puede concentrarse en las conversaciones porque sus pensamientos se le van por otro camino? S: Yo hago un gran esfuerzo en restar atención, pero me cuesta mucho.*

- **Presión del pensamiento**

“Numerosos pensamientos con contenido variado se agolpan o se imponen en la mente del paciente, alternando rápidamente” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018). Esta alteración no ha sido hallada en ninguna de las muestras.

Trastornos subjetivos/negativos

- **Bloqueo**

“Bloqueo percibido e informado de una línea de pensamiento en curso, también conocido como "perder el hilo del pensamiento"” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018).

- *E: ¿a veces tienes la sensación de que tu pensamiento se detiene repentinamente como si estuviera bloqueado? S: Mucho. E: ¿Tienes la sensación de que esto te influye mucho a la hora de comunicarte? S: Me influye muchísimo en las actividades de la vida diaria, por ejemplo, en las llamadas. Soy muy directo, escueto.*

- **Rumiación**

“El paciente está constantemente ocupado en temas generalmente desagradables. Estos pensamientos se centran en los mismos temas sin llegar a ninguna conclusión” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018).

- *E: ¿Sientes que tiene que pensar en ciertos temas con más frecuencia de lo que solía hacer antes? S: No, eso no me pasa. E: ¿A veces se siente impulsado a pensar en un tema en particular, aunque quiera pensar en otra cosa o quiera dormirse? S: Muy frecuentemente E: ¿Tu dirías que afecta mucho en tu vida diaria y tu comunicación? S: Sí, me afecta a la vida.*

- **Pobreza del pensamiento**

“El paciente tiene la sensación de que su pensamiento no es imaginativo y se limita a sólo unos pocos temas” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018).

- *E: ¿te parece que no le viene a la mente nada nuevo o tienes la sensación de que su forma de pensar es menos imaginativa de lo que era en el pasado? S9: Me siento muy poco o nada creativo, por ejemplo, muy poco expresivo, muy poco comunicativo// me afecta bastante porque evito muchas veces el comunicarme...*

- **Pensamiento inhibido**

“El paciente experimenta el proceso de pensar como ralentizado, frenado o inhibido, como si estuviera pensando en contra de una resistencia interna” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018).

- *E: ¿Te parece que tu forma de pensar es inhibida o ralentizada, en comparación con cómo era en el pasado? S: Si, mucho. Si porque veo que hay una concordancia en entre la velocidad de pensamiento y la velocidad de discurso*

- **Disfunción del habla receptiva**

“Los significados de las palabras, secuencias de palabras o frases (por ejemplo, en conversaciones, películas y programas de radio) solo pueden captarse o entenderse de manera incompleta, con esfuerzo, o nada en absoluto” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018).

- *E: ¿Notas que puedes seguir las conversaciones y películas como antes de la enfermedad? S: no, no, en absoluto. Joe, tengo una dispersión mental. Ahora en esta conversación varias veces cuesta coger el hilo // me pasa bastante.*

- **Disfunción del habla expresiva**

“El paciente nota que le resulta difícil encontrar las palabras correctas. Mientras el paciente está hablando, se da cuenta de que se afectan la elección de palabras, la precisión lingüística y la fluidez verbal. Las palabras adecuadas no son rápidamente accesibles, o no están disponibles en absoluto” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018).

- *E: ¿Todavía es capaz de expresarse con tanta habilidad y exactitud como podía hacerlo pasado? S: No, para nada. E: ¿Tiene la sensación de que su discurso no es tan preciso y fluido como antes, que no puede encontrar las palabras correctas, o que siempre repite ciertas palabras o frases? S: Exacto, eso último, que siempre repito muchas frases // Me afecta muchísimo a la comunicación.*

Disfunción de la iniciativa e intencionalidad del pensamiento

“El paciente experimenta subjetivamente una ausencia de iniciativa de pensamiento, "energía del pensamiento" e intencionalidad; y es consciente de la disfunción” (Kircher, 2015) (traducido por Jimeno, 2018).

- *E: "¿A veces le falta la fuerza o la energía para pensar?" S: Muchas veces. "En comparación con el pasado, ¿tiene la sensación de que ha perdido la iniciativa para pensar y la capacidad de participar en las conversaciones?" S: Me veo muy retraído y muy inhibido.*

La Figura 4 muestra las frecuencias relativas de los ítems de la escala TALD.

Tabla 5. Evaluación psicopatológica del lenguaje por ítems en la escala TALD.

SÍNTOMAS	AUSENTE		PRESENTE		DUDOSO		LEVE		MODERADO		GRAVE		Mediana [RIQ]
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1. Circunstancialidad (O)	9	45%	10	50%	1	5%	4	20%	5	25%	1	5%	1 [0-3]
2. Descarrilamiento (O)	16	80%	4	20%	0	0%	3	15%	0	0%	1	5%	0 [0-0]
3. Tangencialidad (O)	16	80%	4	20%	0	0%	2	10%	2	10%	0	0%	0 [0-0]
4. Disgregación del pensamiento (O)	17	85%	3	15%	0	0%	0	0%	2	10%	1	5%	0 [0-0]
5. Pararrespuesta (O)	17	85%	2	10%	1	5%	2	10%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
6. Perseveración (O)	9	45%	11	55%	0	0%	7	35%	3	15%	1	5%	2 [0-2]
7. Verbigeración (O)	19	95%	1	5%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
8. Ruptura de pensamiento (O)	18	90%	2	10%	0	0%	2	10%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
9. Presión del habla (O)	19	95%	1	5%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
10. Logorrea (O)	11	55%	5	25%	1	5%	3	15%	2	10%	3	15%	0 [0-2,25]
11. Habla manierista (O)	18	90%	2	10%	0	0%	1	5%	0	0%	1	5%	0 [0-0]
12. Parafasia semántica (O)	16	80%	0	0%	4	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
13. Parafasia fonémica (O)	16	80%	0	0%	4	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
14. Neologismos (O)	19	95%	1	5%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
15. Asociaciones fonéticas (O)	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
16. Ecolalia (O)	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
17. Pobreza del contenido del habla (O)	17	85%	3	15%	0	0%	2	10%	0	0%	1	5%	0 [0-0]
18. Pensamiento restringido (O)	17	85%	3	15%	0	0%	2	10%	1	5%	0	0%	0 [0-0]
19. Pensamiento enlentecido (O)	17	85%	1	5%	2	10%	1	5%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
20. Pobreza del habla (O)	18	90%	2	10%	0	0%	2	10%	0	0%	0	0%	0 [0-0]
21. Concretismo (O)	15	75%	3	15%	2	10%	0	0%	3	15%	0	0%	0 [0-0,25]
22. Bloqueo (S)	6	30%	8	40%	6	30%	6	30%	0	0%	2	10%	1 [0-2]
23. Rumiación (S)	4	20%	11	55%	5	25%	4	20%	6	30%	1	5%	2 [1-3]
24. Pobreza del pensamiento (S)	8	40%	7	35%	5	25%	2	10%	3	15%	2	10%	1 [0-2,25]
25. Pensamiento inhibido (S)	6	30%	9	45%	5	25%	4	20%	3	15%	2	10%	1 [0-2,25]
26. Disfunción del habla receptiva (S)	8	40%	7	35%	5	25%	4	20%	2	10%	1	5%	1 [0-2]
27. Disfunción del habla expresiva (S)	8	40%	9	45%	3	15%	7	35%	0	0%	2	10%	1 [0-2]
28. Disfunción de la iniciativa e intencionalidad del pensamiento (S)	9	45%	5	25%	6	30%	3	15%	0	0%	2	10%	1 [0-1,25]
29. Interferencia del pensamiento (S)	4	20%	12	60%	4	20%	6	%	4	%	2	10%	2 [1-3]
30. Presión del pensamiento (S)	6	30%	8	40%	6	30%	3	%	3	%	2	10%	1 [0-2,25]

Tabla 6. Coeficientes de correlación de Spearman obtenidos entre variables sociodemográficas y del lenguaje.

	TLC_TOT AL	TALD_Objetivo_ positivo	TALD_Objetivo_ negativo	TALD_Subjetivo_ positivo	TALD_Subjetivo_ o_Negativo	Edad	Edad de inicio de la enfermedad
TLC_total	CC	1.000					
TALD_objetivo_p ositivo	CC	.965*	1.000				
TALD_objetivo_n egativo	CC	0.439*	1.000				
TALD_subjetivo_ positivo	CC	0.006	0.045	1.000			
TALD_subjetivo_ negativo	CC	-	-0.051	0.020	0.666**	1.000	
Edad	CC	0.417	0.289		-0.536*	1.000	
Edad de inicio de la enfermedad***	CC	-	-0.194	0.143	-0.129	0.233	1.000

*p<0.05. **p<0.001. *** Desconocidos en dos pacientes. CC: coeficiente de correlación de Spearman.

Figura 3. Frecuencias relativas de los ítems obtenidas en la escala TLC.

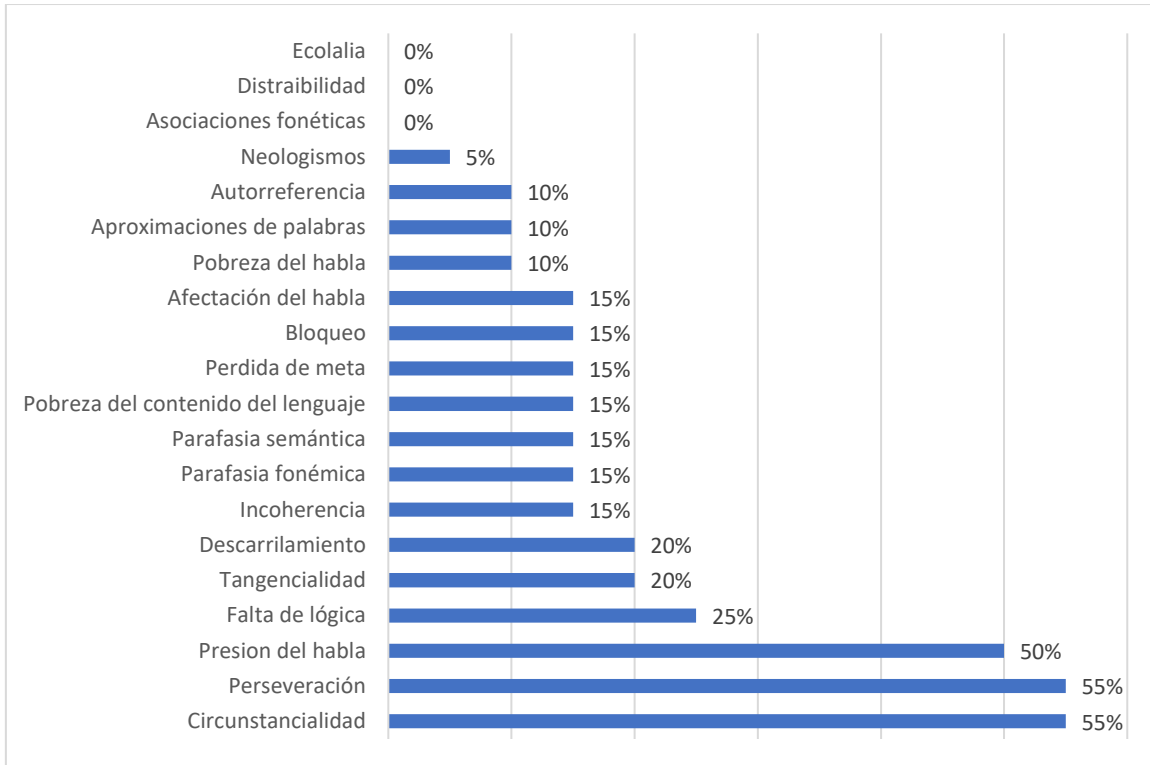
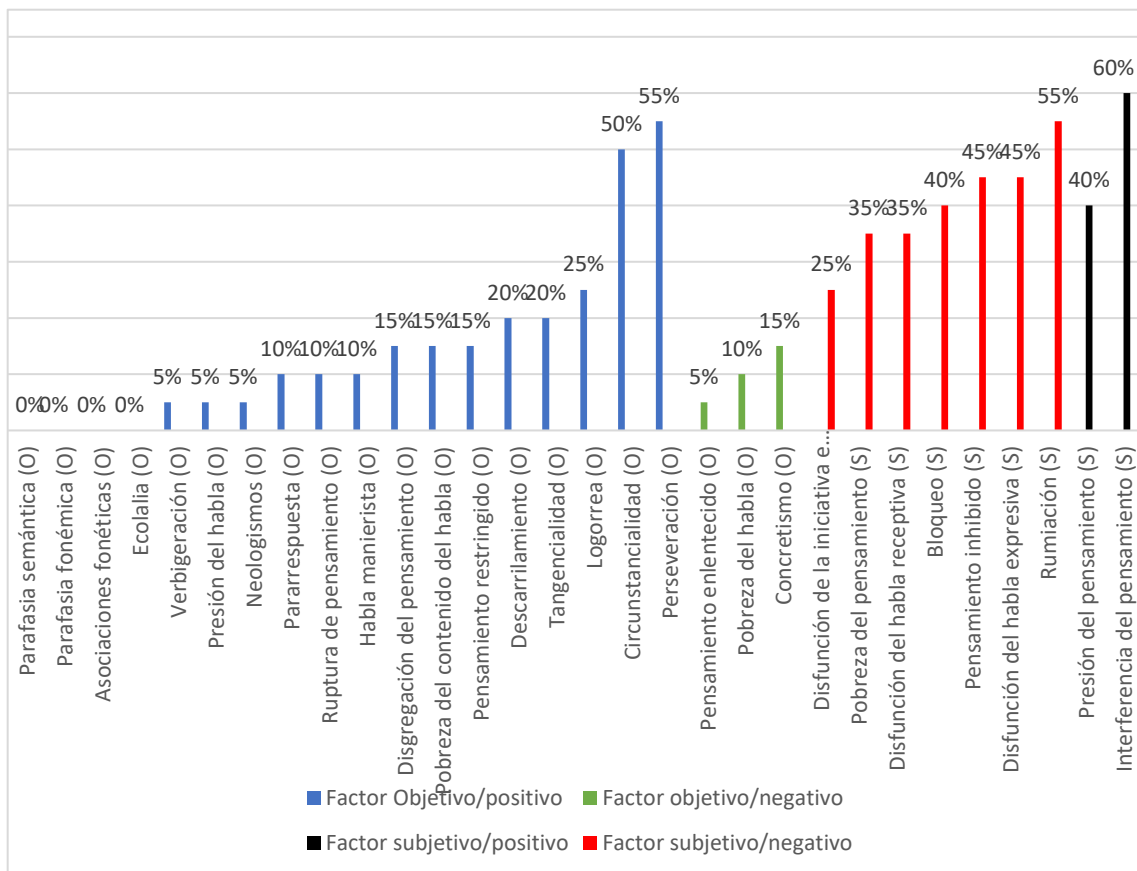


Figura 4. Frecuencias relativas de los ítems obtenidas en la Escala TALD.



6. Discusión

El presente trabajo consistió en la realización de un estudio de campo de carácter observacional y descriptivo en el que se llevó a cabo una evaluación psicopatológica del lenguaje de una muestra de 20 sujetos con TMG y usuarios de la asociación “El Puente” Valladolid. Para ello, se seleccionaron la escala TLC y la escala TALD con las que se determinaron las características del lenguaje de los sujetos de dicha muestra. Los resultados mostraron la presencia de trastornos formales del pensamiento, tanto objetivos como subjetivos.

6.1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

A la hora de estudiar las características del lenguaje de las personas que presentan TMG se considera imprescindible recoger ciertas variables sociodemográficas y clínicas, ya que pueden relacionarse directa o indirectamente con el funcionamiento global y lingüístico-comunicativo. Esto resulta muy importante, puesto que algunas de ellas puedan llegar a explicar, en ocasiones, la existencia y grado de afectación de las alteraciones del lenguaje que se puedan presentar.

La muestra final de estudio (N=20) presentaba valor central de 47,5 [41.25-54] para la variable edad y estaba constituida por un total de 12 hombres y 8 mujeres. Además, los sujetos contaban principalmente con estudios primarios (65%) y estaban incapacitados laboralmente (55%). En comparación con otras investigaciones, los tamaños muestrales utilizados son significativamente más amplios, N=113 (Andreasen, 1979) o N=146 (Nagels et al., 2013). Por otro lado, uno de los criterios de inclusión del presente trabajo hace referencia a presentar TMG, lo que implica necesariamente el carácter crónico de la enfermedad. En estudios como el de Muralidharan, Finch, Bowie & Harvey (2018) y Nagels et al. (2016) se sigue dicho criterio, mientras que otras investigaciones (Cuesta & Peralta, 1992; Wilcox, Winokur & Tsuang, 2012;), por el contrario, evalúan pacientes ingresados por episodios agudos, lo que puede explicar posibles diferencias en cuanto a los resultados.

Los sujetos de nuestro estudio se han clasificado y evaluado atendiendo al criterio de TMG, mientras que, si comparamos estos datos, observamos que otros trabajos se centrándose exclusivamente en el diagnóstico de esquizofrenia (Cuesta & Peralta, 1999; Jimeno et al., 2012; Lázaro, 2014) o bien en la comparación de subtipos diagnósticos como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, etc. (Andreasen & Grove, 1986; Cuesta & Peralta, 1993; Muralidharan et al., 2018; Yalincetin et al., 2017). En nuestro caso, decidimos optar por una caracterización general del TMG, pues tuvimos la oportunidad de acceder a

una muestra de sujetos, usuarios de la asociación “El Puente”, que reunían las características que buscamos. Tal como se recoge en trabajos como el de Kircher et al. (2018) o Roche et al. (2014), el TFP está presente en mayor o menor medida en diversos trastornos psiquiátricos, lo que respalda el interés de estudiar muestras como la seleccionada en este estudio.

Con respecto a la variable “intervención logopédica”, únicamente el 5% de nuestra muestra había recibido alguna vez tratamiento logopédico. No hemos encontrado evidencias en ningún otro trabajo de características similares en el que se haga alusión a una variable relacionada con el plano logopédico, lo que puede deberse a un desconocimiento de las funciones del logopeda.

6.2. Evaluación del lenguaje

La aplicación de la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación y de la escala de Disfunción de Pensamiento y Lenguaje ha revelado la presencia de trastornos formales del pensamiento en el 80% de sujetos de la muestra. En concreto, en el caso de la escala TLC se obtuvo una puntuación total de 3,5 [1-7,75]. No existen estudios previos que ofrezcan estos valores. No obstante, en Nagels (2013) podemos observar puntuaciones globales de TLC (10,51; Desviación típica = 10,95 para el subgrupo de esquizofrenia y 15,75; Desviación típica = 9,25 para el subgrupo manía) notablemente altas que, si bien no podemos comparar con nuestros datos, se pueden debido a la realización de un análisis por subgrupos diagnósticos en vez de TMG de forma global.

Dado el reducido tamaño muestral y que no existe acuerdo sobre la estructura factorial de la escala TLC (Kircher et al., 2014), no ha sido posible realizar un análisis factorial. No obstante, estudios previos obtienen diversos factores del TFP, como por ejemplo 3 en el caso de Andreasen (1979); positivo, negativo y desorganizativo, y 6 en el caso de Cuesta & Peralta (1992); desorganizativo, negativo, estilístico, tangencial, maniaco y semántico.

Los trastornos más frecuentes que se han registrado son circunstancialidad, perseveración y presión del habla (prevalencia > 30%). Si comparamos estos resultados con otros trabajos, encontramos que estos tres síntomas también se encuentran entre los más frecuentes en trabajos de autores nacionales e internacionales (Jimeno et al., 2012; Andreasen; 1979). En cuanto a los trastornos de menor prevalencia, gran parte de nuestros resultados confirman observaciones previas, que señalan que ecolalia, neologismo, afectación del habla y asociaciones fonéticas son los ítems menos frecuentes. Sin embargo, existen ciertas discrepancias respecto a la frecuencia de presión del habla, pobreza del habla y pobreza del

contenido del habla (Jimeno et al., 2012; Lázaro, 2014). En nuestro caso, esto se puede deber a las características sociodemográficas de la muestra, a la falta de análisis factorial y por subgrupos diagnósticos o al carácter crónico de nuestros pacientes frente al de otros trabajos que evalúan pacientes agudos ingresados (Andreasen, 1979; Andreasen & Grove, 1986; Wilcox et al., 2012).

Por otro lado, el análisis factorial de la escala TALD ha mostrado una correlación significativa entre los factores objetivo-positivo y objetivo-negativo y la puntuación total de la escala TLC (coeficiente de correlación: 0,965; 0,439 respectivamente), lo que apoya la fiabilidad sobre la presencia de los síntomas objetivos del lenguaje y comunicación que hemos encontrado en los sujetos, si bien ha de recordarse el paralelismo de muchos de los ítems de ambas escalas. En cuanto a la frecuencia relativa de los ítems, los resultados coinciden con los obtenidos en la TLC, pues se ha registrado una mayor prevalencia de circunstancialidad, perseveración, logorrea y síntomas subjetivos (estos últimos no están incluidos en la TLC) y una menor prevalencia de ecolalia, asociaciones fonéticas, habla manierista (equivalente a afectación del habla) y parafasia fonémica y semántica (Kircher et al., 2014; Nagels et al., 2016). Estos dos últimos, muestran una frecuencia diferente a la obtenida en la TLC (15% frente a 0% en la TALD) debido a la diferencia en los criterios de valoración entre los manuales de ambas pruebas, lo cual resalta la utilidad del manual de ambas pruebas y la necesidad de conocerlos en profundidad.

Respecto a la evaluación cuantitativa de los síntomas, en nuestro estudio hemos tenido que como estadístico de tendencia central la mediana, y como estadístico de dispersión el RIQ. No hemos encontrado con el que poder comparar estos datos y también son escasos aquellos que proporcionan los valores de media y desviación típica de cada uno de los ítems. Consideramos en todo caso que la valoración cuantitativa de los síntomas puede resultar esencial para la evaluación individual de los sujetos, así como para el desarrollo de intervenciones eficaces adaptadas a sus necesidades.

Si analizamos en profundidad el lenguaje disgregado, recogido en el ítem incoherencia de la TLC y el ítem disgregación del pensamiento en la TALD, observamos que la prevalencia obtenida es baja (15% en ambas escalas; Mediana 0 [0-0]). Esto hecho contrasta con estudios previos (Salavera, 2009; Salavera & Puyuelo, 2010) en los que se recoge que la frecuencia del lenguaje disgregado es elevada. Estas diferencias pueden ser debidas al tamaño de las muestras y especialmente a las características de esta, pacientes ambulatorios procedentes de la asociación "El Puente" Salud Mental Valladolid, frente a los estudios que se centran en la evaluación de pacientes ingresados o que presentan

episodios agudos de la enfermedad. En todo caso, sí que se obtienen frecuencias elevadas de síntomas como circunstancialidad (50%) y tangencialidad (20%), que para los autores de la escala TALD constituyen manifestaciones leves de disgregación del pensamiento.¹

Con respecto a los síntomas subjetivos, los resultados obtenidos muestran que este tipo de alteraciones están presentes en los sujetos de la muestra y que tienen una prevalencia (>25%) y un grado de afectación notable (9,5 [7,75-18,25]) notablemente superior al de los síntomas objetivos, lo que incide aún más en la importancia y el interés de estudiarlos en profundidad. Cabe destacar que no fue posible valorar dichos síntomas en al menos el 15% de los sujetos, principalmente debido a las dificultades de comprensión de los mismos. Algunos trabajos evidencian la presencia de este tipo de alteraciones subjetivas, bien mediante la aplicación de la escala TALD, o bien mediante otras herramientas similares (Barrera et al., 2008; Cano, 2014). No obstante, los estudios que evalúan esta dimensión del trastorno formal del pensamiento son más bien escasos.

Por otro lado, existe una correlación negativa entre el factor subjetivo positivo de la TALD y la variable sociodemográfica de edad, lo que parece indicar que los síntomas subjetivos positivos disminuyen a medida que aumenta la edad, o quizá pueda ser atribuible a la mayor duración de la enfermedad. Esto nos lleva a pensar en la necesidad de estudiar esta sintomatología en diferentes momentos evolutivos o estados de la enfermedad, incluyendo tanto estados prodrómicos iniciales como crónicos. Síntomas de este tipo como presión del pensamiento, bloqueo del pensamiento o alteración del habla receptiva o expresiva pueden constituir factores de riesgo de la esquizofrenia y se incluyen en otras pruebas (Miret, Fatjóvilas, Peralta & Fa, 2016). Incluso la evaluación de estos síntomas puede fomentar la relación profesional-paciente, pues implica preguntas específicas y poco habituales que pueden favorecer la empatía y la confianza entre los interlocutores.

A nivel clínico, la relevancia de este estudio reside, no solo en la determinación y caracterización de los trastornos del lenguaje asociados al TMG, sino también en el establecimiento del papel del logopeda en el ámbito de la salud mental, así como el desarrollo y la aplicación de terapias de rehabilitación logopédica que satisfagan las necesidades comunicativo- lingüísticas en las personas que padecen TMG.

Así pues, el TFP se considera un objetivo potencial de intervención en el tratamiento de las psicosis (Bowie and Harvey, 2008; Roche et al., 2016), así como en la mayor parte del TMG.

¹ Comunicación personal del autor principal a la tutora del trabajo.

Si además, tenemos en cuenta que gran parte de los trastornos psicóticos y mentales crónicos se asocian con déficits en las habilidades pragmático-comunicativas, en la transmisión del significado mediante el lenguaje, así como en la comunicación no verbal y paralingüística (Bosco et al., 2016), la importancia de la figura del logopeda en el campo de las enfermedades mentales parece clara.

Sin embargo, actualmente apenas existen programas de rehabilitación psicolingüística consolidados y efectivos para la rehabilitación del lenguaje y la comunicación en el TMG. No obstante, se han publicado recientemente dos trabajos, Bosco et al. (2016) y Gabbatore et al. (2017), donde se describe un nuevo programa de rehabilitación en desarrollo denominado *Cognitive Pragmatic Treatment* (CPT). La programación de esta terapia incide sobre todo en el trabajo de las habilidades lingüísticas, desde la propia concienciación de las dificultades que presentan los pacientes, hasta actividades específicamente diseñadas para estimular la capacidad lingüística, extralingüística, paralingüística, las habilidades sociales o el discurso oral entre otros. Todas las áreas sobre las que trabaja coinciden en la mayoría de los casos con los déficits lingüísticos de los sujetos evaluados en el presente trabajo, así como en el resto de estudios consultados, lo que indica el potencial de dicho tratamiento. Actualmente está siendo aplicada en Italia y los primeros resultados muestran mejoras significativas de las habilidades comunicativas de los pacientes con esquizofrenia.

6.3. Limitaciones y fortalezas del estudio

A continuación, se detallan las limitaciones y fortalezas encontradas durante la realización del presente TFG.

En primer lugar, respecto a las limitaciones debemos señalar un tamaño muestral reducido, que ocasiona que no se puedan obtener resultados representativos ni extrapolarlos a la población global que presenta TMG. Se hace patente la imperiosa necesidad de una muestra amplia que permita la obtención de datos lo más representativos posibles.

En segundo lugar, la imposibilidad de complementar la evaluación realizada con evaluaciones psicopatológicas, lingüísticas, cognitivas y biológicas complementarias que apoyen nuestro estudio y nuestros resultados. El tiempo para realizar todas estas pruebas complementarias y la necesidad de un equipo multidisciplinar impidieron llevar esta tarea a cabo.

Por último, no fue posible contar con un grupo control con el que poder comparar los resultados de nuestra muestra de sujetos con TMG.

Con respecto a las fortalezas del estudio, uno de los principales puntos fuertes es la aplicación de la innovadora “Escala de Disfunción del pensamiento y Lenguaje” (TALD), que permite analizar exhaustivamente la presencia de trastornos formales del pensamiento del pensamiento tanto objetivos como subjetivos. Además, es la primera vez que se aplica esta prueba a una muestra de población española.

Por otro lado, debemos destacar la importancia del uso de la entrevista estándar PRESEEA y de la obtención de muestras de audio grabadas de cada paciente. Ambas han sido importantes herramientas que han posibilitado un proceso de evaluación lo más completo y funcional posible, y que podría utilizarse en el futuro en otras investigaciones en este campo.

Finalmente, la buena cooperación de los usuarios de la asociación “El Puente” Salud Mental Valladolid y de todos sus profesionales permitió desarrollar la investigación eficazmente. Todos ellos prestaron un interés y apoyo digno de mención, sin los que la consecución de nuestros objetivos no hubiera sido posible en gran medida.

6.4. Futuras líneas de investigación

Este trabajo constituye un estudio preliminar que puede servir como base para futuros estudios. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos proponemos las siguientes futuras líneas de investigación:

- Ampliar significativamente la muestra de estudio.
- Evaluar un grupo control que comparta unas características sociodemográficas similares a la muestra de estudio.
- Ampliar el número y diversidad de pruebas (psicopatológicas, psiquiátricas, lingüísticas, de neuroimagen, etc.) para evaluar el lenguaje y otras características clínicas o biológicas en personas con TMG.
- Estudiar en profundidad el TFP atendiendo a diferentes subgrupos diagnósticos, pero siempre dentro del grupo común del TMG.
- Desarrollar una terapia de rehabilitación psicolingüística y logopédica para tratar las necesidades de lenguaje y comunicación de las personas con TMG.

7. Conclusiones

1. Los síntomas objetivos del lenguaje y comunicación más prevalentes en una muestra de sujetos con TMG son circunstancialidad, perseveración, presión del habla y logorrea.
2. Los síntomas subjetivos del lenguaje y comunicación son más prevalentes e intensos que los objetivos en una muestra de sujetos con TMG.
3. Existe una correlación intensa entre la puntuación total de la TLC y los factores positivo-objetivo y positivo-negativo de la TALD, así como entre la variable sociodemográfica edad y el factor subjetivo-positivo de la TALD.
4. Las escalas TLC y TALD permiten la evaluación psicopatológica del lenguaje y comunicación en personas con TMG.
5. La figura profesional del logopeda es esencial para la evaluación e intervención de las alteraciones del lenguaje y comunicación que pueden presentar las personas con TMG.

8. Bibliografía

1. Andreasen, N. C. (1979). Thought, Language and Communication Disorders II. *Arch Gen Psychiatry*, 36, 1325–1330.
2. Andreasen, N. C. (1979). Thought, Language and Communication Disorders I. *Arch Gen Psychiatry*, 36, 1315–21.
3. Andreasen, N. C. (1984a). Scale for the Assessment of Negative Symptoms. Iowa: University of Iowa.
4. Andreasen, N. C. (1984b). Scale for the Assessment of Positive Symptoms. Iowa: University of Iowa.
5. American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.
6. Barrera, A., McKenna, P. J., & Berrios, G. E. (2008). Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 157(1–3), 225–34.
7. Belinchón Carmona, M. (1979). Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística. *Estudios de Psicología*, (33–34), 115–144.
8. Bellani, M., Cerruti, S., & Brambilla, P. (2009). Language disturbances in schizophrenia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(4), 314–317.
9. Bosco, F. M., Gabbatore, I., Gastaldo, L., & Sacco, K. (2016). Communicative-Pragmatic Treatment in schizophrenia: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 7(FEB), 1–12.
10. Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2(4), 531–536.
11. Cano, A. (2014). Estudio de los trastornos subjetivos del lenguaje y comunicación en usuarios de una asociación de personas con enfermedad mental. Trabajo de Fin de Grado en Logopedia. Valladolid: Universidad de Valladolid.
12. Chen, E., Lam, C. L.; Kan, C. S., Chan, C. K., Kwok, C. L., Nguyen, D. G., Chen, R. Y. L. (1996). Language Disorganization in Schizophrenia: Validation and Assessment with a new clinical rating instrument. *Hong Kong Journal of Psychiatry*.
13. Cuesta, M. J., & Peralta, V. (1993). Does formal thought disorder differ among patients with schizophrenic, schizophreniform and manic schizoaffective disorders? *Schizophrenia Research*, 10(2), 151–8.
14. Cuesta, M. J., & Peralta, V. (1999). Thought disorder in schizophrenia. Testing models through confirmatory factor analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(2), 55–61.
15. Figueroa, A. (2015). Análisis pragmalingüístico de los marcadores de coherencia en el discurso de sujetos con esquizofrenia crónica y de primer episodio. Valladolid: Universidad de Valladolid.
16. Fonseca, E., Lemos, S., & Vallina, O. (2018). Conceptualización y evaluación de los trastornos del espectro psicótico. En: *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico* (pp. 25-74). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

17. Freudenreich, O., Brown, H. E., & Holt, D. J. (2016). Psicosis y esquizofrenia. En: Tratado de psiquiatría clínica (pp 307-323). Barcelona, España: Elsevier.
18. Gabbatore, I., Bosco, F. M., Geda, E., Gastaldo, L., Duca, S., Costa, T., ... Sacco, K. (2017). Cognitive Pragmatic rehabilitation program In schizophrenia: A single case fMRI study. *Neural Plasticity*, 2017.
19. Jimeno, N., Sánchez, C., Mendizábal, N., & Vargas, M. L. (2012). Análisis psicopatológico del lenguaje y comunicación en la esquizofrenia. Experiencia piloto en pacientes ambulatorios. IV Congreso FEARP, 35(2005), 2012.
20. Jimeno, N. (2017). Escala de Disfunción del Pensamiento y Lenguaje (TALD). Versión española. Manuscrito no publicado.
21. Kircher, T., Krug, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., ... Nagels, A. (2014). A rating scale for the assessment of objective and subjective formal thought and language disorder (TALD). *Schizophrenia Research*, 160(1–3), 216–221.
22. Kircher, T., Bröhl, H., Meier, F., & Engelen, J. (2018). Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 515–526.
23. Lázaro, S. (2014). Evaluación multidimensional de los trastornos del lenguaje y la comunicación en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y régimen ambulatorio. Trabajo de Fin de Grado en Logopedia. Valladolid: Universidad de Valladolid.
24. Liddle, P. F., Ngan, E. T. C., Caissie, S. L., Anderson, C. M., Alan, T., Quested, D. J., ... Weg, R. (2002). Thought and Language Index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia Thought and Language Index: an instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 326–330.
25. McKenna, P. J., & Oh, T. M. (2005). Schizophrenic speech: Making sense of bathroofs and ponds that fall in doorways. *Schizophrenic Speech: Making Sense of Bathroofs and Ponds That Fall in Doorways*, 1–210.
26. Miret, S., Fatjó-vilas, M., Peralta, V., & Fa, L. (2016). Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2).
27. Muralidharan, A., Finch, A., Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2018). Thought, language, and communication deficits and association with everyday functional outcomes among community-dwelling middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 196, 29–34.
28. Nagels, A., Fähmann, P., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., ... Kircher, T. (2016). Distinct neuropsychological correlates in positive and negative formal thought disorder syndromes: The thought and language disorder scale in endogenous psychoses. *Neuropsychobiology*, 73(3), 139–147.
29. Nagels, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., Turner, L., ... Kircher, T. (2013). The german translation and validation of the scale for the assessment of thought, language and communication: A factor analytic study. *Psychopathology*, 46(6), 390–395.
30. Obiols, J. E., Salvador, L., Humbert, M., & Obiols, J. (1985). Escala para la evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación. Barcelona: Universidad de Barcelona.

31. Organización Mundial de la Salud. (1980). Clasificación Internacional de las Enfermedades. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
32. Pastor, A., Blanco, A., & Navarro, D. (2010). El enfermo mental con discapacidades psicosociales. En: Manual de rehabilitación del trastorno mental grave (pp 77-94). Madrid, España: Editorial Síntesis.
33. Roche, E., Creed, L., Macmahon, D., Brennan, D., & Clarke, M. (2015). The Epidemiology and Associated Phenomenology of Formal Thought Disorder: A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 951–962.
34. Roche, E., Lyne, J., O'Donoghue, B., Segurado, R., Behan, C., Renwick, L., ... Clarke, M. (2016). The prognostic value of formal thought disorder following first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 178(1–3), 29–34.
35. Salavera, C. (2008). ¿Por qué no entendemos a las personas con esquizofrenia? *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social*, 43-44, 155-164.
36. Salavera, C., & Puyuelo, M. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 30(2), 84–93.
37. Vila Pillado, L., Area Carracedo, R., Ferro Iglesias, V., González Domingo-Viguera, L., Justo Alonso, A., Suárez Sueiro, M. J., ... Tuñas Dugno, M. L. (2007). Trastorno Mental Severo. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 5, 1–15.
38. Wilcox, J., Winokur, G., & Tsuang, M. (2012). Predictive value of thought disorder in new-onset psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 674–678.
39. Yalincetin, B., Bora, E., Binbay, T., Ulas, H., Akdede, B. B., & Alptekin, K. (2017). Formal thought disorder in schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 185, 2–8.

ANEXO 1: Modelo de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



Estudio: **Evaluación del lenguaje disgregado
mediante la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación
en pacientes con trastorno mental grave**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Con DNI/Pasaporte nº _____

Declaro que:

- He recibido información suficiente y adecuada sobre las características del estudio de _____, con DNI _____
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.
- He decidido participar voluntariamente en el estudio.
- Se me ha informado con claridad de que mis datos personales y clínicos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la normativa vigente de protección de datos.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin estar obligado a dar explicaciones sobre el motivo.
- Sin que ello afecte a la atención que recibo.

Lugar y fecha: _____

Firma paciente

Firma estudiante

Vº Bº Centro

Trabajo de Fin de Grado. Grado en Logopedia. Curso 2017-18.

Realizado por **Javier Cano Pérez.** Estudiante de Logopedia.

Tutora: **Prof. Natalia Jimeno Bulnes.** Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina.



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



Estudio: **Evaluación del lenguaje disgregado**
mediante la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación
en pacientes con trastorno mental grave

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Con DNI/Pasaporte nº _____

Tutor legal de _____

Con DNI/Pasaporte nº _____

Declaro que:

- He recibido información suficiente y adecuada sobre las características del estudio de _____, con DNI _____
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.
- He decidido participar voluntariamente en el estudio.
- Se me ha informado con claridad de que mis datos personales y clínicos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la normativa vigente de protección de datos.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin estar obligado a dar explicaciones sobre el motivo.
- Sin que ello afecte a la atención que recibo.

Lugar y fecha: _____

Firma tutor legal

Firma usuario

Firma estudiante

Vº Bº Centro

Trabajo de Fin de Grado. Grado en Logopedia. Curso 2017-18.

Realizado por **Javier Cano Pérez.** Estudiante de Logopedia.

Tutora: **Prof. Natalia Jimeno Bulnes.** Area de Psiquiatría. Facultad de Medicina.

ANEXO 2: Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y clínicos

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

Prof. Natalia Jimeno Bulnes, Valladolid, 2018

Número de registro (orden consecutivo)

Fecha de reclutamiento

I Características sociodemográficas

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. Edad

8. Sexo

0. Masculino

1. Femenino

9. Estado civil

0. Soltero

1. Casado / convive

2. Separado / divorciado

3. Otros (célibe, anulación matrimonial...)

10. Nivel socioeconómico

0. Bajo

1. Medio

2. Alto

10. 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...)

11. Convivencia

0. Familia primaria

1. Familia propia
2. Solo
3. Otros (señalar si piso protegido)

12. 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

13. Número de años de escolarización alcanzados (primarios: 8 años, secundarios: 12, universitarios: 15 a 20, considerar otros tipos de formación o formación adicional)

14. Actividad laboral actual

0. Estudiante
1. Ama de casa
2. Obrero o empleado
3. Funcionario
4. Variable
5. Otros

15. Situación laboral actual

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

II Características clínicas y asistenciales

16. Enfermedad psiquiátrica actual (I): edad probable de inicio (años)

17. Enfermedad psiquiátrica actual (II): tiempo de evolución (años)

18. Diagnóstico actual (DSM-5)

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo

- Trastorno bipolar
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Otros

19. Subgrupo diagnóstico:

0. No psicótico
1. Psicótico

20. Asistencia psiquiátrica actual

0. No
1. Sí

21. Tratamiento farmacológico actual

0. No
1. Sí

22. Tipo de tratamiento farmacológico actual (recoger toda la información por escrito)

23. Tratamiento antipsicótico actual

0. No
1. Sí
2. Desconocido

Especificar

24. Intervenciones en el centro

25. Intervenciones fuera del centro

0. No
1. Si

26. Intervención logopédica

0. No
1. Sí

ANEXO 3: Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL PENSAMIENTO, LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

(ANDREASEN 1979, 1986)

Datos del usuario	
Identificador	
Fecha de exploración	
Entrevista	

Síntomas	Ausencia (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Grave (3)	Extremo (4)
1. Pobreza de habla	0	1	2	3	4
2. Pobreza del contenido del lenguaje	0	1	2	3	4
3. Presión del habla	0	1	2	3	4
4. Distraibilidad	0	1	2	3	4
5. Tangencialidad	0	1	2	3	4
6. Descarrilamiento (fuga de ideas)	0	1	2	3	4
7. Incoherencia	0	1	2	3	4
8. Falta de lógica	0	1	2	3	4
9. Asociaciones fonéticas (rimas)	0	1	2	3	4
10. Neologismos	0	1	2	3	
11. Aproximaciones de palabras	0	1	2	3	
12. Circunstancialidad	0	1	2	3	
13. Pérdida de meta	0	1	2	3	
14. Perseveración	0	1	2	3	
15. Ecolalia	0	1	2	3	
16. Bloqueo	0	1	2	3	
17. Afectación del habla	0	1	2	3	
18. Autorreferencia	0	1	2	3	
19. Parafasia fonémica	0	1	2	3	
20. Parafasia semántica	0	1	2	3	4

Observaciones

ANEXO 4: Escala de Disfunción del Pensamiento y Lenguaje

ESCALA DE DISFUNCIÓN DE PENSAMIENTO Y LENGUAJE (TALD) (Kircher y cols, 2014)
(Versión española: Jimeno 2017)

Datos del usuario	
Identificador	
Nombre	
Apellidos	
Dni/Pasaporte	
Fecha de exploración	
Entrevista	

Síntomas	Ausente (0)	Dudoso (1)	Leve (2)	Moderado (3)	Grave (4)
1. Circunstancialidad (O)	0	1	2	3	4
2. Descarrilamiento (O)	0	1	2	3	4
3. Tangencialidad (O)	0	1	2	3	4
4. Disgregación del pensamiento (O)	0	1	2	3	4
5. Pararrespuesta (O)	0	1	2	3	4
6. Perseveración (O)	0	1	2	3	4
7. Verbigeración (O)	0	1	2	3	4
8. Ruptura de pensamiento (O)	0	1	2	3	4
9. Presión del habla (O)	0	1	2	3	4
10. Logorrea (O)	0	1	2	3	4
11. Habla manierista (O)	0	1	2	3	4
12. Parafasia semántica (O)	0	1	2	3	4
13. Parafasia fonémica (O)	0	1	2	3	4
14. Neologismos (O)	0	1	2	3	4
15. Asociaciones fonéticas (O)	0	1	2	3	4
16. Ecolalia (O)	0	1	2	3	4
17. Pobreza del contenido del habla (O)	0	1	2	3	4
18. Pensamiento restringido (O)	0	1	2	3	4
19. Pensamiento enlentecido (O)	0	1	2	3	4
20. Pobreza del habla (O)	0	1	2	3	4
21. Concretismo (O)	0	1	2	3	4
22. Bloqueo (S)	0	1	2	3	4
23. Rumiación (S)	0	1	2	3	4
24. Pobreza del pensamiento (S)	0	1	2	3	4
25. Pensamiento inhibido (S)	0	1	2	3	4
26. Disfunción del habla receptiva (S)	0	1	2	3	4
27. Disfunción del habla expresiva (S)	0	1	2	3	4
28. Disfunción de la iniciativa e intencionalidad del pensamiento (S)	0	1	2	3	4
29. Interferencia del pensamiento (S)	0	1	2	3	4
30. Presión del pensamiento (S)	0	1	2	3	4

Observaciones

ANEXO 5: Encuesta PRESEEA

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 tráteme 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?

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 ti 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.