

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL  
LENGUAJE EN LAS ESQUIZOFRENIAS  
MEDIANTE LA ESCALA DE PENSAMIENTO,  
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN (TLC):  
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN LOGOPEDIA

CURSO 2020 – 2021

AUTORA: LILIA NIKOLAEVA KOSAKOVA

TUTORA: PROF. NATALIA JIMENO BULNES

## ÍNDICE

0. JUSTIFICACIÓN .....	5
1. INTRODUCCIÓN .....	6
1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA .....	6
1.2 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA .....	8
1.3 EVALUACIÓN DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN EN ESQUIZOFRENIA .....	10
2. OBJETIVOS .....	14
2.1 OBJETIVOS GENERALES .....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
3. MATERIAL Y MÉTODOS .....	15
3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	15
3.2 PROCEDIMIENTO .....	16
4. RESULTADOS .....	17
4.1 ASPECTOS FORMALES .....	25
4.2 ASPECTOS DE CONTENIDO .....	25
5. DISCUSIÓN .....	28
6. CONCLUSIONES .....	35
7. BIBLIOGRAFÍA .....	36
8. ANEXOS .....	40

## RESUMEN

**Introducción:** La esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por la presencia de síntomas psicopatológicos como: delirios y alucinaciones, incluidos además trastornos del pensamiento y el lenguaje. La evaluación de estos síntomas se lleva a cabo mediante escalas psicopatológicas generales y específicas. La principal escala psicopatológica específica para la evaluación de los trastornos del lenguaje y comunicación en la esquizofrenia es la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (*Thought, Language and Communication Scale*, TLC).

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica sobre la evaluación de los trastornos del lenguaje y comunicación con la escala TLC en personas con esquizofrenia y conocer sobre el papel del logopeda en la atención a personas con esquizofrenia.

**Material y métodos:** Se han incluido artículos obtenidos en las plataformas “Dialnet” y “Pubmed”, sin límite anterior en la fecha y hasta 31.12.2020, en inglés y en español. Se estudian algunas variables como: los sujetos o la muestra, los métodos de evaluación, las escalas de evaluación.

**Resultados:** Se han seleccionado 15 artículos. Se muestran los diferentes síntomas positivos y negativos presentes en la esquizofrenia aguda y crónica, los trastornos formales del pensamiento más frecuentes en las personas con esquizofrenia (como la tangencialidad, presente en un 71%). La escala TLC se ha utilizado también en otros trastornos psiquiátricos.

**Conclusiones:** La escala TLC es la principal herramienta de evaluación de los trastornos del lenguaje y la comunicación en las personas con esquizofrenia. Existen diferentes perfiles de síntomas relacionados con la edad y el estadio de la enfermedad. Es imprescindible el papel del logopeda en la actuación en esquizofrenia.

**Palabras clave:** Revisión bibliográfica, escala TLC, evaluación del lenguaje y comunicación, esquizofrenia, psicopatología.

## ABSTRACT

**Introduction:** Schizophrenia is a psychotic disorder characterized by the presence of psychopathological symptoms such as: delusions and hallucinations, also including thought and language disorders. The assessment of these symptoms is carried out by means of general and specific psychopathological scales. The main specific psychopathological scale for the assessment of language and communication disorders in schizophrenia is the Thought, Language and Communication Scale (TLC).

**Objectives:** To carry out a literature review on the assessment of language and communication disorders with the TLC scale in people with schizophrenia and to learn about the role of the speech-language pathologist in the care of people with schizophrenia.

**Material and methods:** We have included articles obtained from the "Dialnet" and "Pubmed" platforms, with no previous limit on the date and until 31.12.2020, in English and Spanish. Some variables are studied such as: subjects or sample, evaluation methods, evaluation scales.

**Results:** 15 articles have been selected. The different positive and negative symptoms present in acute and chronic schizophrenia, the most frequent formal thought disorders in people with schizophrenia (such as tangentiality, present in 71%) are shown. The TLC scale has also been used in other psychiatric disorders.

**Conclusions:** The TLC scale is the main assessment tool for language and communication disorders in people with schizophrenia. There are different symptom profiles related to age and stage of the disease. The role of the speech therapist in schizophrenia is essential.

**Key words:** bibliographic review, TLC scale, language and communication assessment, schizophrenia, psychopathology.

## JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN

Se ha elegido trabajar sobre la esquizofrenia y la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (*Thought, Language and Communication Scale, TLC*) debido a varios aspectos. La escala TLC es una escala de evaluación de los trastornos formales del pensamiento, del lenguaje y de la comunicación, la más utilizada en la evaluación de la esquizofrenia, de gran utilidad para el trabajo de los logopedas en su intervención posterior y que se explicará en un apartado de la introducción del trabajo.

La esquizofrenia es una patología que siempre ha llamado mi atención, en cuanto a la clínica y sintomatología relacionada con el lenguaje y el pensamiento, además de las consecuencias que conlleva a nivel social y en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. La mayoría de los pacientes presentan alteraciones y limitaciones en cuanto a sus interacciones sociales. El hecho de querer saber más sobre esquizofrenia y la curiosidad por la patología se acentuó en el periodo de prácticas en la unidad de neurología durante el tercer curso de este grado, donde tuve la oportunidad de observar la intervención que se llevó a cabo con una persona que presentaba esquizofrenia.

Para mí esta patología es un trastorno muy interesante en cuanto a la clínica se refiere y los síntomas del lenguaje y la comunicación que presentan los pacientes, lo cual es de gran interés en logopedia. Se pretendía realizar un trabajo de estudio de campo, evaluando a diferentes pacientes con esquizofrenia mediante la escala TLC. El hecho de que el trabajo tratara de esquizofrenia estaba claro desde un principio de la elección, posteriormente debido a la situación de pandemia mundial por la COVID-19, se tuvo que abandonar la idea del estudio de campo y se decidió realizar una revisión bibliográfica de todos los trabajos disponibles sobre la TLC.

## 1. INTRODUCCIÓN

Este apartado estará dividido en tres subapartados diferentes. Se presentarán las características de la esquizofrenia, incluyendo primeramente su concepto, posteriormente se expondrá de forma general la evaluación y el tratamiento en la esquizofrenia y finalmente, la evaluación del lenguaje y la comunicación en esquizofrenia, dónde se explicará la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (*Thought, Language and Communication Scale*, TLC).

### 1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave, en el cual según el DSM-5 los síntomas que se presentan persisten durante un mínimo de seis meses. Estos síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), conocimiento del entorno (delirios), procesos de pensamiento y lenguaje (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio. Los síntomas iniciales pueden incluir también alteraciones del comportamiento, como ansiedad generalizada, depresión leve transitoria, pérdida de interés o abandono del trabajo y de las actividades sociales que antes eran importantes, suspicacia y un cambio profundo y visible en los hábitos y valores personales como el aseo, la higiene, el cuidado de la vestimenta o la puntualidad. Además, existe una pérdida continua de intereses y de la capacidad de relacionarse con los demás, acompañadas de un deterioro global de la personalidad. Comienza a manifestarse en la adolescencia, también pueden existir indicadores precoces presentes en la infancia (Romero, 2021; Ortuño, 2008).

Los síntomas en la esquizofrenia se dividen en positivos y negativos. Los síntomas negativos son aquellos que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales. Se relacionan con un peor pronóstico del paciente. Algunos de estos síntomas son: alogia, abulia y aislamiento social. Por otro lado, los síntomas positivos son los que no se presentaban previamente en la persona y aparecen con la enfermedad, como por ejemplo: ideas delirantes o alucinaciones (Caballo, 2014).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), para poder obtener una idea sobre las principales manifestaciones y síntomas característicos de la esquizofrenia, algunas de sus características diagnósticas son: gran

variedad de disfunciones cognitivas, conductuales y afectivas. Su diagnóstico conlleva la identificación de síntomas asociados acompañados de alteración del funcionamiento social.

Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el sistema DSM-5 publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el año 2013 se muestran en el Anexo 1.

La definición que aporta la CIE-10 es la siguiente:

“Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo. [...] No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas.”

Además, una característica fundamental en esquizofrenia son las limitaciones y alteración en el funcionamiento social. Existe una afectación importante en el aspecto social e interpersonal, con graves limitaciones en las habilidades sociales. Este deterioro del funcionamiento social se considera un elemento característico de la patología (Jiménez, Vázquez, Cecilia, 2000). Comprende varias áreas que se ven afectadas: el funcionamiento cognitivo (la memoria y la capacidad de abstracción) y además, las actividades de la vida diaria. Además, a esto se le añade que las personas con esquizofrenia a menudo se desenvuelven en medios que presentan unas condiciones y exigencias superiores, que no se adaptan a su deterioro (Cuevas, 2003).

En cuanto a la etiología de la esquizofrenia, es un trastorno cuyo origen se puede encontrar relacionado con la herencia, tienen gran importancia los factores genéticos. Además no solamente influyen los factores genéticos, también existen otros factores que pueden contribuir a incrementar el riesgo de padecer esquizofrenia, como los factores de naturaleza biológica o factores ambientales como: infecciones o traumatismos.

Haciendo referencia a la epidemiología, se puede afirmar que una de cada 100 personas padecerá esquizofrenia en algún momento. La prevalencia a lo largo de la vida se encuentra situada a un 10 por 1000 habitantes. Además, la prevalencia es mayor en áreas y países de niveles socioeconómicos bajos.

Finalmente, referido a la diferencia entre sexos, la esquizofrenia tiene una incidencia similar en ambos sexos, sin embargo la edad de comienzo de la enfermedad es diferente. En los hombres ocurre entre los 15 y los 25 años, mientras que en las mujeres entre los 20 y los 40 años (Ortuño, 2008).

## **1.2. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA**

La **evaluación** general de la esquizofrenia se compone de varios tipos debido a las diferentes áreas que es necesario evaluar para garantizar una posterior intervención ajustada a las necesidades y características de cada paciente. Se incluye: evaluación neurocognitiva, psicopatológica y de neuroimagen.

La evaluación neurocognitiva, incluye la evaluación de los aspectos cognitivos referidos a la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, la fluidez verbal, las habilidades perceptivas. Las pruebas más habituales y conocidas, para dicha evaluación son las siguientes (Penadés, 2010):

- *Continuous Performance Test (CPT)*: es una prueba dedicada a estudiar el mantenimiento de la atención en los pacientes con esquizofrenia.
- *MiniMental*: es una prueba dedicada a la evaluación de la memoria.
- *Test Stroop*: es una prueba dedicada a la evaluación de las funciones ejecutivas.
- Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (*Wisconsin Card Sorting Test, WCST*): es de las pruebas más utilizadas para la evaluación de las funciones ejecutivas. Consiste en agrupar una serie de tarjetas en función de diferentes categorías.

Referente a la **evaluación del lenguaje y la comunicación**, se evalúan varias áreas concretas con diferentes pruebas como: semántica utilizando las pruebas “Peabody”, “Boston” o el área sintáctica, mediante diferentes procesos y métodos no estandarizados. La evaluación psicopatológica del lenguaje es un área complicada y se lleva a cabo mediante varias pruebas y test que evalúan aspectos diferentes y concretos, que además la mayor parte de ellas son comunes y aparecen en los artículos que se han revisado en este trabajo, las pruebas generales más utilizadas son las siguientes (Jimeno, 2019):

- Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS).
- Escala de evaluación de Síntomas Positivos (SAPS).
- Escala de Evaluación de Síntomas Negativos (SANS).
- Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS).

Finalmente, referido a la evaluación de la esquizofrenia, las técnicas de imagen estudian la estructura y las funciones cerebrales. Son utilizadas para la detección, para descartar otras enfermedades y para la investigación de aspectos que se desconocen acerca de la esquizofrenia y las alteraciones orgánicas que la acompañan en relación con las áreas cerebrales que pueden encontrarse alteradas. Esta evaluación se realiza mediante: RMN (resonancia magnética nuclear), TAC (tomografía axial computarizada), magnetocefalografía (utilizada para estudiar las funciones cerebrales) (Ortuño, 2008).

En cuanto al **tratamiento**, en la esquizofrenia depende de las características individuales de cada sujeto, se adapta a las características que los pacientes presentan en cada momento. Se conforma de varias intervenciones de diferentes tipos, dando lugar a: tratamiento higiénico-dietético, psicofarmacológico, psicoterapéutico o rehabilitador.

El tratamiento psicofarmacológico, los fármacos son el principal tratamiento en la fase aguda de la esquizofrenia, en la cual se manifiestan mayoritariamente síntomas positivos como delirios o alucinaciones de la esquizofrenia. Los agentes farmacológicos más específicos en dicho tratamiento psiquiátrico de la esquizofrenia son los neurolépticos o antipsicóticos atípicos, de los cuales los más habituales son: risperidona, olanzapina, clozapina, entre otros (Ban y McEvoy, 1982; Ortuño, 2008).

El tratamiento no farmacológico consiste en la terapia psicológica y rehabilitación de los procesos cognitivos. Se trata de otro tipo de intervención, el tratamiento psicoterapéutico para mejorar el rendimiento y funcionalidad de los pacientes, además de su calidad de vida. Uno de los principales ejemplos de este tipo de tratamiento es la Terapia Integrada de la Esquizofrenia. Se trata de un programa de rehabilitación en el cual se interviene en cinco áreas diferentes: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y resolución de problemas interpersonales. Se basa en la realización de diferentes ejercicios que conforman el programa para mejorar los déficits que presentan los pacientes (Roder, 1996).

También en la intervención y rehabilitación en personas con esquizofrenia, se incluye un tratamiento y educación de los familiares del paciente acerca de la enfermedad, presentando pautas de actuación en diversas situaciones con el objetivo de garantizar un buen pronóstico, una mejor calidad de vida, minimizar las alteraciones en relación con el funcionamiento social y la personalidad del paciente (Ortuño, 2008).

Referido al **pronóstico** de la esquizofrenia se han estudiado una serie de factores que influyen en el pronóstico de la enfermedad (Ortuño, 2008), de buen y de mal pronóstico. Algunos de estos factores que habitualmente sugieren un buen pronóstico son: la esquizofrenia se manifiesta en edad más avanzada, hay ausencia de antecedentes personales y familiares de esquizofrenia, los síntomas son predominantemente positivos, en personas de sexo femenino y existe un apoyo familiar y social. En cambio algunos factores de mal pronóstico detectados son: la esquizofrenia se manifiesta en edad precoz, se presenta un episodio inicial prolongado, existen antecedentes psiquiátricos, existe una mayor prevalencia de los síntomas negativos, se encuentra presente en personas de sexo masculino, con un apoyo familiar y social escaso.

### **1.3. EVALUACIÓN DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN EN ESQUIZOFRENIA**

La esquizofrenia puede afectar gravemente el lenguaje de los individuos, principalmente las alteraciones en la semántica y pragmática. Además todas las alteraciones relacionadas con el lenguaje tendrán consecuencias en la interacción social y la comunicación de los pacientes con esquizofrenia.

Se han descrito diversos tipos de manifestaciones, desde ausente o mínima a grave. Así, en el habla de las personas con esquizofrenia las alteraciones más comunes son el exceso de monólogos, discurso pobre, su número de comentarios espontáneos es mínimo. Por otra parte, en la esquizofrenia existe además una red semántica disfuncional y una organización inadecuada de los nodos en sus redes. Los pacientes presentan una mayor desorganización en el almacenamiento, la recuperación y la organización de la información semántica que los sujetos sanos. Esta interrupción de la correcta organización semántica correlacionaría positivamente con la severidad de la enfermedad y el rendimiento de la fluidez verbal (Salavera y Puyuelo, 2010 y Maluenda, 2021).

El nivel más afectado en la esquizofrenia es el pragmático. Los aspectos más característicos son: descarrilamientos, incoherencia del discurso, pobreza de contenido, perseveraciones (Salavera y Puyuelo, 2010 y Maluenda, 2021).

Los trastornos del lenguaje constituyen uno de los síntomas esenciales de las esquizofrenias, hasta el punto de que éstas han sido englobadas en el concepto de “logopatías” (Jimeno, 2019).

Centrándonos en la evaluación psicopatológica del lenguaje, en las pruebas específicas dedicadas a la misma, las más utilizadas y conocidas son las siguientes (Jimeno, 2019):

- Escala para la evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC).
- *Bizarre-Idiosyncratic Thinking (BIT)* – Comprehensive Index of Positive Thought Disorder. Consiste en la aplicación de dos pruebas verbales breves tras la obtención de una muestra de habla.
- *Clinical Language Disorder Rating Scale (CLANG)*. Consta de 17 ítems con cuatro opciones de respuesta, por puntos: desde normal (0) hasta intenso (3).
- *Formal Thought Disorder Scale for carers (FTD-c)*. Comprende distintos aspectos de la comunicación. Se puntúan los ítems de 1 a 4 y es el cuidador quien lo realiza.
- *Formal Thought Disorder Scale for patients (FTD-p)*. Se compone de 29 ítems y es dedicada a los pacientes.
- Escala *Thought and Language Disorder (TALD)*. Se aplica mediante una entrevista (igual que la escala TLC). Se comprende de 30 ítems y se valora de 0 a 4.

En cuanto a la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (*Thought, Language and Communication Scale*, TLC), es la principal prueba en la evaluación de los trastornos del lenguaje y comunicación en esquizofrenia, la más utilizada y conocida. Es un instrumento de evaluación que creado por Nancy C. Andreasen, filóloga y psiquiatra estadounidense (Andreasen, 1979). Consta de 18 ítems en los que se comprenden manifestaciones y alteraciones del lenguaje y pensamiento. Estos ítems se valoran en una entrevista con el paciente de un tiempo estimado de 45 minutos aproximadamente. Es una escala en la cual se valora la severidad de cada ítem del 0 al 4 o del 0 al 3, dependiendo del ítem. Se anotan los valores en una hoja de registro (Anexo 2). La gravedad del ítem depende de la frecuencia con la que se presenta.

Los 18 ítems que conforman la TLC son:

1. **Pobreza del discurso:** existe una restricción del discurso espontáneo, las respuestas a preguntas tienden a ser breves.
2. **Pobreza contenido:** se transmite información limitada, el lenguaje tiende a ser estereotipado y repetitivo.
3. **Presión del discurso:** el paciente habla a una velocidad mayor a la ordinaria.
4. **Discurso disperso:** en la mitad de una conversación el paciente cambia de tema sobre algún estímulo cercano.
5. **Tangencialidad:** la respuesta a una pregunta de forma irrelevante o con contenido lejano.
6. **Descarrilamientos:** provocan un discurso inconexo, las ideas del discurso no se encuentran conectadas.
7. **Incoherencia:** se debe a varios mecanismos o ítem que ocurren por separado o de forma simultánea.
8. **Illogicalidad:** una forma de discurso en el que se llega a conclusiones ilógicas.
9. **Discurso irrelevante:** los sonidos de las palabras presentan mayor peso que su relación de significado, se produce un discurso ininteligible.
10. **Neologismos:** palabras completamente nuevas y desconocidas.
11. **Aproximaciones:** se trata de palabras en desuso, no convencionales o la formación de nuevas palabras mediante derivación u otros procesos; las parafasias.

12. **Circunloquios:** el discurso es indirecto y se producen muchas explicaciones innecesarias para llegar a una idea.
13. **Fuga de ideas:** ocurre asociado a descarrilamientos, normalmente el paciente comienza hablado de un tema y se aleja de él.
14. **Perseveraciones:** la repetición persistente de palabras, frases o ideas.
15. **Ecolalia:** el paciente repite en forma de eco las palabras o frases del interlocutor, es más común en niños.
16. **Bloqueos:** interrupción del discurso, el paciente no puede recordar la idea que pretendía comunicar, con periodos de silencio.
17. **Afectación del habla:** discurso excesivamente rebuscado.
18. **Auto-referencias:** el paciente refiere continuamente a si mismo incluyéndose en el tema que se discute (Andreasen, 1986).

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVOS GENERALES

1. Realizar una revisión bibliográfica sobre la evaluación de los trastornos del lenguaje y comunicación con la escala TLC en personas con esquizofrenia.
2. Conocer y reflexionar sobre el papel del logopeda en la atención a personas con esquizofrenia.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

#### **Del objetivo general 1:**

1. Conocer los trastornos del lenguaje y comunicación de los sujetos con esquizofrenia evaluados con la escala TLC.
2. Conocer el uso de la escala TLC y en su caso otras escalas en la evaluación de los trastornos del lenguaje y la comunicación en las personas con esquizofrenia.
3. Conocer los principales trastornos del lenguaje y comunicación según la escala TLC en personas con esquizofrenia.
4. Comparar las posibles diferencias existentes en los trastornos del lenguaje y la comunicación evaluados con la escala TLC en las personas con esquizofrenia por edad y estadio de la enfermedad.

#### **Del objetivo general 2:**

1. Establecer el papel del logopeda en la evaluación de los trastornos del lenguaje y la comunicación en personas con esquizofrenia.
2. Establecer el papel del logopeda para una posible intervención en los trastornos del lenguaje y la comunicación en las personas con esquizofrenia.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

El contenido se centra en el uso de la escala TLC para la evaluación del lenguaje en pacientes con esquizofrenia.

##### 3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se han seleccionado los artículos científicos que cumplen los siguientes criterios:

1. **Bases de datos:** “Pubmed” y “Dialnet”. Los sitios web correspondientes de estas bases de datos son:
  - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>
  - <https://dialnet.unirioja.es/servlet/bienvenida>
2. **Palabras clave:** comunicación, esquizofrenia, evaluación lenguaje, psicosis, TLC. Sus equivalentes en inglés: *schizophrenia, schizophrenic, thought, language and communication scale, TLC, psychosis*.
3. **Fecha de publicación:** sin límite anterior hasta 31.12.2020.
4. **Idioma:** español e inglés.
5. **Contenido:** centrado en información sobre la evaluación psicopatológica con la escala TLC en esquizofrenia, sobre aspectos del lenguaje, los trastornos formales del pensamiento relacionados con el lenguaje y la comunicación.
6. Acceso a **texto completo**.

##### 3.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los artículos que no se ajusten a los criterios de inclusión. Por ejemplo, aquellos en los que se realiza un estudio o investigación mediante la utilización de varias escalas incluida la TLC, sin embargo ésta solamente se encuentra mencionada, han sido descartados. También se han descartado los trabajos relacionados únicamente con otros trastornos psicóticos, como el trastorno esquizofreniforme.

### 3.2. PROCEDIMIENTO

La metodología utilizada para la realización de este Trabajo de Fin de Grado ha consistido en la realización de una búsqueda exhaustiva de artículos relacionados con el tema abordado y su posterior selección según los criterios de inclusión y exclusión.

Se ha realizado la búsqueda de los artículos en las bases de datos mediante la utilización de las palabras clave. Tras la realización de esta búsqueda, se han eliminado los duplicados.

El siguiente paso del procedimiento ha consistido en la lectura del título y del resumen de cada uno de los artículos. Los artículos que no resultan relevantes para esta revisión bibliográfica han sido descartados. Posteriormente, se ha obtenido el texto completo de cada trabajo. Tras la lectura del mismo, los trabajos que no cumplen los criterios de selección anteriormente mencionados han sido descartados.

Finalmente, los artículos definitivos han sido ordenados en una tabla en formato Excel por orden cronológico y alfabético dentro del mismo año. La tabla contiene los aspectos más relevantes y las características principales de cada artículo para la revisión y posterior discusión. Las variables analizadas y distribuidas por columnas, que además, a su vez pertenecen a aspectos formales y aspectos de contenido.

Las variables que conforman los aspectos formales son: año de publicación (sin límite anterior hasta 2020), nombre del primer autor, idioma (inglés o español) y tipo de trabajo (observacional controlado, observacional no controlado o experimental); mientras que las variables que constituyen los aspectos de contenido son: muestra, pruebas de evaluación, resultados, método de evaluación y observaciones.

En la propia tabla en el apartado de “evaluación” se ha utilizado un código de colores para identificar las pruebas de evaluación: **Cognitivas** (verde), **Psicopatológicas** (naranja), **Lenguaje y comunicación** (azul).

## 4. RESULTADOS

Se presentarán sucesivamente los aspectos formales y de contenido de los resultados obtenidos. Se han seleccionado un total de 15 artículos.

Tabla 1. *Resultados.*

	IDIOMA	TIPO DE TRABAJO	MUESTRA	PRUEBAS DE EVALUACIÓN	MÉTODO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS	OBSERVACIONES
1 <b>Simpson, Davis (1985)</b>	Inglés	Observacional no controlado	eqz. <sup>a</sup> (n=42); tx <sup>b</sup> . bipolar (n=11); depresión (n=16); tx. personalidad (n=24); miscelánea (n=7)	<b>BPRS, TLC</b>	No especifica	24 % TFP <sup>c</sup> de estructura (tx. bipolar, eqz., depresión)  5% TFP de contenidos  14% síntomas negativos	El estudio se compone de la división en 6 factores en los que se distribuyen los ítems de las escalas BPRS y TLC.

<p>2 <b>Andreasen (1986)</b></p>	<p>Inglés</p>	<p>Observacional no controlado</p>	<p>tx. bipolar (n=32) depresión (n= 36)  eqz. (n= 42)</p>	<p><b>TLC,</b> entrevistas</p>	<p>No especifica</p>	<p>pobreza del discurso:81; pobreza contenido:77; presión del discurso:89; discurso disperso:78; tangencialidad:58; descarrilamientos:83 ; incoherencia:88; illogicalidad:80; discurso irrelevante:58; neologismos:39; aproximaciones: -02; circunloquios:74; fuga de ideas:70; perseveraciones:74; ecolalia:59; bloqueos:79; afectación habla:70; auto-referencias:50.</p>	<p>18 Ítems: pobreza del discurso, pobreza contenido, presión del discurso, discurso disperso, tangencialidad, descarrilamientos, incoherencia, illogicalidad, discurso irrelevante, neologismos, aproximaciones, circunloquios, fuga de ideas, perseveraciones, ecolalia, bloqueos, afectación habla, auto-referencias.</p>
--------------------------------------	---------------	--	---	------------------------------------	----------------------	---	--

<p><b>3</b></p> <p><b>Mazumdar, Chaturvedi, Gopinath (1988)</b></p>	<p>Inglés</p>	<p>Observacional no controlado</p>	<p>eqz. aguda (n=22) eqz. crónica (n=23) entre 18-45 años</p>	<p><b>TLC, BPRS, MiniMental</b></p>	<p>6 clínicas psiquiátricas</p>	<p>eqz. aguda 50% sint<sup>d</sup>. positivos, 23% sint. negativos, 27% sint. mixtos;  eqz. crónica 39% sint. positivos, 26% sint. negativos, 35% sint. mixtos</p>	<p>Las entrevistas de 45 minutos con cada paciente son grabadas.</p>
<p><b>4</b></p> <p><b>Mazumdar, Chaturvedi, Gopinath (1991)</b></p>	<p>Inglés</p>	<p>Observacional no controlado</p>	<p>eqz. aguda (n=22; 13 paranoide, 9 no paranoide);  eqz. crónica (n=23; 8 paranoide, 15 no paranoide)  entre 18-45 años; 71% hombres</p>	<p><b>TLC</b></p>	<p>No específica</p>	<p><b>&gt;50%</b> pobreza del discurso, tangencialidad, descarrilamientos, fuga de ideas, perseveraciones, autoreferencias. <b>&lt;10%</b> TFP restantes. No diferencias significativas entre eqz. paranoide y no paranoide.</p>	<p>Relevancia del nivel educativo.</p>

						Más frecuente: tangencialidad en eqz. crónica	
5 <b>Peralta, Cuesta, de León (1992)</b>	Inglés	Observacional no controlado	eqz. n=115;  69% hombres, 31% mujeres; Xmedia=35.7 (3.7)	<b>TLC, SANS, SAPS</b>	Autores  (V.P. Y M.J.C.)	14% no TFP;  La mayoría de los ítems de TLC frecuentes en n=115.  Más frecuente: pobreza de contenido (66%)	Se resalta la importancia de futuras investigaciones mediante la evaluación con neuroimagen.

<p><b>6</b></p> <p><b>Cuesta, Peralta. (1993)</b></p>	<p>Inglés</p>	<p>Observacional no controlado</p>	<p>eqz. (n=28; 64% h, Xmedia=31.21 (9.58)) eqzfreniforme (n=28; 53% h<sup>e</sup>; Xmedia=29.21(10.20)); tx. bipolar (n=26; 46% h; Xmedia=34.85 (10.80))</p>	<p><b>TLC, SANS, SAPS, Strauss-Carpenter Scale, GAPF</b></p>	<p>Autores (V.P. Y M.J.C.)</p>	<p>84% TFP de muestra total Eqz. 100% de TFP. Más frecuente: fuga de ideas (67%).</p>	<p>Los pacientes que presentan tx. esquizofreniforme no presentan en ninguno de los ítems mayor puntuación que los pacientes con eqz.</p>
<p><b>7</b></p> <p><b>Vita et. al. (1995)</b></p>	<p>Inglés</p>	<p>Observacional controlado</p>	<p>eqz. (n=19; 63% h, Xmedia=25.6 (6.3)); grupo control (n=15; 60% h, Xmedia=28.6(8.2))</p>	<p><b>TLC,</b> tests neurológicos</p>	<p>2 evaluadores</p>	<p>eqz. mayor volumen lado derecho GTS. Correlación positiva entre anomalía GTS y TFP.</p>	<p>Muestra pequeña.</p>
<p><b>8</b></p> <p><b>Mesure, Passerieux, Besche, Wildlöcher, Hardy-Baylé (1998)</b></p>	<p>Inglés</p>	<p>Observacional no controlado</p>	<p>eqz. crónica, TFP grave (n=13); eqz. aguda, TFP leve (n=8)  72% h, Xmedia=27.7</p>	<p><b>TLC, SAPS, SANS, PANSS, tareas de memoria</b></p>	<p>No especifica</p>	<p>Mayor puntuación: eqz. crónica (13.7); eqz. aguda (5.8)</p>	<p>Inicialmente 14 pacientes más en la muestra, no se pudieron incluir en el estudio (circunstancias diversas)</p>

<b>9</b> <b>Cuesta, Peralta (1999)</b>	Inglés	Observacional no controlado	eqz. (n=253); 67% h; Xmedia=36(3.1).	<b>TLC</b>	M.J.C. Y V.P.	Puntuación TLC: 18.9	Raíz eqz. no un único factor, es un constructo
<b>10</b> <b>Goldberg, Dodge, Aloia, Egan, Weinberger (2000)</b>	Inglés	Observacional no controlado	eqz. (n=17; 88% h)	<b>TLC, Boston, PPVT</b>	T.G.	Mejora con medicación.	Se utiliza la puntuación global de la escala TLC.
<b>11</b> <b>Bowie, et. al. (2005)</b>	Inglés	Observacional no controlado	eqz. crónica (n=220); 52.3% h; Xmedia=74.9(9.4)	<b>TLC, MMSE</b>	No especifica	Descenso progresivo de las habilidades lingüísticas y empeoramiento de los TFP	Evaluación durante un periodo de 2.3 años con personas en edad geriátrica.

<p><b>12</b></p> <p><b>Stirling, Hellewell, Blakey, Deakin. (2006)</b></p>	<p>Inglés</p>	<p>Observacional controlado</p>	<p>eqz. (n=30, Xmedia=34.33(10.39), 60%h);</p> <p>g.control (n=18)</p>	<p><b>TLC, GNT, PPT, Token Test, Wechsler NART, PANSS</b></p>	<p>No especifica</p>	<p>eqz. niveles más bajos en funciones ejecutivas y semántica</p>	<p>Relación también entre TFP, perfil psicolingüístico y el coeficiente intelectual.</p>
<p><b>13</b></p> <p><b>Cuesta, M. J., Peralta, V. (2011)</b></p>	<p>Inglés</p>	<p>Observacional no controlado</p>	<p>eqz. (n=358);</p> <p>tx. eqzfreniforme (n=61);</p> <p>tx. eqzafectivo (n=37);</p> <p>depresión mayor(n=88);</p> <p>trastorno delirante (n=27);</p> <p>psicosis (n=32)</p> <p>58.2 % h;</p> <p>Xmedia=36(3.2)</p>	<p><b>TLC, SANS</b></p>	<p>M.J.C. Y V.P.</p>	<p>TFP gran porcentaje de los grupos (72.7%)</p>	<p>Se analizan las dimensiones subyacentes a los TFP también en tx. bipolar.</p>

<p><b>14</b></p> <p><b>Sans-Sans et. al. (2013)</b></p>	<p>Inglés</p>	<p>Observacional controlado</p>	<p>eqz. (n=51, Xmedia=23.84(7.83), 74.5% h); g.control (n=59)</p>	<p><b>TLC,</b> neuroimagen</p>	<p>No especifica</p>	<p>pacientes con TFP presentan áreas con reducción de volumen en el lóbulo frontal y en áreas cercanas a Áreas Broca y Wernicke.</p>	<p>Se utiliza el <i>Word Accentuation Test</i> (TAP) para determinar el CI. Consiste en la lectura de palabras españolas sin acento.</p>
<p><b>15</b></p> <p><b>Comparelli et. al. (2020)</b></p>	<p>Inglés</p>	<p>Observacional no controlado</p>	<p>eqz. leve (n=60); eqz. grave (n=76)</p>	<p><b>TLC, PANSS</b></p>	<p>No especifica</p>	<p>Más frecuente: tangencialidad (71%)</p>	<p>En la tabla de resultados de TLC se hace una división entre sint. positivos y negativos.</p>

<sup>a</sup>. **eqz.** = esquizofrenia.

<sup>b</sup>. **tx.** = trastorno.

<sup>c</sup>. **TFP** = trastornos formales del pensamiento.

<sup>d</sup>. **sint.** = síntomas.

<sup>e</sup>. **h** = hombres.

#### **4.1. ASPECTOS FORMALES**

Los artículos se encuentran publicados entre los años 1986 y 2020. Todos los artículos seleccionados están escritos en inglés. La revista más frecuente es *Schizophrenia Research* (20%). En cuanto al tipo de trabajo o de artículo, el 100% son estudios observacionales de investigación. Solamente el 26,6% son estudios controlados, con grupo control sano, con ausencia de cualquier patología psiquiátrica. El 73,4% restante representa a los artículos de tipo observacional no controlados.

#### **4.2. ASPECTOS DE CONTENIDO**

En cuanto a la muestra, la edad media de las personas en todos los estudios está entre los 25 y 35 años, se trata de población joven en el 90% de los artículos excepto en un artículo (Bowie, 2005), en el que se evalúan a personas con una edad media de 74 años con esquizofrenia crónica, una parte residentes en un hospital psiquiátrico y otra parte procedente de residencia de ancianos. El porcentaje de varones en el total de los artículos oscila entre el 52,3% (Bowie, 2005) y el 88% (Goldberg, Dodge, Aloia, Egan, Weinberger, 2000).

Los pacientes evaluados han sido de varios tipos, en la mayoría de ellos esquizofrenia crónica y esquizofrenia aguda. Cada una de estas se caracteriza por una serie de trastornos del pensamiento y de la comunicación concretos. En el 100% de los artículos revisados se evalúa a pacientes con esquizofrenia. Además, en gran parte de ellos, también se presentan otros grupos de pacientes además de la esquizofrenia crónica y aguda como: trastorno bipolar, depresión, psicosis, trastorno esquizofreniforme. Representan un 26,6% del total de los artículos (Simpson, 1985; Andreasen, 1986; Cuesta, 1993; Cuesta, 2011).

En cuatro de los quince artículos seleccionados se estudia y se presentan esquizofrenia crónica y esquizofrenia aguda de forma diferenciada, éstos representan un 26,6% del total de los artículos (Mazumdar, 1988; Mazumdar, 1991; Measure, 1998, Comparelli, 2020).

Únicamente en dos de los artículos (13,3%) no se utilizan otro tipo de escalas o de test, además de la TLC (Mazumdar, 1991 y Goldberg, 2000). En el 86,75% restante se evalúa a los pacientes en varias áreas, haciendo uso de test psicopatológicos (PANSS, SANS, SAPS) y de escalas cognitivas (Mini Mental, PPVP). Además, en el 13,3% de los artículos

se presentan otros test de lenguaje y comunicación, de tipo, semánticos y sintácticos, como: GNT, PPT, Token Test (Goldberg, 2000 y Stirling, 2006).

En la mayoría de los artículos (20%) se dividen los resultados en síntomas negativos y en síntomas positivos, presentándolo en forma de porcentaje. Además, dependiendo del contenido del artículo, también se presentan resultados del tipo: presencia o ausencia de trastornos formales del pensamiento en esquizofrenia aguda o esquizofrenia grave definidas a través de las puntuaciones de la TLC (20%). Un 20% del total de los artículos muestra los resultados señalando cual es el ítem más frecuente entre la muestra evaluada (Mazumdar, 1991; Peralta, 1992; Cuesta, 1993 y Comparelli, 2020). Además, hay un volumen reducido de artículos en los cuales se presentan de forma global, la puntuación total tras haber realizado la evaluación con la escala (13,3%).

En dos de los artículos se encuentran divididos los resultados entre esquizofrenia aguda y esquizofrenia crónica, en cada artículo de una forma diferente (Mazumdar, 1988 y Mesure, 1998). En uno se presenta el porcentaje global de trastornos del pensamiento en cada una de las esquizofrenias y en el segundo artículo con la puntuación global habitual de la escala en cada uno de los dos tipos de esquizofrenia.

Por último, también se puede observar como en uno de los artículos se presentan los resultados con puntuaciones concretas de cada ítem de la escala TLC, que abarcan desde -02: aproximaciones hasta 88: incoherencia (Andreasen, 1986).

En cuanto a los resultados en sí de la escala, el más común en todos los pacientes con esquizofrenia es la pobreza del discurso, que además es el síntoma más frecuente entre todos los pacientes con esquizofrenia crónica. Es un trastorno del pensamiento de tipo negativo, al igual que la pobreza de contenido, disgregaciones e ilogicalidad. También se encuentran presentes síntomas de tipo positivo, como son: descarrilamientos, tangencialidad, incoherencia, fuga de ideas. La tangencialidad es de los síntomas más frecuentes, en una muestra de 136 pacientes con esquizofrenia leve y esquizofrenia grave, el **71%** presenta tangencialidad (Comparelli, 2020).

Centrándonos en el artículo de Mazumdar (1991), en él se realiza una distinción entre esquizofrenia crónica y esquizofrenia aguda. La tangencialidad es más acentuada en la crónica. Además, dentro de éstas también se divide entre esquizofrenia paranoide y esquizofrenia no paranoide.

No se observan diferencias significativas en cuanto a trastornos formales del pensamiento entre estas dos últimas. Los trastornos más frecuentes en las personas con esquizofrenia paranoide, que representan un 50% son pobreza del discurso, tangencialidad, descarrilamientos, perseveraciones y autoalusiones.

No existe un único modelo perfecto que explique y exponga los trastornos del pensamiento y de la comunicación que presenta una persona con esquizofrenia. La prevalencia de los síntomas de esquizofrenia en referencia a los 18 ítems de la TLC, es la siguiente: entre 40-62% presentan pobreza del discurso, descarrilamientos y perseveraciones; entre 20-39% presentan habla desorganizada; entre 3-19% presentan neologismos, ecolalias y autoalusiones (Cuesta, 1999).

En la mayoría de los artículos no se especifica quienes son las personas que le realizan la evaluación a los pacientes (66,7%). En el 33,3% restante los evaluadores son los propios autores de los trabajos (Peralta, 1992; Cuesta, 1993; Vita, 1995 Cuesta, 1999; Goldberg, 2000; Cuesta, 2011).

Finalmente, se ha observado con este análisis que en el 100% de los artículos hay una ausencia de estudios experimentales en los que se haya aplicado la escala TLC antes y después de una intervención específica en el lenguaje y la comunicación.

## 5. DISCUSIÓN

En primer lugar, se pueden resaltar aspectos de la evaluación propiamente dicha con la escala TLC. Se puede observar a partir de los resultados obtenidos, que los síntomas positivos y negativos se encuentran presentes en todos los pacientes con esquizofrenia. Además, cabe destacar que los síntomas positivos encontrados, son más característicos de la esquizofrenia aguda. Los síntomas del lenguaje que se mencionan en todos los artículos y están estrechamente relacionados con la labor de la logopedia y la intervención logopédica para tratarlos. En relación a esto, en el trabajo de Bowie (2005) se observa y se concluye que con el avance de esta patología se produce una disminución de la productividad verbal y de las cualidades de la comunicación y el pensamiento. Se observan además, peores resultados y mayor gravedad de los síntomas negativos en la esquizofrenia crónica, con el transcurso de la enfermedad (Bowie, 2005).

Relacionado con los síntomas negativos, el de mayor frecuencia es la tangencialidad y además se correlaciona con otros trastornos de tipo emocional y social (Comparelli, 2020). Este es un aspecto importante a destacar ya que los efectos y los síntomas clínicos de la esquizofrenia influyen en el entorno y en los mecanismos socioemocionales de los pacientes. Además, se indica en este mismo trabajo de Comparelli (2020) que el desarrollo social, cognitivo y afectivo temprano es importante para la salud mental posterior, lo cual podría ser útil para una rehabilitación y terapia más fluida, en relación con la intervención logopédica.

Se ha podido observar con la realización de este trabajo que la escala TLC no es utilizada únicamente en la evaluación de la esquizofrenia, también es de utilidad en otras patologías, como son: el trastorno bipolar, la depresión, el trastorno delirante. En estas patologías hay una presencia también de los trastornos formales del pensamiento, sin embargo, presentan características que difieren, por lo que las puntuaciones obtenidas con la utilización de la escala TLC son diferentes. Se concluye en el trabajo de Cuesta (2011) que en los pacientes maníacos se presentan puntuaciones más altas en presión del discurso o discurso disperso y puntuaciones más bajas en la pobreza del discurso y pobreza del contenido.

Estos trastornos que son próximos clínicamente a la esquizofrenia, presentan las siguientes características:

- Trastorno delirante: su característica principal es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos un mes. Puede clasificarse en diferentes tipos según el tema delirante predominante, por ejemplo: erotomaniaco (el paciente piensa que otra persona está enamorada de él), de grandiosidad (el paciente cree que posee un gran talento), persecutorio (el paciente se siente objeto de una conspiración o engañado maliciosamente) (Ortuño, 2008).
- Trastorno bipolar: se caracteriza por la presencia de fluctuaciones marcadas y persistentes del estado de ánimo. Van desde el polo depresivo hasta el polo maníaco, acompañados de alteraciones emocionales y cognitivas. Es un trastorno de carácter crónico. (Arrieta, 2019)
- Depresión: se caracteriza por una desregulación del estado de ánimo y una disminución de las funciones cognitivas, además de dificultad para concentrarse, presencia de olvidos y la inhabilidad de los pacientes para llevar a cabo sus tareas habituales. (Goodale, 2007)

Los trastornos del lenguaje y del pensamiento evaluados mediante la escala TLC son manifestaciones de tipo oral y verbal, sin embargo, en las personas con esquizofrenia se presentan otros tipos de manifestaciones características de la enfermedad que también necesitan ser evaluadas para una posterior intervención, las cuales la TLC no recoge. Son también aspectos que forman parte del lenguaje y la comunicación, y que además, son imprescindibles para lograr una comunicación eficaz. Por ejemplo, la expresión facial, y el reconocimiento de la misma, la postura, la distancia o proximidad con el interlocutor, elementos paralingüísticos como: la mirada o el contacto ocular, las características de la voz (volumen, tono, velocidad), la fluidez de habla. Tampoco se incluye en la dimensión pragmática, la evaluación de la comprensión del habla, como por ejemplo: las ironías o los actos de habla directos e indirectos. Se ha llegado a observar además, que los pacientes con esquizofrenia presentan mayores dificultades en la comunicación, en el manejo de una conversación cotidiana o en el trabajo que las personas que presentan manía o depresión.

Se puede ver en todas estas características de la comunicación y el lenguaje que se ven afectadas en la esquizofrenia, la importancia de una evaluación y posterior intervención logopédica. Estos aspectos que no son abordados por la escala TLC, pueden ser evaluados mediante otros métodos y escalas. Una de las formas más habituales de evaluar los elementos paralingüísticos es la observación y registro. Además, las habilidades comunicativas de las personas con esquizofrenia pueden ser evaluadas utilizando la Batería de Evaluación de la Comunicación (*Assessment Battery for Communication, ABaCo*). (Bosco, 2016)

En cuanto a la importancia del papel del logopeda tanto en la evaluación como en la intervención de las personas con esquizofrenia, podemos afirmar que es imprescindible una completa evaluación para asegurar una intervención eficaz e individualizada para cada paciente dependiendo de sus características particulares.

Referente a la evaluación logopédica, esta debe ser completa e incluir todas las áreas del lenguaje y de la comunicación. Es escaso el número de escalas estandarizadas para esta labor. Sin embargo, en el artículo de Martínez (2019) se menciona la utilización de varios tests, como son: la prueba de fluidez verbal semántica (evalúa la evocación léxico-semántica), la prueba de fluidez verbal fonológica (es la prueba adaptada al español del Test de COWAT), la prueba de ambigüedad léxica, el test BETA (para la evaluación de la asociación semántica, es utilizado en la evaluación de afasias) y la evaluación del procesamiento fonológico (mediante la repetición de pseudopalabras).

La rehabilitación general en las personas con esquizofrenia debe ser una intervención multidisciplinar e interdisciplinar, de la cual los logopedas debemos formar parte. La intervención podría incluir el programa: Conecta-2. Es un programa mediante el cual se trabajan aspectos de la cognición social. Este trabajo es importante, ya que como se ha mencionado en anteriores ocasiones, las personas con esquizofrenia presentan una alteración del funcionamiento social. La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales en el que existe mayor afectación de las funciones cognitivo-sociales. Este programa se basa en la realización de varias fases: evaluación diagnóstica, taller con sesiones semanales y evaluación post taller. En estos talleres se realizan tareas para estimular las funciones ejecutivas, la memoria, la planificación, la toma de decisiones y resolución de problemas (Figuroa, 2019).

En relación al tratamiento, más concretamente la intervención logopédica, a mi parecer es interesante mencionar el trabajo de Bosco (2016) en el cual se realiza un estudio sobre la eficacia del programa *Cognitive Pragmatic Treatment* (CPT). Es un programa dedicado especialmente al entrenamiento de las habilidades comunicativas y pragmáticas en los pacientes con esquizofrenia. Es una herramienta que se centra principalmente en el trabajo de las inferencias, el lenguaje directo e irónico, llevando a cabo diferentes actividades en las que se pretende que el paciente sea consciente de la existencia de estos procesos pragmáticos. Nuestra intervención, comprende intervenciones conductuales que abordan las limitaciones de comunicación orales verbales, no verbales y escritas. Estas intervenciones implican el entrenamiento directo de conductas lingüísticas y/o adaptaciones ambientales para facilitar la comunicación o también otras intervenciones como la remediación cognitiva, la terapia de condicionamiento operante, la terapia cognitivo-conductual, la terapia psicológica integrada o la rehabilitación psiquiátrica general (Joyal, 2016).

También forma parte del tratamiento de las personas con esquizofrenia, la prevención y la detección precoz. Es imprescindible como en el resto de las patologías, para minimizar los efectos que la enfermedad puede producir. Para la realización de un diagnóstico precoz y eficaz, existen una serie de indicadores y características del lenguaje que serán de utilidad. Algunas de las señales de alerta en la comunicación en las personas adolescentes son las siguientes: cambian el significado o la interpretación del significado de un enunciado determinado, presentan perseveraciones, circunstancialidad y pobreza del contenido del discurso, habilidad limitada para las instrucciones verbales y para las interpretaciones de la ironía, en ocasiones presentan un discurso incoherente en el que no se tiene en cuenta al interlocutor (Salavera, 2011).

Todas estas señales de alarma nos llevan a reiterar los aspectos en el lenguaje y la comunicación que se ven afectados en las esquizofrenias. La limitación y las características comunicativas que presentan las personas con esquizofrenia conllevan y afectan, además a la interacción social y al entorno personal y laboral de los pacientes. Como ya ha sido discutido anteriormente, nuestro trabajo, el papel del logopeda es imprescindible para minimizar las repercusiones sociales que la enfermedad presenta y asegurar una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Añadido, a la edad en la que se presenta la esquizofrenia y los diferentes trastornos del lenguaje y la comunicación que presentan los pacientes, se puede afirmar que la edad influye y los síntomas son diferentes en las etapas de la vida. En los adolescentes son más comunes los síntomas positivos, sin embargo en personas adultas mayores son más comunes los síntomas negativos. Además, en relación con este dato, se ha observado en el análisis de los trabajos un hallazgo de interés: solamente uno de los 15 artículos que se han seleccionado para esta revisión bibliográfica presenta un estudio con personas en edad geriátrica. Se ha observado en este tipo de pacientes una disminución de las habilidades lingüísticas y la presencia de más síntomas negativos frente a síntomas positivos (Bowie, 2005). Con el propio proceso del envejecimiento, al igual que en la esquizofrenia, se producen una serie de procesos y alteraciones biológicas, psicológicas, de las funciones lingüísticas y sociales que afectan de forma directa a la comunicación de los pacientes, además de su interacción con el entorno. Las características más habituales del lenguaje y la comunicación que presentan las personas en un proceso envejecimiento sano son: incapacidad para evocar nombres de personas, el uso de circunloquios, dificultades en la comprensión de oraciones o la presencia de un discurso reducido (González, 2019).

La gran afectación de la esquizofrenia sobre el lenguaje se puede ver explicada mediante la utilización de pruebas de neuroimagen y estudios realizados por Crow (1996). La producción del lenguaje en los humanos se explica por la dominancia cerebral, una asimetría entre los dos hemisferios cerebrales. El control cerebral del lenguaje se localiza habitualmente en el hemisferio izquierdo. Resulta interesante afirmar que el lenguaje y la esquizofrenia son dos características propias de los humanos. Es interesante la idea que expone el autor: “La esquizofrenia, al parecer, es una característica de las poblaciones humanas. Es una enfermedad (quizás la enfermedad) de la humanidad.” Se ha podido observar que el proceso de lateralización cerebral conlleva e incluye una predisposición a padecer la esquizofrenia.

Me gustaría resaltar algunos aspectos formales destacables que se han observado con la elaboración del trabajo. Primeramente, en ninguno de los 15 trabajos seleccionados se ha especificado de forma clara el modo de realización de la entrevista, tampoco se especifica la forma en la que se recogen los datos, si es en el momento de la entrevista o si se realiza una grabación en forma de muestra de habla. Resulta además destacable

el hecho de que los propios autores sean los evaluadores en las entrevistas con los pacientes. Otro aspecto, el cual se encuentra relacionado con las variables de la tabla elaborada para los resultados es que existe una variable que se consideró importante: "Intervención". Sin embargo, en ninguno de los 15 trabajos seleccionados para la revisión se ha mencionado ningún dato al respecto de la misma.

A continuación se presentan las limitaciones y fortalezas de este trabajo, así como la propuesta de futuras líneas de investigación.

En cuanto a las limitaciones que se han podido encontrar durante la realización de este trabajo de fin de grado (TFG), se puede afirmar que ha sido costosa la selección de los artículos que lo conforman, ya que es un tema muy concreto con los criterios de inclusión y exclusión claramente marcados. Además, los trabajos encontrados y seleccionados son en cierto punto diferentes unos de otros en cuanto a los pacientes evaluados o el objetivo del estudio, lo cual ha dificultado la extracción de información ajustada y homogénea con el objetivo de analizar la evaluación y síntomas más significativos en las personas con esquizofrenia mediante la escala TLC.

Entre las fortalezas, encontramos el haber realizado un trabajo de un tema innovador, perteneciente a un campo relevante para la evaluación de la esquizofrenia en el cual se recopilen otros 15 trabajos relevantes e interesantes sobre la evaluación y los trastornos del pensamiento y el lenguaje en personas con esquizofrenia. Es un hecho positivo que se pueda disponer de forma directa de un documento en el que se presentan de manera breve los diferentes trabajos y sobre todo se profundiza sobre la escala y la evaluación mediante la misma, además de obtener una visión crítica y personal del autor.

En cuanto a las futuras líneas de investigación, se propone:

- El desarrollo de un plan de intervención basado en los trastornos formales del pensamiento, del lenguaje y de la comunicación que se evalúan con la escala. Un plan completo que se encuentre centrado en las limitaciones que presentan las personas con esquizofrenia, y más concretamente siguiendo los ítems de la escala TLC.

- Complementar la evaluación de los trastornos del lenguaje y la comunicación en personas con esquizofrenia mediante la TLC con otras pruebas de evaluación.
- Realizar un estudio comparativo de los resultados en los trastornos del lenguaje y la comunicación por edades, en concreto en edades avanzadas y también por tipos o estadios de la enfermedad.

## 6. CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas tras la realización de la revisión bibliográfica sobre la evaluación con la escala TLC en esquizofrenia son las siguientes:

1. La escala TLC permite evaluar los trastornos del lenguaje y la comunicación en la esquizofrenia.
2. Los síntomas positivos del lenguaje y comunicación en esquizofrenia son más frecuentes en la esquizofrenia aguda, mientras que los síntomas negativos son más frecuentes en la esquizofrenia crónica.
3. El síntoma más frecuente del lenguaje y comunicación evaluado con la escala TLC en personas con esquizofrenia es la tangencialidad.
4. Los síntomas menos frecuentes del lenguaje y comunicación evaluados con la escala TLC en personas con esquizofrenia son: aproximaciones y circunloquios.
5. La escala TLC tiene utilidad también en la evaluación de otros trastornos psiquiátricos como: trastorno bipolar, depresión o trastorno delirante.
6. Existen otros aspectos no verbales característicos de la esquizofrenia los cuales no son evaluables mediante la escala TLC.
7. Es imprescindible el papel del logopeda tanto en la evaluación como en la intervención de los trastornos del lenguaje y comunicación del que presentan las personas con esquizofrenia.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andreasen, N. (1986). Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 12, Nº 3.

Andreasen, N. C., Grove, W. M. (1986). Thought, Language and Communication in schizophrenia: Diagnosis and Prognosis. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 12, Nº3, 348-359.

Arrieta, M., Santos, P. M. (2019). Trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5052–5066.

Ban, T.A., McEvoy, J.P. (1982). La esquizofrenia, diagnóstico, bioquímica y tratamiento. : *Salud mental*, Vol. 5, Nº. 1, 30-35.

Bosco, F.M., Gabbatore, I., Gastaldo, L., Sacco, K. (2016). Communicative-Pragmatic Treatmen in Schizophrenia: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, Vol. 7, Nº166.

Bowie, C. R. et. al. (2005). The longitudinal course of thought disorder in geriatric patients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 793-795.

Caballo, V. Salazar, I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (Psicología)*.

Butler, R.R., Mullin, R. L., Grant, T. M., Averill, R. F., Steinbeck, B. A. (2016). *Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión (CIE-10)*.

Recuperado de: <https://icdcode.info/espanol/cie-10/codigo-f20.html>

Comparelli, A. et. al. (2020). The complex relationship among formal thought disorder, neurocognition, and functioning in nonacutely schizophrenia patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208, 48-55.

Cuesta, M. J., Peralta, V. (1993). Does formal thought disorder differ among patients with schizophrenic, schizophreniform and manic schizoaffective disorders?. *Schizophrenia Research*, 10, 151-158.

Cuesta, M. J., Peralta, V. (1999). Thought disorder un schizophrenia. Testing models throught confirmatory factor analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 55-61.

Cuesta, M. J., Peralta, V. (2011). Testing the hypothesis that formal thought disorder are severe mood disorders. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 37, Nº6, 1136-1146.

Cuevas, C. (2003). Esquizofrenia, habilidades sociales y funcionamiento social. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla.

Figueroa, A., Oyarzún, S., Durán, E. (2019). Conecta-2: entrenamiento en la cognición social y el lenguaje, al servicio de la eficacia comunicativa. Una experiencia clínica interactiva con personas con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 57 (1), 9-18.

Galindo, G., Robles, R., Ibararán, G., Cortés, J. (1997). Evaluación neuropsicológica de un grupo de pacientes con esquizofrenia. *Salud mental*, Vol. 20, Nº 3, 28-31.

González, M., Mendizábal, N., Jimeno, N., Sánchez, C. (2019). Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la intervención logopédica en el envejecimiento sano y patológico. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9(1), 1-19.

Goodale, E.P. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión. *RET: revista de toxicomanías*, 50, 13-15.

Goldberg, T. E., Dodge, M., Aloia, M. Egan, M.F., Weinberger, D. R. (2000). *Psychological Medicine*, 30, 1123-1230.

Jiménez, R., Vázquez A., Cecilia, L. (2002). Género y funcionamiento social en esquizofrenia. *Papeles del psicólogo*, Nº. 75.

Jimeno, N. (2019). Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 57 (1), 34-42.

Joyal M, Bonneau A, Fecteau S. (2016). Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 240, 88-95.

Maluenda, S. A. (2020). Esquizofrenia y alteraciones del lenguaje. Revisión integrativa. Praxis: revista de psicología, Nº34, 69-82.

Martínez, A., Martínez-Lorca, M., Santos, J.L., Martínez-Lorca, A. (2019). Evaluación de la dimensión semántica y fonológica en pacientes con esquizofrenia. Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría, 39(135), 133-155.

Mazumdar, P.K., Chaturvedi, S.K., Gopinath, P.S. (1988). A study of thought, language and communication disorders in schizophrenia. Indian Journal of Psychiatry, 30(3), 263-274.

Mazumdar, P. K., Chaturvedi, S. K., Gopinath, P.S. (1991). A study of thought disorder in paranoid and non-paranoid schizophrenia. Psychopathology, 24, 166-169.

Mesure, G., Passerieux, C., Besche, C., Wildlöcher, D., Hardy-Baylé, MC. (1998). Impairment of semantic categorization processes among thought-disordered schizophrenic patients. Can J Psychiatry, 43, 271-278.

Ortuño, F. (2008). Esquizofrenia. Navarra: Eunsa.

Penadés, R. y Gastó, C. (2010). El tratamiento de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. Barcelona: Herder.

Peralta, V., Cuesta, M. J., de León, J. (1992). Formal thought disorder in schizophrenia: a factor analytic study. Comprehensive Psychiatry, Vol. 33, Nº2, 105-110.

Romero, P. (2021). Trastorno mental grave, pacientes con esquizofrenia. Revista Sanitaria de Investigación, Vol. 2, Nº. 3.

Salavera, C., Puyuelo, M. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 30(2), 84-93.

Salavera, C., Puyuelo, M., Serrano, R. (2011). Detección temprana de la esquizofrenia en alumnos de secundaria. Boletín de AELFA, 11(2), 61-65.

Sans-Sans, B. et. al. (2013). Association of formal thought disorder in schizophrenia with structural brain abnormalities in language-related cortical regions. Schizophrenia Research, 146, 308-313.

Simpson, D. M., Davis, G. C. (1985). Measuring Thought Disorder with clinical rating scales in schizophrenic and nonschizophrenic patients. *Psychiatry Research*, 15, 3013-318.

Stirling, J., Hellewell, J., Blakey, A., Deakin, W. (2006). Thought disorder in schizophrenia is associated with both executive dysfunction and circumscribed impairments in semantic function. *Psychological Medicine*, 36, 475-484.

Vita, A. et al. (1995). Language and thought disorder in schizophrenia: brain morphological correlates. *Schizophrenia Research*, 5, 243-251.

Zarzuela, A. (2002). Evaluación neuropsicológica en la esquizofrenia. *Informaciones psiquiátricas*, Nº168, 147-160.

## 8. ANEXOS

**Anexo 1.** Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según DSM-5 (APA, 2013).

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p.ej. disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presente de forma atenuada (p.j. creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.j. una droga o un medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presente durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

**Anexo 2.** Hoja de registro de la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC). Consta de 18 ítems en los que se comprenden manifestaciones y alteraciones del lenguaje y pensamiento. Estos ítems se valoran en una entrevista con el paciente de un tiempo estimado de 45 minutos aproximadamente. Es una escala en la cual se valora la severidad de cada ítem del 0 al 4 o del 0 al 3, dependiendo del ítem (Andreasen, 1979).

**ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL PENSAMIENTO, LENGUAJE Y COMUNICACIÓN  
(ANDREASEN 1979, 1986)**

Datos del usuario	
Identificador	
Nombre	
Apellidos	
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. Distrabilidad	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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_