



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Grado en Logopedia



Relación entre la atención y la impulsividad en el lenguaje de las personas adultas con esquizofrenia.

Trabajo de Fin de Grado de:

Beatriz Avilés Carbajosa

Tutorizado por:

Alba Ayuso Lanchares

CURSO 2020/2021

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN/ABSTRACT	5
1. INTEGRACIÓN DE COMPETENCIAS Y CONTENIDOS TRABAJADOS EN EL TÍTULO.	7
1.1. Justificación del trabajo	7
1.2. Relación con las competencias del Grado	8
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1. La esquizofrenia.....	13
2.2. La atención y la impulsividad en la esquizofrenia.....	18
2.3. Pruebas de evaluación del lenguaje en esquizofrenia.....	19
3. METODOLOGÍA.....	20
3.1. Participantes.....	20
3.2. Técnicas de recogida de datos e instrumentos	21
3.3. Procedimiento	24
4. RESULTADOS.....	24
5. DISCUSIÓN	33
6. CONCLUSIONES	36
7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	38
8. ANEXO I.....	44

ÍNDICE TABLAS

TABLA 1. ESPECIFICADORES DE CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA	14
TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA.....	16
TABLA 3. RESULTADOS OBTENIDOS A PARTIR DE LA PRUEBA DEL TEST NEUROBEL.....	25
TABLA 4. RESULTADOS OBTENIDOS A PARTIR DEL TEST NEUROBEL	28
TABLA 5. RESULTADOS OBTENIDOS A PARTIR DE LA PRUEBA CARAS – R	29
TABLA 6. RESULTADOS OBTENIDOS DEL ICI Y A-E	30
TABLA 7. RESULTADOS OBTENIDOS A PARTIR DE LAS PRUEBAS TEST CARAS – R Y TEST NEUROBEL	32

ÍNDICE FIGURAS

FIGURA 1. IMAGEN DE LA TABLA DE CONTINGENCIAS DE RENDIMIENTO EN ACIERTOS Y EN ICI	23
FIGURA 2. RESULTADOS LENGUAJE COMPRESIVO NEUROBEL.....	26
FIGURA 3. RESULTADOS LENGUAJE EXPRESIVO NEUROBEL	26
FIGURA 4. RESULTADOS LENGUAJE COMPRESIVO Y EXPRESIVO NEUROBEL.....	27
FIGURA 5. RESULTADOS PARTICIPANTES NEUROBEL	28
FIGURA 6. RESULTADO TEST CARAS - R	31

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Hermanas Hospitalarias Centro Sociosanitario Palencia por permitirme llevar a cabo esta investigación y maravillosa experiencia con los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

A todos los profesionales del centro, ya que sin su colaboración y predisposición este trabajo no se hubiera podido llevar a cabo.

Al Grupo de Investigación del Centro Hermanas Hospitalarias Palencia por dejarme formar parte de esta investigación.

A mi familia, por el cariño, el apoyo y la paciencia a lo largo de esta etapa.

Mi especial gratitud a Alba Ayuso Lanchares, por aportarme sus conocimientos y su experiencia, por su dedicación y por haberme apoyado y guiado en todo el proceso de prácticas, de investigación y de elaboración de este Trabajo Fin de Grado.

RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, es una de las enfermedades mentales más estudiadas en los últimos tiempos.

Las personas que la padecen presentan diversos síntomas, entre ellos alteración de su lenguaje y su atención. A lo largo de esta investigación se quiere comprobar la relación que presenta la atención y la impulsividad con el lenguaje en personas adultas con diagnóstico de esquizofrenia.

Para ello se lleva a cabo un estudio descriptivo cuantitativo en Hermanas Hospitalarias Centro Sociosanitario Palencia donde han participado 75 personas con diagnóstico de esquizofrenia comprendidas entre edades de 38 a 87 años. Las pruebas utilizadas fueron el test de las Caras – R, para medir la atención e impulsividad y el Neurobel, para medir el lenguaje. Los resultados obtenidos fueron que más del 90% de los pacientes presentan problemas en el lenguaje y en la atención. Como conclusión podemos decir que hay que tener en cuenta que los sujetos con esquizofrenia que tienen afectado el lenguaje suelen tener alterada la atención, por lo que los logopedas deberían trabajar ambas a la vez cuando se presente este tipo de dificultad.

Palabras clave: esquizofrenia, atención, lenguaje.

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious mental disorder that affects more than 21 million people worldwide, it is one of the most studied mental illnesses in recent times. People who suffer from it have various symptoms, including impaired language and attention. Throughout this research we want to verify the relationship between attention and impulsivity with language in adults with a diagnosis of schizophrenia. For this, a quantitative descriptive study was carried out in Hermanas Hospitalarias Centro Sociosanitario Palencia where 75 people with a diagnosis of schizophrenia between the ages of 38 to 87 years have participated. The tests used were the test Caras – R, to measure attention and impulsivity, and the Neurobel, to measure language. The results obtained were that more than 90% of the patients present altered language and attention. In conclusion, we can say that it must be taken into account that subjects with schizophrenia who have language

affected tend to have altered attention, so speech therapists should work both at the same time when this type of difficulty arises.

Key words: schizophrenia, attention, language.

1. INTEGRACIÓN DE COMPETENCIAS Y CONTENIDOS TRABAJADOS EN EL TÍTULO.

En el siguiente apartado se pretende mostrar los motivos por los cuales he escogido este tema para realizar el trabajo de fin de grado. Además de las dudas que surgieron, los objetivos que se pretenden y las competencias adquiridas relacionadas con el Grado de Logopedia.

1.1. Justificación del trabajo

El tema escogido para el TFG surgió como curiosidad para conocer más de cerca a los pacientes que presentan esquizofrenia y poder evaluarles. Las razones por las que escogí esta temática fueron varias:

En primer lugar, la realización del Practicum III facilitó el acceso de tener contacto con esta población, permitiendo así la observación y la evaluación directa con esta comunidad, y esta fue una de las principales razones por las que escogí esta temática.

En segundo lugar, me pareció interesante el ámbito de la logopedia en este campo y con este tipo de pacientes. Además de esta manera conocí otro tipo de pruebas para evaluar a esta población.

En tercer y último lugar, pude realizar mi propia investigación a partir de un tema de interés ya que no había indagado antes sobre el vínculo entre la atención y la impulsividad con el lenguaje, y como resultado surge este estudio novedoso e interesante.

Las dudas que me surgieron para la elaboración del presente trabajo son las siguientes:

- a. ¿Qué es la esquizofrenia y qué consecuencias presenta en la atención, la impulsividad y el lenguaje?
- b. ¿Qué relación hay entre la atención y la impulsividad en el lenguaje de las personas adultas con esquizofrenia?
- c. ¿Las personas con esquizofrenia tienen alterado el lenguaje?

Para poder dar respuesta a estas incógnitas, se han redactado los siguientes objetivos:

- a. Describir el lenguaje de pacientes con esquizofrenia adultos internalizados en un centro sociosanitario.

- b. Describir la atención de pacientes con esquizofrenia adultos internalizados en un centro sociosanitario.
- c. Analizar la posible relación entre la atención y las dificultades del lenguaje en personas con esquizofrenia.

1.2. Relación con las competencias del Grado

A lo largo de este trabajo también se ve reflejado el cumplimiento de las competencias propuestas por la titulación del Grado de Logopedia, las cuales se dividen en: competencias generales (CG), competencias específicas (CE) y competencias transversales (CT).

Competencias generales

CG3. Usar las técnicas e instrumentos de exploración propios de la profesión y registrar, sintetizar e interpretar los datos aportados integrándolos en el conjunto de la información.

En este trabajo he podido emplear dos pruebas de evaluación, tanto de atención como del lenguaje para, posteriormente, a partir de los datos obtenidos realizar la interpretación de éstos y llegar así a una conclusión.

CG4. Dominar la terminología que permita interactuar eficazmente con otros profesionales.

Gracias al dominio de la terminología sobre este tema en concreto, me ha facilitado la comunicación con los distintos profesionales que me han ayudado a lo largo de la investigación (logopeda, psiquiatra, auxiliares de enfermería, enfermeros).

CG9. Comprender y valorar las producciones científicas que sustentan el desarrollo profesional del logopeda.

Al igual que el apartado anterior, al conocer y comprender tanto la terminología utilizada como los diferentes artículos científicos, he podido aumentar mis conocimientos sobre la práctica del logopeda en este ámbito tan clínico y sobre esta patología en concreto.

CG15. Conocer y valorar de forma crítica las técnicas y los instrumentos de evaluación y diagnóstico en Logopedia, y procedimientos de la intervención logopédica.

Este trabajo se centra en la evaluación logopédica y, más en concreto, la evaluación de la atención, la impulsividad y el lenguaje. Por lo que así, me decanté por las pruebas pertinentes para poderlo llevar a cabo.

CG16. Conocer y valorar de forma crítica la terminología y la metodología propias de la investigación logopédica.

La investigación que se lleva a cabo promueve tanto el conocimiento como el aprendizaje de una terminología y una metodología innovadora en la intervención logopédica.

Competencias específicas

CE2.1. Conocer los fundamentos del proceso de evaluación y diagnóstico.

Para poder realizar esta investigación, previamente tuve que informarme y conocer las pautas que se llevan a cabo para realizar el proceso de evaluación (materiales, pruebas, modo de evaluación), ya que el diagnóstico se había realizado previamente por el profesional correspondiente.

CE2.2. Conocer y aplicar los modelos, técnicas e instrumentos de evaluación.

Como en el apartado anterior indico, para poder llevar a cabo la evaluación logopédica previamente tuve que informarme sobre las pruebas por las que me decanté (metodología, materiales, etc).

CE5.12. Adquirir un conocimiento práctico para la evaluación logopédica.

He tenido la suerte de poder llevar a cabo una evaluación logopédica de dos pruebas distintas a 75 pacientes, por lo que, considero que mi aprendizaje se ha incrementado considerablemente en este aspecto.

CE5.16. Conocer la actuación profesional y los entornos donde se desarrolla la práctica.

Gracias al desarrollo de mi Practicum III en el centro de Hermanas Hospitalarias, pude compaginarlo con la elaboración del estudio, por lo que tuve la oportunidad de conocer tanto la actuación como el entorno de la práctica.

CE13.5. Conocer e integrar los fundamentos metodológicos para la investigación en Logopedia.

A lo largo de este trabajo junto con el estudio realizado he ido adquiriendo las competencias necesarias para el desarrollo de la investigación logopédica.

Competencias transversales

CT1. Debe ser capaz de observar y escuchar activamente.

A lo largo de toda la investigación tuve que cumplir con estas dos capacidades para poder obtener los datos necesarios y desarrollar adecuadamente el estudio.

CT3. Tomar decisiones y asumir la responsabilidad de dicha decisión.

Durante todo el proceso de evaluación y, posteriormente, el desarrollo de este trabajo he tenido que asumir la responsabilidad de todas las decisiones que he ido tomando.

CT4. Trabajo en equipo.

Gracias al trabajo en equipo de todas las personas que han colaborado he podido llevar a cabo este trabajo.

CT5. Compromiso ético.

Tanto en mi estancia en Hermanas Hospitalarias como posteriormente he cumplido con el compromiso ético para poder llevar a cabo la realización de este trabajo con pacientes de dicho centro.

CT8. Autonomía y regulación de su propio aprendizaje.

Este trabajo me ha permitido adquirir gran autonomía, tanto en la realización de la investigación como, posteriormente, al adquirir nuevas competencias a través de artículos científicos.

CT10. Capacidad de organización y planificación.

A pesar de que esta competencia es la que más me ha costado, he logrado cumplirla a lo largo de todo el trabajo, ya que es indispensable para poder llevarlo a cabo.

CT11. Adaptación a nuevas situaciones.

Debido a la situación excepcional en la que nos encontramos, hemos podido adaptarnos igualmente para lograr la realización de esta investigación.

CT12. Resolución de problemas.

A lo largo de todo el trabajo me han ido surgiendo dificultades que he ido solventando gracias a la ayuda de mi tutora.

CT13. Razonamiento crítico.

Todo este trabajo presenta un razonamiento crítico gracias al aprendizaje que he ido adquiriendo en base a los artículos científicos para poder llegar a una conclusión lógica.

CT14. Capacidad de análisis y síntesis.

A lo largo de todo el trabajo he tenido que aprender a seleccionar la información más relevante.

CT15. Capacidad e interés por el aprendizaje autónomo.

A pesar de que el aprendizaje autónomo presenta mayor dificultad, he adquirido esta competencia a lo largo de todo el trabajo junto con la ayuda de mi tutora.

CT16. Conocer y manejar las nuevas tecnologías de la comunicación y la información.

Es de vital importancia el conocimiento de las nuevas tecnologías y de la información para llevar a cabo este trabajo, ya que se necesita tanto para la búsqueda de artículos científicos como para la fuente bibliográfica.

CT18. Gestionar la relación con el otro.

He tenido trato tanto con los pacientes que realizaron la investigación, como el resto de los profesionales del centro además de mi tutora.

CT19. Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio.

He aumentado mis conocimientos informáticos sobre algunos aspectos para poder llevar a cabo el estudio, por ejemplo, Excel.

CT20. Capacidad de gestión de la información.

Como en apartados anteriores comentaba, he tenido que aprender a seleccionar la información más relevante a lo largo de todo el trabajo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La esquizofrenia

La esquizofrenia se define como:

Un trastorno clínico complejo, multifactorial, caracterizado por una variación fenotípica amplia, con probable heterogeneidad etiológica (genética y ambiental), relativa poca variación en su presentación clínica a través de poblaciones y con el tiempo, que afecta a aproximadamente el 1% de las personas durante toda la vida y exhibe una gran variedad de cursos y de patrones de evolución, desde una cronicidad debilitante a episodios recurrentes con remisiones de síntomas o, en una proporción pequeña de casos, a la recuperación completa. (Jablensky *et al.*, 2013, p.1150)

Este trastorno, según algunos manuales como el DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) y el DSM V (American Psychiatric Association, 2013). Está caracterizado por algunos síntomas, los cuáles son: (a) delirios o ideas delirantes, (b) alucinaciones, (c) lenguaje o discurso desorganizado, (d) comportamiento desorganizado o catatónico y (e) síntoma negativo (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

Así mismo, según indican Freudenreich *et al.* (2018) la esquizofrenia es un diagnóstico de exclusión, es decir, se diagnostica si están presentes alguno de esos síntomas en ausencia de otras etiologías médicas o psiquiátricas. Todo ello comienza en la adolescencia o en el inicio de la etapa adulta, siendo también una enfermedad genética compleja y crónica, por lo que su pronóstico es grave y los pacientes serán institucionalizados. Además, todos los sistemas de clasificación especifican, que solo puede diagnosticarse esquizofrenia si los síntomas han estado presentes durante un período de tiempo suficiente, para evitar el sobrediagnóstico. Como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Especificadores de curso de la esquizofrenia en el DSM – IV, DSM – V y CIE – 11.

DSM – IV	DSM – V	CIE – 11
- Episodios con síntomas residuales interepisódicos	- Primer episodio, actualmente en el episodio agudo	- Primer episodio actualmente sintomático.
- Episódico sin síntomas residuales interepisódicos	- Primer episodio, actualmente en remisión parcial	- Primer episodio, en remisión parcial.
- Episodio único en remisión parcial	- Primer episodio, actualmente en remisión total	- Primer episodio, en remisión completa.
- Episodio único en remisión total	- Primer episodio, actualmente en remisión total	- Primer episodio, no especificado.
- Otro patrón o no especificado	- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo (después de un mínimo de dos episodios)	- Múltiples episodios, actualmente sintomático.
- Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa	- Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial	- Múltiples episodios, en remisión completa.
	- Episodios múltiples, actualmente en remisión total	- Múltiples episodios, no especificado.
	- Continuo	- Continuo, actualmente sintomático.
	- No especificado	- Continuo, en remisión parcial.
		- Continuo, en remisión completa.
		- Continuo, no especificado.
		- Otro SCH especificado.
		- SCH no especificado.

Fuente: elaboración propia a partir de American Psychiatric Association (1994) y World Health Organization (1994) y Valle (2020).

Algunos trastornos de la personalidad, como esquizotípico, esquizoide y paranoide muestran síntomas atenuados de esquizofrenia (American Psychiatric Association, 1994).

El tratamiento de la esquizofrenia puede ser de fase aguda (inicio de los primeros episodios) o de mantenimiento (pacientes que han pasado por múltiples episodios). No obstante, también se incluye rehabilitación y tratamiento a largo plazo además de la farmacoterapia.

Esta patología, según indican estos autores se debe en mayor medida su tasa al abuso de alcohol o consumo de sustancias tóxicas como cannabis y cocaína (Freudenreich *et al.*, 2017).

a. Clasificación de la esquizofrenia

El término de esquizofrenia engloba una gran clasificación, ya que, dentro de este trastorno, se encuentran otros subtipos en función del cuadro clínico que presenten y su característica principal (véase Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de la esquizofrenia según el DSM – IV, DSM – V y CIE – 10.

DSM – IV	DSM – V	CIE – 10
- Esquizofrenia	- Trastorno esquizotípico	- Esquizofrenia
- Trastorno esquizofreniforme	(de la personalidad)	- Esquizofrenia paranoide
- Trastorno esquizoafectivo	- Trastorno delirante	- Esquizofrenia hebefrénica
- Trastorno delirante	- Trastorno psicótico breve	- Esquizofrenia catatónica
- Trastorno psicótico breve	- Trastorno esquizofreniforme	- Esquizofrenia indiferenciada
- Trastorno psicótico compartido	- Esquizofrenia	- Depresión postesquizofrénica
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	- Trastorno esquizoafectivo	- Esquizofrenia residual
- Trastorno psicótico inducido por sustancias	- Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos	- Esquizofrenia simple
- Trastorno psicótico no especificado	- Trastorno psicótico debido a otra enfermedad médica	- Otras esquizofrenias
	- Catatonía	- Esquizofrenia sin especificación
	- Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico	
	- Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico	

Fuente: elaboración propia basada en American Psychiatric Association (1994), World Health Organization (1994) y CIE – 10 (1992).

b. El lenguaje en la esquizofrenia

El lenguaje es lo más característico de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ya que se encuentra muy alterado, como indica Dörr-Zegers (2010):

No hay ninguna duda, entonces, de que tanto para los autores clásicos como para los modernos sistemas de diagnóstico y clasificación supuestamente empíricos y operacionales, las alteraciones del pensamiento y/o lenguaje constituyen el núcleo de esta enfermedad. Ahora, lo más fascinante es que esta relación entre psicosis y alteración del lenguaje ya había sido insinuada en el siglo XIX. (p.3)

Por lo que el lenguaje presenta una gran importancia clínica, como además indica (Jimeno, 2019). Tal es la relevancia que se han englobado estos trastornos en el concepto de “logopatías”.

Según Jimeno (2019), los signos característicos del lenguaje en pacientes que presentan esquizofrenia son:

- Neologismos: formación de nuevas palabras, cuya derivación no puede ser comprendida.
- Perseveración: repetición persistente de palabras, continuamente vuelve a ello.
- Alogia: ausencia o disminución del lenguaje espontáneo, pobreza del contenido, bloqueos y aumento de latencia de respuesta.
- Paragramatismo: incoherencia y alteración de la expresión verbal.
- Aprosodia: incapacidad para transmitir o interpretar correctamente el ritmo, tono, acento, entonación, etc.
- Descarrilamiento y falta de lógica: habla espontánea en la que unas ideas no tienen ninguna relación con otras (alteración en la asociación de ideas), y se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica.
- Tangencialidad: consiste en responder a una pregunta de forma irrelevante, puede que esté relacionado con la pregunta o no tener relación ninguna.

Todas las características presentadas anteriormente, son unos de los primeros síntomas que se observan de la patología y pueden servir para ayudar a realizar un diagnóstico certero a través de pruebas de evaluación que se muestran en el apartado 1.3.

2.2. La atención y la impulsividad en la esquizofrenia

Como hemos podido observar anteriormente, la esquizofrenia incluye un cuadro clínico muy complejo. Además de los trastornos del lenguaje inicialmente explicados, también presenta otra serie de dificultades cognitivas, en particular las nombradas por Barrera (2006), que son dificultades en la memoria declarativa, en las funciones ejecutivas, en la atención sostenida y en la vigilancia.

Esta última, la vigilancia es la capacidad de mantener un nivel de alerta durante varios minutos (Barrera, 2006). Se relaciona la vigilancia con la impulsividad, ya que es un concepto multidimensional relacionado con diferentes medidas psicofisiológicas (Squillace *et al.*, 2011) en la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) (Squillace *et al.*, 2011) se determinaron seis componentes principales: atención, impulsividad motora, autocontrol, complejidad cognitiva, perseveración e inestabilidad cognitiva.

Patton *et al.* (1995) diferencian tres tipos de impulsividad: impulsividad motora, impulsividad atencional e impulsividad por imprevisión; relacionando estas dos últimas con baja amplitud del potencial evocado en la zona parietal en tareas comportamentales tales como pruebas de inteligencia y tareas de precisión y comprensión lectora, asociándose asimismo con la agresión verbal y física. Sin embargo, Martínez-Tenorio *et al.* (2007) contradicen esto último, ya que tras su estudio sobre los niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos muestra que el nivel de agresividad encontrado es leve y, por el contrario, el nivel de impulsividad es alto.

Volviendo al término de atención, siendo este también un concepto multidimensional, Barrera (2006) lo define como:

Capacidad de atender selectivamente a un estímulo, y la capacidad de sostener la atención durante un periodo prolongado de tiempo en circunstancias de baja frecuencia de estimulación. (p. 218)

Esto afecta a su funcionamiento ocupacional, es decir, presentan déficits en el reflejo de estímulos nuevos a pesar de ser avisados previamente de dicho estímulo.

Finalmente, podemos decir que la importancia de la atención e impulsividad son vitales en estas personas para poder desarrollar correctamente el lenguaje, tal es así, que cuantas más

dificultades coexistan más problemas tendrán en su vida y, por ende, en su funcionamiento cotidiano, casi serán más severos que los propios síntomas de la enfermedad.

2.3. Pruebas de evaluación del lenguaje en esquizofrenia

Existen diversas formas para tratar a los pacientes con esquizofrenia, aunque en este estudio nos hemos centrado en su evaluación, ya que los trastornos del lenguaje componen uno de los síntomas esenciales de las esquizofrenias y tienen gran relevancia clínica (Jimeno, 2019).

Jimeno (2019) en su artículo explica varias pruebas de evaluación psicopatológica del lenguaje:

- a. Pruebas generales objetivas de evaluación:** como la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS), El Sistema de la Asociación para la Metodología y Documentación en Psiquiatría, etc.
Destacando de este apartado las Escalas de Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) y Negativos (SANS), ya que además de que ambas derivan de la escala TLC (que veremos a continuación) también ambas presentan 6 opciones de respuesta en función de la intensidad del síntoma, que, como vimos en apartados anteriores, estos pacientes presentan síntomas como: aplanamiento afectivo, expresión emotiva disminuida, alogia o abulia.
- b. Pruebas generales subjetivas de evaluación:** Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF), Escala de Bonn para la Evaluación de Síntomas Básicos (BSABS), Escala para la Evaluación Subjetiva de Errores Atencionales (ESEA), etc.
- c. Pruebas específicas de evaluación:** Formal Thought Disorder Seale for carers (FTD-c) y patients (FTD-p), Escala Thought and Language Disorder (TALD), etc.
Destacando de este apartado la Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC), ya que es la principal prueba de evaluación de trastornos del pensamiento y el lenguaje en las esquizofrenias.

3. METODOLOGÍA

Este estudio se enmarca en una investigación más amplia llevada a cabo por el Grupo de Investigación del Centro Hermanas Hospitalarias Palencia y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Provincial de Palencia. La metodología utilizada ha sido una metodología descriptiva (Abreu, 2012) desde el paradigma cuantitativo (Mendoza *et al.*, 2019). Cuando hablamos de metodología descriptiva (Macías, 2018) nos referimos a un trabajo de campo que permite indagar la incidencia de una serie de variables en este caso la atención y el lenguaje, en una población determinada como es la esquizofrenia (Sampieri *et al.*, 2006).

El objetivo principal de este estudio es analizar la atención y el lenguaje en personas adultas con diagnóstico de esquizofrenia y la posible interrelación entre estas dos variables.

Por lo que, como indican tanto unos autores como otros, los estudios descriptivos son de gran utilidad en este caso y veremos a continuación los conceptos que vamos a medir, sobre qué tipo de personas obtendremos datos, etc.

Además, también se caracteriza por ser cuantitativo, es decir, las ideas iniciales que se van a investigar, como son la relación que presenta el lenguaje con la atención, son específicas y delimitadas, siendo lo más objetivas posibles a través de pruebas estandarizadas, para así formular y demostrar la teoría a la que queremos llegar, concretamente que la afectación de la atención influye en el lenguaje de personas adultas con esquizofrenia. En este caso, nuestros datos se fundamentan en procedimientos estadísticos, cuyos resultados se pretenden generalizar a partir de las muestras de nuestra población obtenidos. (Sampieri *et al.*, 2014).

Toda la información obtenida se introdujo inicialmente en una base de datos Excel, dividida y desglosada en los diferentes apartados. Las variables cuantitativas se han analizado mediante el cálculo de la media (promedio) y tablas cruzadas.

3.1. Participantes

Los sujetos participantes en esta investigación constituyen la totalidad de 81 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, a pesar de que 6 no colaboran en la evaluación, por lo que finalmente obtenemos un total de 75 participantes, de los cuales 43 son mujeres (57'33%) y 32 son hombres (42'66%). La media de edad de dichos pacientes es de 66'17 años, teniendo en

cuenta su rango de edad, el paciente más joven presenta 38 años y el paciente de edad más avanzada presenta 87 años.

Este estudio se realiza en el Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias localizado en Palencia, todos los participantes son residentes de dicho centro, divididos y organizados en distintas unidades residenciales, la investigadora se desplaza a esas unidades a desarrollar la investigación. Este estudio se realiza durante dos meses, desde octubre a diciembre, coincidiendo con el periodo del prácticum III.

Se establecen una serie de criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados de esquizofrenia.
- Pacientes residentes en el centro que fueran mayores de 38 años.
- Que mostraran voluntad por participar en el proyecto.
- Que mostraran cooperación durante la realización de las pruebas.

A su vez, se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes que no cooperaran en el proceso de evaluación.
- Pacientes que fueran menores de 38 años.
- Pacientes que no fueran residentes en el centro.
- Pacientes que no presentaran diagnóstico de esquizofrenia.
- Pacientes que estén incapacitados para la realización de la prueba.

3.2. Técnicas de recogida de datos e instrumentos

En esta investigación se evalúa tanto el lenguaje como la atención de la muestra anteriormente detallada.

Para ello se han utilizado las siguientes pruebas:

- a. Breve Batería Neuropsicológica de Evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores NEUROBEL** (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015).

Consta de 8 subpruebas, de la 1 a la 4 valoran la vertiente receptiva y de la 5 a la 8 valoran la vertiente expresiva. Por lo que se divide en dos grandes apartados: comprensión y expresión.

Dentro del apartado de comprensión se incluyen 4 subpruebas: discriminación de fonemas, decisión léxica auditiva, emparejamiento palabra hablada – dibujo y comprensión de oraciones. Y en el subapartado de expresión se incluyen pruebas como: repetición, denominación de dibujos, denominación de acciones y completar oraciones. Para saber más información sobre la prueba (véase Anexo I).

Todos estos ejercicios se pueden repetir como máximo dos veces si el paciente no nos ha comprendido. El total de la prueba consta de 100 puntos, los cuáles indican que de 0 a 50 puntos presenta deficiencias en su lenguaje tanto comprensivo como expresivo, mientras que, por el contrario de 50 a 100 puntos su lenguaje es mejor y está menos alterado.

Esta prueba tiene la finalidad de evaluar los principales procesos implicados en el lenguaje que anteriormente hemos visto. Esta batería se caracteriza por ser una versión más abreviada de otras baterías de evaluación neuropsicológica del lenguaje más largas, como el EPLA (Valle y Cuetos, 1995) y el BETA (Cuetos y González, 2009), es decir, las toma como referencia a pesar de ser mucho más sintética y optimizada, y su tiempo de administración también es más corto.

b. Caras – R. Test de percepción de diferencias – Revisado (Thurstone y Yela, 2012)

Esta prueba, desde su primera edición en castellano hasta la actualidad ha sido ampliamente usada para evaluar los aspectos perceptivos atencionales en contextos de orientación y evaluación escolar, de los 6 a los 18 años, y para adultos con problemas psiquiátricos. Además, evalúa las aptitudes requeridas para percibir rápidamente semejanzas y diferencias con patrones estimulantes parcialmente ordenados (Psicólogos especialistas asociados, 2020).

CARAS – R consta de 60 elementos gráficos, es decir, cada uno de ellos está formado por tres dibujos esquemáticos de caras con la boca, cejas y pelo representados con trazos elementales. Dos de las caras son iguales y la tarea consiste en determinar cuál es la diferencia y tacharla. Mediante unos baremos obtenidos a partir de muestras de alumnos previamente evaluados de entre 6 y 18 años se obtendrán una serie de puntuaciones que serán posteriormente analizadas mediante una tabla de contingencias (véase Figura 1).

El material necesario para realizar esta prueba es:

- Manual.
- Ejemplar autocorregible.
- Cronómetro.
- Lápiz/bolígrafo.
- Formulario de consentimiento informado para su correspondiente cumplimentación.

Dicho consentimiento fue firmado por el propio sujeto o por un familiar de este, debido a que alguno de los pacientes se encuentra en un estado de incapacidad legal a causa de sus condiciones cognitivas.

ICI	Normal	Inatento		Rendimiento normal		
	Bajo	Combinado		Impulsivo		
Eneatipos		1	2	3	5	7
		Bajo		Normal		
Aciertos						

Figura 1. Imagen de la tabla de contingencias de rendimiento en Aciertos y en ICI (expresado en eneatis) con los subtipos del TDAH (Crespo – Eguílaz *et al.*, 2006).

Tras esta breve explicación de ambas pruebas, debemos explicar el por qué de la elección de estas pruebas y no otras, nos decantamos por estas ya que algunas de las nombradas en Jimeno (2019) ya habían sido utilizadas por el grupo de investigación de Hermanas Hospitalarias recientemente en esta misma población, como ocurría con la prueba TLC, por ejemplo. Además, el Neurobel y el Test de las Caras se centran en dos componentes cognitivos relacionados con el ámbito logopédico: la atención y el lenguaje (tanto expresivo como comprensivo), y aunque no fueron unas de las explicadas en Jimeno (2019) se decidió que eran dos pruebas fiables que podíamos aplicar.

3.3. Procedimiento

Durante todo el procedimiento se han tenido en cuenta las normas éticas y legales vigentes. La investigación se lleva a cabo en diferentes salas en cada unidad residencial, estas salas contaban con una mesa, tres sillas y un ordenador, no contaban con objetos que pudieran ser distractores para el paciente, además las evaluaciones fueron individuales. Primero se utilizó el *Neurobel* como prueba de evaluación del lenguaje tanto comprensivo como expresivo, con el fin de obtener las puntuaciones pertinentes de cada paciente. Esta prueba presentaba la duración de aproximadamente 20 minutos. Posteriormente, se aplicaba la prueba de *Caras – R* siguiendo las normas y características propias de la misma. Esta última presenta la duración de 3 minutos. Así cada día que se acudía al centro se recogía las muestras obtenidas de los participantes. Para finalizar, se recogen los resultados de las pruebas en una base de datos Excel y se realiza el análisis estadístico pertinente.

4. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados generales de la muestra (N=75). Como anteriormente vimos, el 57'33% de los pacientes son mujeres y el 42'66% son hombres, seguidamente, veremos los diferentes resultados que han obtenido cada uno de ellos en ambas pruebas.

Como veremos después, aquí se encuentran los resultados obtenidos de la prueba *Neurobel* a los diferentes pacientes (véase Tabla 3 y Tabla 4).

Tabla 3. Resultados obtenidos a partir de la prueba del test Neurobel, la Breve Batería Neuropsicológica de Evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores (Adrián, Jonquera y Cuetos, 2015).

		TOTAL MEDIA	TOTAL CADA PRUEBA	TOTAL TIPO LENGUAJE	TOTAL NEUROBEL
COMPRESIÓN	DISCRIMINACIÓN DE FONEMAS	9,35	12	52	100
	DECISIÓN LÉXICA AUDITIVA	8,9	12		
	EMPAREJAMIENTO PALABRA HABLADA-DIBUJO	14,01	16		
	COMPRESIÓN DE ORACIONES	7,61	12		
EXPRESIÓN	REPETICIÓN	9,66	12	48	
	DENOMINACIÓN DE DIBUJOS	9,23	12		
	DENOMINACIÓN DE ACCIONES	8,76	12		
	COMPLETAR ORACIONES	6,56	12		

Fuente: elaboración propia basado en el test Neurobel, la Breve Batería Neuropsicológica de Evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015).

En esta Tabla 3 observamos las distintas subpruebas que presenta tanto el lenguaje comprensivo como el expresivo, además de la media de la puntuación obtenida y el total. Vemos que el total de la prueba son 100 puntos, por lo tanto, presenta mayor puntuación la comprensión frente a la expresión por 4 puntos de diferencia. Todas las puntuaciones obtenidas están por encima de la media, destacando “comprensión de oraciones” y “completar oraciones” como las pruebas que más dificultad presentaron los pacientes a raíz de sus resultados.

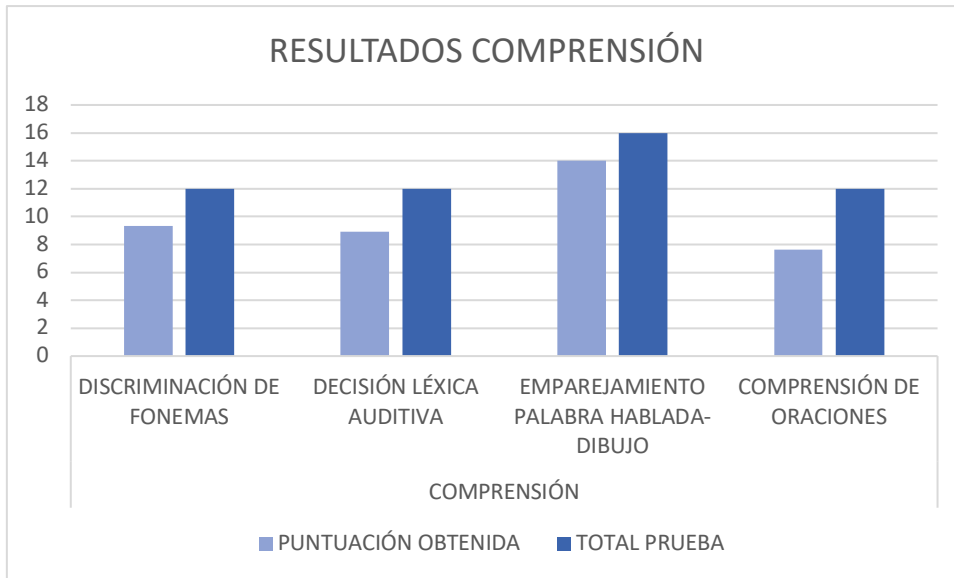


Figura 2. Resultados obtenidos del lenguaje comprensivo de las subpruebas del Neurobel.

Fuente: elaboración propia.

En la Figura 2 vemos que todas las puntuaciones de cada subprueba del lenguaje comprensivo presentan una puntuación total de 12 a excepción de “emparejamiento palabra hablada – dibujo” que son 16. Observamos que todos los pacientes presentan buena puntuación ya que superan más de la mitad de la puntuación total, destacando “comprensión de oraciones” donde peor puntuación presentan debido al aumento de complejidad de dicha prueba.

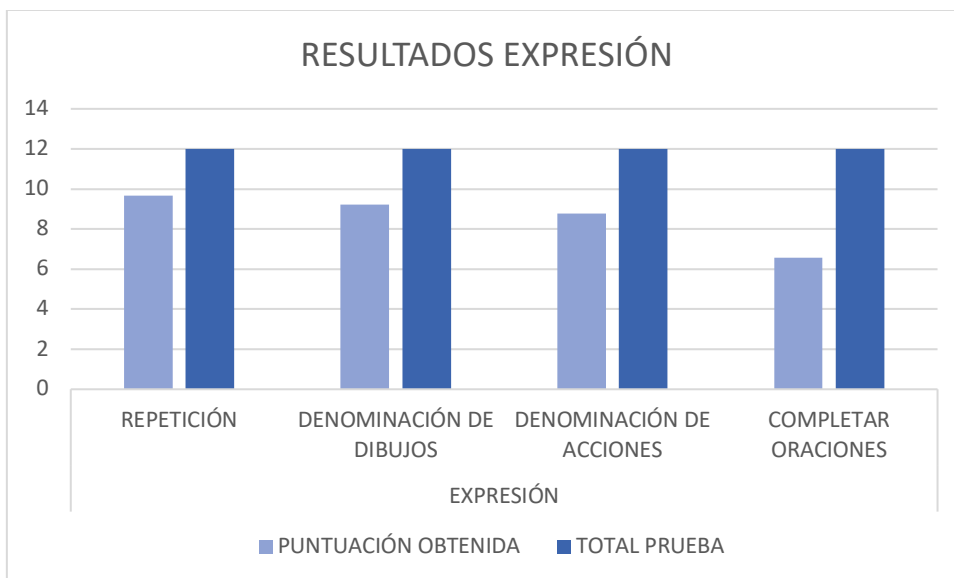


Figura 3. Resultados obtenidos del lenguaje expresivo de las subpruebas del Neurobel. Fuente: elaboración propia.

Observamos en la Figura 3 que, al contrario de la figura anterior, en las puntuaciones de cada subprueba del lenguaje expresivo presentan una puntuación total de 12 todas ellas. Vemos que todas presentan buena puntuación por encima de la media a excepción de “completar oraciones”, donde a pesar de superar la puntuación esperada se percibe mayor dificultad obteniendo peores resultados ya que presentaban un lenguaje poco coherente y desorganizado por no seguir la estructura de la frase sujeto-verbo-complementos. Además de que, al ser la última prueba, mostraban menos atención.

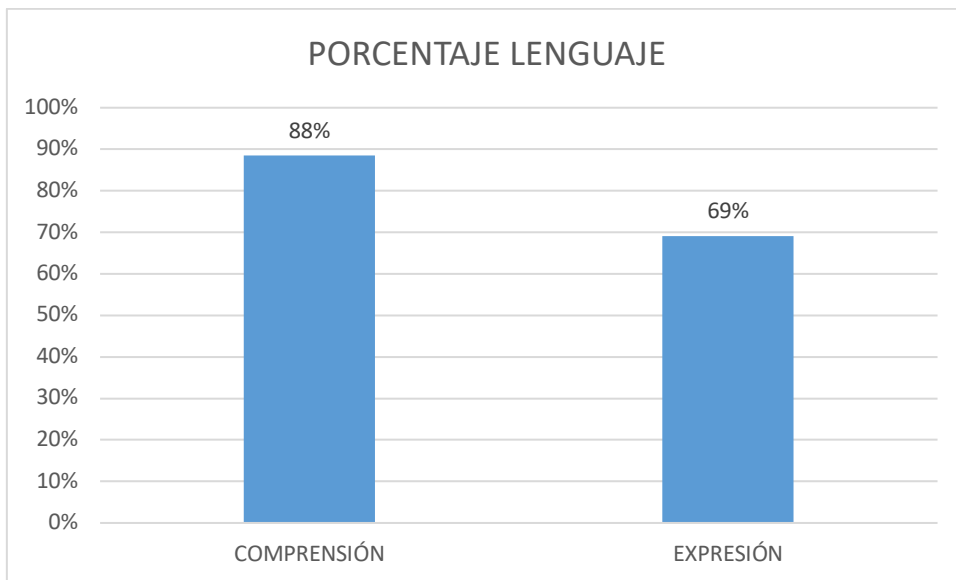


Figura 4. Resultados obtenidos del lenguaje (comprensivo y expresivo) de las subpruebas del Neurobel. Fuente: elaboración propia.

En esta Figura 4 comprobamos que los resultados obtenidos del lenguaje por los pacientes son mucho mejores en la comprensión (88%) que la expresión (69%), a pesar de que la puntuación en la expresión eran 4 puntos menos. En todas las pruebas se realizó la explicación como máximo dos veces, por lo que les resultaba más sencillo contestar a las pruebas de comprensión que a las de expresión, dónde ellos tenían que realizar mayor esfuerzo.

Tabla 4. Resultados obtenidos a partir del test Neurobel, la Breve Batería Neuropsicológica de Evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015).

	Nº				
	APROBADOS	Nº SUSPENSOS	TOTAL	% APROBADOS	% SUSPENSOS
MUJERES	34	9	43	79%	21%
HOMBRES	31	1	32	97%	3%
TOTAL	65	10	75	87%	13%

Fuente: elaboración propia.

Así podemos observar en la Tabla 4 los resultados obtenidos por los pacientes. Tomamos como referencia la mitad de la puntuación, es decir, 50 puntos de 100 totales, para comprobar cuántos de ellos no superan la puntuación mínima esperada. Vemos que 65 pacientes obtuvieron una puntuación superior a 50 puntos, mientras que tan solo 10 de ellos no consiguieron llegar a esta puntuación. Por lo que el 87% de los pacientes, es decir, la gran mayoría presenta un adecuado uso de su lenguaje tanto expresivo como comprensivo, porque tuvieron puntuaciones iguales o superiores a 50 puntos. Además de que, apenas un 13% de ellos han obtenido una puntuación inferior a lo esperado, presentado así dificultades en su lenguaje.

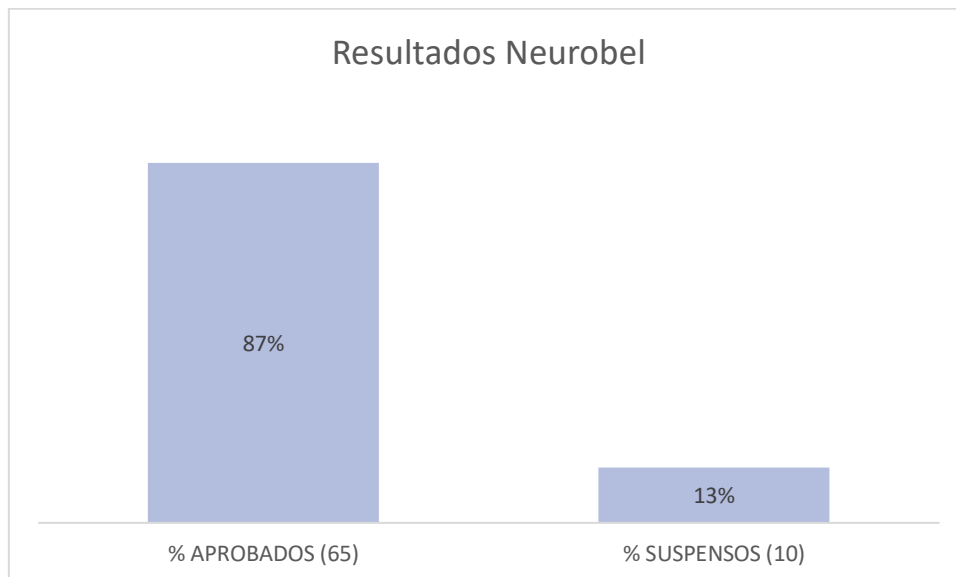


Figura 5. Resultados de los participantes en la prueba Neurobel. Fuente: elaboración propia.

Para facilitar la visualización de estos datos, podemos observar la Figura 5 donde comprobamos que la mayor parte de los pacientes presenta buenos resultados de su lenguaje tomando como referencia haber superado la mitad o más de la mitad de la puntuación total de la prueba.

A continuación, vemos los resultados obtenidos de la prueba Caras – R. Test de percepción de diferencias – Revisado (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados obtenidos a partir de la prueba Caras – R. Test de percepción de diferencias – Revisado. (Thurstone y Yela, 2012).

	TOTAL MEDIA (PD)	PUNTUACIÓN MÍNIMA (PD)	PUNTUACIÓN MÁXIMA (PD)
ACIERTOS	10,73 (1,013)	0	60
ERRORES	4,61 (7,92)	0	60
A-E	6,62 (1,013)	(-60)	60
ICI	58,59 (1,48)	(-100)	100

Fuente: elaboración propia basado en Caras – R. Test de percepción de diferencias – Revisado. (Thurstone y Yela, 2012).

En esta Tabla 5 vemos los distintos apartados que presenta esta prueba junto con las puntuaciones mínimas y máximas de la puntuación directa, además de la media obtenida en cada apartado, tanto de la puntuación directa como del eneatispo.

Respecto a la puntuación directa, cuantos más aciertos y menos errores tengan los pacientes, se obtendrá una mejor puntuación, al contrario de obtener menos aciertos y más errores, lo cual será peor. De todo esto depende el ICI (Índice de Control de la Impulsividad), ya que como podemos ver presentan demasiados errores (77%) frente al total de aciertos (179%). El ICI como observamos es elevado (586%) en estos pacientes.

En referencia al eneatispo vemos que presentan eneatispos muy bajos en todos los valores a excepción de los errores, lo cual confirma que estos pacientes tienen déficit en la atención y gran impulsividad.

Tabla 6. Resultados obtenidos del ICI y A – E a partir de las pruebas test Caras – R. Test de Percepción de diferencias – Revisado. (Thurstone y Yela, 2012).

	ICI NORMOTÍPICO	ICI POR DEBAJO DE LA MEDIA
A-E	0	0
NORMOTÍPICO		
A-E	69	6
POR DEBAJO DE LA MEDIA		

Fuente: elaboración propia basado en Caras – R. Test de Percepción de diferencias – Revisado. (Thurstone y Yela, 2012).

En esta Tabla 6 vemos los valores tanto del ICI (Índice de Control de la Impulsividad) como del A – E (Aciertos menos Errores) en una tabla cruzada, para observar los pacientes que presenten buena o mala puntuación de cada variable. Hemos valorado el ICI a partir del eneatispo 4, si éste es inferior se considera un ICI normotípico y, por el contrario, si éste es superior, es un ICI por debajo de la media; ya que cuánto mayor puntuación en el ICI es perjudicial, ya que presentarían estos pacientes mayor grado de impulsividad. En referencia al A – E, lo hemos valorado a partir del eneatispo 6, si éste es superior se considera resultado normotípico y, por el contrario, si éste es inferior, se considera resultado inferior a la media; ya que, al contrario del ICI, en el A – E cuánto más eneatispo se obtenga, significa que más aciertos ha presentado frente al número de errores.

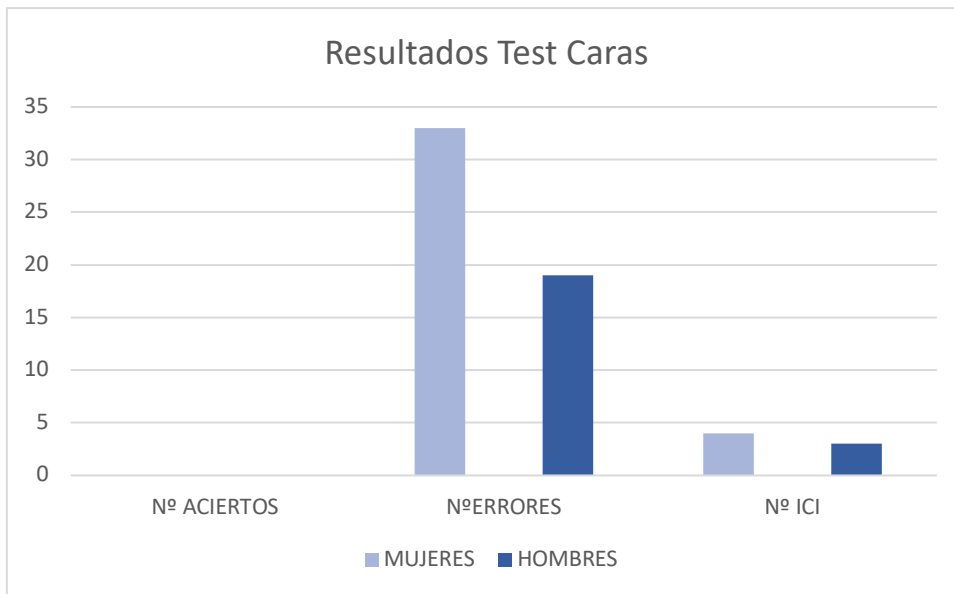


Figura 6. Resultado test Caras – R. Test de Percepción de diferencias – Revisado. (Thurstone y Yela, 2012). Fuente: elaboración propia.

Como podemos comprobar en la Figura 6, ambos pacientes presentan un número elevado de errores con un déficit de aciertos. Esto se debe a que pueden haber realizado la prueba demasiado deprisa, obteniendo así mayor número de errores, por lo que el paciente presentaría gran impulsividad. No obstante, al presentar un rendimiento bajo en ambas puntuaciones se pudiera relacionar también con un subtipo combinado, es decir impulsivo e inatento, ya que pudiese haber realizado la prueba de manera aleatoria y al azar.

Para observar más fácilmente la relación que presenta el lenguaje con la atención hemos realizado una tabla cruzada (Tabla 7).

Tabla 7. Resultados obtenidos a partir de las pruebas test Caras – R. Test de Percepción de diferencias – Revisado. (Thurstone y Yela, 2012) y test Neurobel, la Breve Batería Neuropsicológica de Evaluación del lenguaje oral en adultos – mayores (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015).

	Personas con puntuación inferior a 70 en Neurobel	Personas con puntuación superior a 70 en Neurobel
Personas con dificultades en la atención	24	44
Personas sin dificultades en la atención	0	7

Fuente: elaboración propia.

Como podemos observar en la Tabla 6, son 24 pacientes los que presentan dificultades en ambos procesos cognitivos, tanto en la atención como en el lenguaje (ya que presentan puntuación inferior a 70 en el Neurobel), mientras que son 44 los pacientes que presentan alteración exclusiva de la atención, por el contrario, no se encuentran pacientes que presenten puntuación inferior a 70 exclusivamente y, finalmente, hay 7 pacientes que no presentan ninguna dificultad. En definitiva, el 90'7% de los pacientes adultos con esquizofrenia presentan alteración de la atención, es decir, la gran mayoría.

5. DISCUSIÓN

Los pacientes con esquizofrenia presentan un lenguaje distinto del resto, por lo que es imprescindible evaluar sus niveles lingüísticos y el grado de afectación para poder rehabilitarles, como afirman Bordas y Sanclemente (2010), además estos autores indicaron que las perturbaciones que presentan son una de las principales características clínicas en la esquizofrenia.

Centrándonos en la discriminación de fonemas Mi *et al.* (2021) indican que no hay diferencias entre la percepción de consonantes y de vocales de un fonema en las personas con esquizofrenia, a pesar de que la percepción de las vocales es más inestable y sensible al deterioro que muestran estos pacientes, mientras que Kraus *et al.* (2019) demuestran que estos pacientes presentan un deterioro generalizado del procesamiento auditivo básico. Por ello, no sorprenden los datos obtenidos en nuestro estudio, ya que manifiestan que un 77,9% de los participantes tienen dificultades en la discriminación de fonemas.

Además del deterioro auditivo que revelan, gracias al análisis factorial de Chen *et al.* (1996) muestra que estos pacientes también presentan disfunción sintáctica, semántica y de producción, con lo cual esto afecta al acceso al léxico; esto lo hemos podido observar en nuestro estudio, ya que en la subprueba del Neurobel de decisión léxica auditiva, el 74'2% de nuestros participantes han mostrado dificultades.

Observamos buenos resultados en la subprueba de emparejamiento palabra hablada – dibujo, no es sorprendente, ya que la cohesión se ve afectada en pacientes con esquizofrenia, por lo que tienden a identificar no verbalmente, en este caso, señalando (Rochester y Martin, 1979, citado en Covington *et al.*, 2005).

Matsumoto *et al.* (2001) revelan tras un estudio que estos pacientes tienen dificultades para repetir un estímulo de manera consecutiva e inmediata, por lo que, no es sorprendente ya que, en nuestro caso en la subprueba de repetir 24 palabras aisladas, observamos que, a pesar de estar preservada esta capacidad en la esquizofrenia, se presenta retardada.

Elvevåg *et al.* (2002) indican que los significados de las palabras comunes no están afectados, por tanto, en la denominación de dibujos y de acciones no encuentran gran dificultad, a pesar de que

Allen *et al.* (1993) prueban que el acceso al léxico en estos pacientes se ve afectada por su fluidez verbal reducida y también por la cantidad de neologismos que presenta su habla.

Por otra parte, Kiang & Gerritsen (2019, p. 67-68) contrastan que estos pacientes interpretan mal la relación entre objetos o eventos, es decir, en su estudio muestran las deficiencias que presentan para predecir lo que ocurre a continuación. Esto lo hemos observado nosotros en la subprueba de completar oraciones, donde muestran más problemas y dificultades a la hora de continuar una frase a partir de una imagen, obteniendo una puntuación inferior a la media, además de que como revelan: “interfiere con la comprensión de la información semántica en el mundo, como el lenguaje escrito y hablado, imágenes y objetos, gestos y acciones, contribuyendo así al deterioro funcional asociado con esquizofrenia” (Kiang & Gerritsen, 2019, p. 67-68).

En nuestro estudio vemos que los pacientes con esquizofrenia muestran mejores resultados en la comprensión (88%) que en la expresión (69%), también autores como Adrián *et al.* (2015) obtuvieron tras su estudio mejores puntuaciones en las tareas de comprensión que en las de producción, aunque, por el contrario, no obtuvieron diferencias significativas entre las tareas de producción, mientras que nosotros vemos mayor dificultad en la última subprueba que trata sobre completar oraciones.

Centrándonos en lo que dicen autores como Torales *et al.* (2020) muestran que las personas que presentan esquizofrenia tienen déficits tanto en el procesamiento como en la integración visual de formas, además de presentar dificultades en el reconocimiento de emociones, objetos, etc. Por lo que esto puede ser una de las causas por las que en nuestro estudio sobre la atención hemos obtenido resultados tan negativos. Además, Ouzir (2013) indicó a través de su estudio con técnicas de neuroimagen que la impulsividad se encuentra presente en esta patología, otros autores como Suerte y Gold (2008) muestran que el deterioro que sufren estos pacientes en realizar algún tipo de tarea no se asocia con la dificultad de ésta, si no que, se asocia con la dificultad de los requisitos del control de la atención en dicha tarea, como hemos observado en nuestro estudio de Caras – R. Hemos tomado como referencia dicha prueba para medir el grado de atención e impulsividad de nuestros pacientes, a diferencia de otros autores que lo usan para evaluar TEA o TDA-H. Nos hemos centrado principalmente en los valores de A-E e ICI, donde podemos ver que presentan dificultad tanto en la atención como en la impulsividad.

Aunque la patología de esquizofrenia no solo presenta déficits de atención, sino que, autores como Alonso-Prieto *et al.* (2003) mostraron tras su estudio que los pacientes con Parkinson presentan más dificultades de atención que los pacientes sanos, además de autores como Sánchez-Gil y Pérez-Martínez (2008) que también notaron la pérdida de atención en adultos mayores sanos aunque más notablemente en pacientes con deterioro cognitivo, también indicaron que la atención se ve afectada por otras enfermedades mentales como la depresión o el consumo de psicofármacos.

En este trabajo se ha tenido en cuenta que los pacientes tenían un lenguaje no patológico cuando la puntuación del Neurobel era igual o superior al 70%, este rango también lo tuvieron en cuenta en el estudio de Morillama, (1968, citado en Adrián *et al.*, 2015), ya que en el Neurobel (Adrián *et al.*, 2015) no se establecen unos baremos predeterminados para valorar si los resultados son patológicos o no.

No hay como tal un baremo de puntuación para determinar el grado de afectación del lenguaje, hemos considerado que ya presentan dificultades si tienen una puntuación inferior a 90, aunque muy breve, por lo que puntuación inferior a 70 lo consideramos adecuado para determinar estas dificultades.

En un principio habría que trabajar siempre la atención cuando el lenguaje está afectado en esta patología como hemos podido comprobar, pues como indica Barrera (2006) los déficits cognitivos de estos pacientes con esquizofrenia afectan también a la atención y, por consiguiente, afectan a su funcionamiento social, ocupacional y a su manera de vivir independientemente. Una de las estrategias de intervención en estos pacientes se centra en el entrenamiento cognitivo de alto nivel, entre ellas la atención: "Los enfoques de entrenamiento cognitivo no se enfocan directamente en las habilidades del lenguaje, sino en funciones cognitivas más de dominio general". (Brown & Kuperberg, 2015, p. 16).

Además de presentar estas dificultades en la atención, los pacientes que presentan esta enfermedad muestran alteraciones que afectan al lenguaje (Stephane *et al.*, (2014). Accatino (2012) lo corrobora revelando que el lenguaje en los pacientes con esquizofrenia está gravemente perturbado, tanto el lenguaje oral como el lenguaje estructural. Todo ello afecta gravemente a su vida, por ello es necesaria una rehabilitación logopédica además del tratamiento farmacológico.

6. CONCLUSIONES

Tras realizar el análisis de los resultados obtenidos y haber realizado la revisión sistemática sobre la relación entre la atención y la impulsividad en el lenguaje de las personas con esquizofrenia, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Teniendo en cuenta nuestro estudio, podemos decir que la gran mayoría de los pacientes adultos con esquizofrenia institucionalizados presentan dificultades en la atención (90,7%).
2. Algo menos de un tercio de los pacientes adultos con esquizofrenia institucionalizados presentan dificultades en su lenguaje expresivo y comprensivo, es decir, en los resultados del Neurobel (32%).
3. Un número pequeño de los pacientes participantes presentan buena atención y unos niveles de lenguaje tanto expresivos como comprensivos adecuados (alrededor del 9%).
4. La mayor parte de los pacientes muestran alteraciones tanto del lenguaje como en la atención.
5. Las personas con esquizofrenia institucionalizadas muestran mejores resultados en el lenguaje comprensivo que en el expresivo. Además de que en el periodo de la prueba su lenguaje era incoherente y desorganizado. En esta patología es necesario trabajar siempre la atención cuando el lenguaje esté alterado, ya que presenta gran relación.
6. A lo largo de las pruebas estos pacientes eran incapaces de sostener la atención durante un periodo prolongado, por lo que las pruebas se han visto interrumpidas por su dificultad en la atención.

Algunas de las limitaciones que se han presentado a lo largo de la investigación fueron:

1. La no colaboración de algunos pacientes.
2. La dificultad para convencer a los pacientes de la realización de las pruebas (ya que, aunque sus familiares habían firmado el consentimiento informado, luego ellos mostraban reticencias para realizar las pruebas).
3. La dificultad de realizar estas pruebas a algunos pacientes que presentaban problemas de visión o de audición.

4. La dificultad para encontrar bibliografía actual respecto a la atención y el lenguaje en personas con esquizofrenia.
5. La dificultad para analizar los datos obtenidos del Neurobel, ya que no existe una baremación estandarizada.
6. La dificultad para realizar el análisis estadístico al no tener los conocimientos necesarios para utilizar programas informáticos para tal fin, ya que hubiera sido interesante contar con esta formación, debido a que la muestra es amplia.

Finalmente, nos vamos a centrar en las futuras líneas de investigación posibles en relación con la logopedia:

1. Es interesante continuar esta investigación analizando la relación existente entre el lenguaje y otro aspecto cognitivo, como, por ejemplo, la memoria, en esta misma patología.
2. Otra línea futura de investigación puede ser buscar la relación entre la atención y la impulsividad en el lenguaje de las personas con otro tipo de enfermedad mental, como, por ejemplo, la bipolaridad, trastornos obsesivos compulsivos, de ansiedad, etc.
3. Otra investigación que podría partir de este TFG podría ser analizar la relación entre los distintos tipos de esquizofrenia y comparar las diferencias.
4. Otra de las líneas futuras puede consistir en evaluar las diferencias existentes entre la atención, la impulsividad y el lenguaje de un grupo de personas con esquizofrenia y otro grupo de personas sin ninguna patología.
5. También sería interesante realizar la misma investigación que hemos realizado centrada en la diferencia entre géneros, edad y el nivel de estudios adquiridos, para ver las diferencias obtenidas.

7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abreu, J. (2012). Hipótesis, método y diseño de investigación (hypothesis, method & research design). *Daena: International Journal of Good Conscience*, 7(2), 187-197.
- Accatino, S. (2012). Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia. *Revista Memoriza. com*, 9, 1-8. http://www.memoriza.com/documentos/revista/2012/eqz2012_9_1-8.pdf
- Adrián, J.A., Jorquera, J., y Cuetos, F. (2015). NEUROBEL: Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos – mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 35(3), 101 – 113. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2014.12.004>
- Allen, H. A., Liddle, P. F. & Frith, C. D. (1993). Negative features, retrieval processes and verbal fluency in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 163(6), 769-775. <https://www.academia.edu/download/54298985/bjp.163.6.76920170831-2916-nx7mes.pdf>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-IV* (4.^a ed.). MASSON, S.A. http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv_castellano-completo.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5.^a ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://www.appi.org/Products/dsm>
- Alonso-Prieto, E., Esteban, E.M., Trujillo-Matienzo, C., Lara-Fernández, G.E., Roussó-Viota, T. y Cordero-Eiriz, A. (2003). Alteraciones específicas de la atención en estadios tempranos de la enfermedad de Parkinson. *Revista de neurología*, 36(11), 1015-1018. [https://www.researchgate.net/profile/Gloria-Lara-Fernandez/publication/331120262 Alteraciones especificas de la atencion en est](https://www.researchgate.net/profile/Gloria-Lara-Fernandez/publication/331120262_Alteraciones_especificas_de_la_atencion_en_est)

[adios_tempranos_de_la_Enfermedad_de_Parkinson/links/5f305cb5a6fdcccc43bb2948/Alteraciones-especificas-de-la-atencion-en-estadios-tempranos-de-la-Enfermedad-de-Parkinson.pdf](#)

- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 44(3), 215-221. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272006000300007>
- Bordas, C. y Sanclemente, M. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30(2), 84-93. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(10\)70120-0](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(10)70120-0)
- Brown, M. & Kuperberg, G. (2015). A Hierarchical Generative Framework of Language Processing: Linking Language Perception, Interpretation, and Production Abnormalities in Schizophrenia. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9(643), 1-23. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00643>
- Chen, Y., Rauscher, F. & Krauss, R. (1996). Gesture, Speech, and Lexical Access: The Role of Lexical Movements in Speech Production. *Psychological science*, 7(4), 226-231. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1467-9280.1996.tb00364.x>
- Covington, A., He, C., Brown, C., Naçi, L., McClain, J., Fjordbak, B., Semple, J. & Brown, J. (2005). Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. *Schizophrenia Research*, 77(1), 85-98. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.01.016>
- Crespo-Eguílaz, N., Narbona, J., Peralta, F. & Repáraz, R. (2006). Measure of sustained attention and impulsiveness control in children: New way of administering the Faces, Differences Perception Test. *Journal for the Study of Education and Development*, 29(2), 219-232. <https://doi.org/10.1174/021037006776789926>
- Cuetos, F. y González, M. (2009). *Beta, batería para la evaluación de los trastornos afásicos*. Instituto de orientación psicológica EOS.

- Dörr-Zegers O. (2010). Esquizofrenia, lenguaje y evolución (o las esquizofrenias como logopatías). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1), 1-7. [https://www.actaspsiquiatria.es/PDFS/38/Actas%20Esp%20Psiquiatr%202010%2038\(1\)%201-7.pdf](https://www.actaspsiquiatria.es/PDFS/38/Actas%20Esp%20Psiquiatr%202010%2038(1)%201-7.pdf)
- Elvevåg, B., Weickert, T., Wechsler, M., Coppola, R., Weinberger, D. R. & Goldberg, T. E. (2002). An investigation of the integrity of semantic boundaries in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 53(3), 187-198. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00202-X](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00202-X)
- Freudenreich, O., Brown, H.E., & Holt, D.J. (2017-2018). *Psicosis y Esquizofrenia. Tratado de psiquiatría clínica Massachusetts General Hospital*, (2.ª ed.), capítulo 28/94, 1-45. <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/10/28.-Psicosis-y-esquizofrenia.pdf>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista-Lucio (2006). *Metodología de la investigación*. Mcgraw-hill.
- Jablensky, A., Ripke, S., O'Dushlaine, C., Chambert, K., Moran, JL, Kähler, AK, Akterin, S., ... Wellcome Trust Case Control Consortium 2. (2013). Genome-wide association analysis identifies 13 new risk loci for schizophrenia. *Nature genetics*, 45(10), 1150. <http://www.nature.com/doi/10.1038/ng.2742>
- Jimeno, N. (2019). Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(1), 34-42. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272019000100034>
- Kiang, M., & Gerritsen, C. (2019). The N400 event-related brain potential response: A window on deficits in predicting meaning in schizophrenia. *International Journal of Psychophysiology*, 145, 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2019.04.005>

- Kraus, M., Walker, T., Jarskog, L., Millet, R., & Keefe, R. (2019). Basic auditory processing deficits and their association with auditory emotion recognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 204, 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.08.031>
- Macías, G. (2018). Metodología para la Investigación Cualitativa Fenomenológica y/o Hermenéutica. *Revista Latinoamericana de Psicoterapia Existencial. Un enfoque comprensivo del ser*, 17, 17-23 https://www.academia.edu/download/58457909/metodologia_para_la_investigacion_cualitativa_fenomenologica_y_o_hermeutica.pdf
- Martínez-Tenorio, FN., Hernández-Daza, M. y Chávez-Dueñas, M. (2007). Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40(2), 35-40. <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19688>
- Matsumoto, K., Matsuoka, H., Yamazaki, H., Sakai, H., Kato, T., Miura, N., Nakamura, M., Osakabe, K., Saito, H., Ueno, T. & Sato, M. (2001). Impairment of an event-related potential correlate of memory in schizophrenia: effects of immediate and delayed word repetition. *Clinical Neurophysiology*, 112(4), 662-673. [https://doi.org/10.1016/S1388-2457\(01\)00475-8](https://doi.org/10.1016/S1388-2457(01)00475-8)
- Mendoza, I. M., Monteverde, L., Labajos, F. A., Bejarano, M. A., y Jara, K. M. (2019). *Metodología de la investigación holística*. Universidad Internacional del Ecuador. Guayaquil.
- Mi, L., Wang, L., Li, X., She, S., Li, H., Huang, H., ... & Zheng, Y. (2021). Reduction of phonetic mismatch negativity may depict illness course and predict functional outcomes in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 290-297. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.065>
- Ouzir, M. (2013). Impulsivity in schizophrenia: A comprehensive update. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 247-254. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.014>

- Parajuá, P. y López, M. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 (10.ª ed.)*. Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Patton, J., Stanford, M. & Barrat, E. (1995). Factor structure of the barrat impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1)
- Psicólogos Especialistas Asociados. (2020). *Caras – R Test de Percepción de Diferencias – R*. Tea ediciones.
- Sampieri, R., Collado, C., Lucio, M.P., Valencia, S., & Torres, C.P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Sánchez-Gil, I. Y. y Pérez-Martínez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2), 1561-3038. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011&lng=es&tlng=es.
- Squillace, M., Picón-Jainero, J., y Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 8-18. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439542494002>
- Stephane, M., McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Strauss, C., Dodgson, G., Jones, N., Woods, A., ... & Sommer, I. (2014). Better Than Mermaids and Stray Dogs? Subtyping Auditory Verbal Hallucinations and Its Implications for Research and Practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 275-284. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu018>
- Suerte, S. T., & Gold, J. M. (2008). The Construct os Attention in Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 64(1), 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.02.014>

- Torales, J., Meyer, E.D., y Fariña, E. (2020). Esquizofrenia y alteraciones de la percepción visual. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 7(2), 2312-3893.
<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.02.96>
- Thurstone, L. L. & Yela, M. (2012). *Caras-R Test de Percepción de Diferencias – R. Tea* (11.ª ed).
http://www.web.teaediciones.com/ejemplos/caras-r%20manual_2012.pdf
- Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 95-104.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2020.01.002>
- Valle, F. & Cuetos, F. (1995). *EPLA: Evaluación del procesamiento lingüístico en la afasia*. Hove. UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization. (1994). *Esquizofrenia* (2019, 4 de octubre).
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

8. ANEXO I

Tabla 7. Explicación de cada subprueba del test Neurobel, la Breve Batería Neuropsicológica de Evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015):

<u>COMPRESIÓN</u>	Discriminación de fonemas	<p>Consta de 24 ítems, en cada uno de ellos aparecen dos palabras representadas, pueden aparecer una real y otra inventada o ambas reales.</p> <p>Por ejemplo: luz-luz (iguales) o tren-tres (diferentes).</p> <p>Este ejercicio consiste en leer ambas y el paciente debe comprender si son iguales o diferentes.</p>	<p>El resultado final es la suma de las puntuaciones correctas, cada ítem es un punto, el resultado total al ser 24 se divide entre 2 para obtener una puntuación total de 12 puntos.</p>
	Decisión léxica auditiva	<p>Consta de 24 ítems, en cada uno de ellos aparece una palabra, puede ser real o inventada.</p> <p>Por ejemplo: orgullo (real) o parquella (inventada).</p> <p>Este ejercicio consiste en leer cada palabra y el paciente debe comprender si es real o no.</p>	<p>El resultado final es la suma de las puntuaciones correctas, cada ítem es un punto, el resultado total al ser 24 se divide entre 2 para obtener una puntuación total de 12 puntos.</p>
	Emparejamiento palabra hablada – dibujo	<p>Consta de 16 ítems, en cada uno de ellos aparecen cuatro imágenes o dibujos distintos, aunque el campo semántico esté relacionado.</p> <p>Por ejemplo: mano, pie, pierna, oreja.</p>	<p>El resultado final es la suma de las puntuaciones correctas, cada ítem es un punto, el resultado total es de máximo 16 puntos.</p>

		Este ejercicio consiste en decir una de ellas al paciente y éste tiene que comprendernos y señalarnos el dibujo correspondiente.	
	Comprensión de oraciones	Consta de 6 frases distintas, en cada una de ellas se indica al paciente que realice dos órdenes y éste tiene que comprender y posteriormente hacer lo que se le indique. Por ejemplo: señala la ventana y después la puerta.	El resultado final es la suma de las puntuaciones correctas, en cada frase como máximo se puede obtener hasta dos puntos. Es decir, si no lo hace son cero puntos; si solo hace una de las dos órdenes es un punto; y si hace las dos órdenes son dos puntos. Por lo que la puntuación total es de 12.
<u>EXPRESIÓN</u>	Repetición	Consta de 24 ítems, en cada uno de ellos aparece una palabra, puede ser real o inventada. Por ejemplo: barco (real) o retionático (inventada). Este ejercicio consiste en nombrar cada palabra y que el paciente posteriormente la repita.	El resultado final es la suma de las puntuaciones correctas, cada ítem es un punto, el resultado total al ser 24 se divide entre 2 para obtener una puntuación total de 12 puntos.
	Denominación de dibujos	Consta de 24 ítems o dibujos distintos, la finalidad de este ejercicio es que el paciente nombre cada uno de ellos cuando se lo señalemos.	El resultado final es la suman de las puntuaciones correctas, cada ítem es un punto, el resultado total al ser 24 se divide entre 2 para

		<p>Tiene que ser la palabra exacta que viene indicada, si no es erróneo.</p> <p>Por ejemplo: dibujo de escoba y que diga “escoba”, si dice “brocha, cepillo...” será incorrecto.</p>	<p>obtener una puntuación total de 12 puntos.</p>
	<p>Denominación de acciones</p>	<p>Consta de 12 ítems o dibujos en los que se representan varias acciones.</p> <p>Este ejercicio consiste en que le mostraremos al paciente la imagen y nos tendrá que decir la acción en infinitivo que está observando.</p> <p>Por ejemplo: dibujo de un hombre en un coche sujetando el volante y tendrá que decir “conducir”.</p>	<p>El resultado final es la suma de las puntuaciones correctas, cada ítem es un punto, por lo que el resultado total es como máximo 12 puntos.</p>
	<p>Completar oraciones</p>	<p>Consta de 6 ítems o dibujos en los que se representan varias acciones.</p> <p>Este ejercicio consiste en que le mostraremos al paciente la imagen y nos tendrá decir lo que ocurre en dicha foto. Le ayudaremos iniciándole la frase con algún sustantivo.</p> <p>Por ejemplo: dibujo de un perro lamiendo a su amo, nosotros le iniciaremos la frase diciendo “el</p>	<p>El resultado final dependerá de la contestación, es decir, cuando esté correctamente completada sintáctica y semánticamente obtendrá dos puntos; si está correctamente completada, pero con errores semánticos (no expresa lo que aparece, falta de la palabra correcta, etc) obtendrá un punto; y,</p>

		<p>perro...” y el tendrá que completarla diciendo “lame”, “lame a su amo”, “está sentado lamiendo a su amo”.</p>	<p>finalmente si fracasa o no se da respuesta (es incompleta, hay déficits gramaticales o semánticos, etc) obtendrá cero puntos. La puntuación total es de 12 puntos.</p>
--	--	--	---

Fuente: elaboración propia basado en el test Neurobel, la Breve Batería Neuropsicológica de Evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores (Adrián, Jorquera y Cuetos, 2015).