



Universidad de Valladolid

TRABAJO FIN DE GRADO

**Evaluación psicopatológica y lingüística de
muestras de habla estandarizadas en pacientes
con trastorno mental grave: estudio piloto**

GRADO EN LOGOPEDIA

Curso 2021-2022



Autora:

Isabel del Barco Blanco

Tutora:

Natalia Jimeno Bulnes

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Formal del Pensamiento es uno de los principales tipos de alteraciones del pensamiento, lenguaje y comunicación descritas en sujetos con Trastorno Mental Grave (TMG). Estas alteraciones han sido estudiadas por ámbitos como la psiquiatría, lingüística y logopedia.

Objetivos: Realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de alteraciones en el lenguaje y comunicación en muestras de habla de sujetos con TMG desde los enfoques psicopatológico, logopédico y lingüístico. Definir la figura del logopeda como profesional en el correspondiente equipo multidisciplinar.

Metodología: Estudio observacional transversal no controlado en un grupo de sujetos con TMG procedentes de la Asociación “El Puente” Valladolid. Se han transcrito 10 muestras de habla mediante las convenciones del Corpus PerLa y se ha aplicado el Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R). Se ha estudiado la correlación entre las puntuaciones totales del PREP-R y de la escala TLC.

Resultados: La muestra es de 10 sujetos (70% hombres, edad mediana de 50,5 años). En el PREP-R, las medianas de las habilidades pragmáticas general, específica y de base gramatical fueron: 65,48%; 61,08%; 75%. En el PREP-R, la habilidad más afectada fue la de pragmática específica, fundamentalmente el principio de cooperación, subnivel de coherencia, índice de participación conversacional, y el principio de prioridad conversacional. Se obtuvo una correlación negativa moderada entre la puntuación total del PREP-R y la puntuación total cuantitativa de la escala TCL y puntuación total ausencia/presencia en la escala TLC. (Prueba de rho-Spearman: -0,6424; -0,6060 respectivamente).

Conclusiones: El PREP-R es un instrumento válido para la evaluación cuantitativa y cualitativa de las alteraciones pragmáticas en sujetos con TMG. El uso simultáneo del PREP-R y la escala TLC permite una evaluación más precisa de las alteraciones del pensamiento, lenguaje y comunicación. La atención a estas alteraciones en personas con TMG constituye actualmente un campo de especialización de la logopedia.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave (TMG), esquizofrenia, lenguaje, pragmática, logopedia, Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R).

ABSTRACT

Introduction: Formal Thought Disorder is one of the main types of thought, language and communication impairments described in patients with Severe Mental Illness (SMI). Different fields, like psychiatry, linguistics and speech therapy, have studied these impairments.

Goals: To do a quantitative and qualitative analysis of the language and communication impairments in speech samples of patients with SMI from a psychopathological, linguistic and speech therapy approach. To determine the professional role of speech therapists as professionals of the multidisciplinary team.

Methodology: Uncontrolled cross-sectional observational study of a group of subjects with SMI from the "El Puente" Valladolid association. Ten speech samples have been transcribed using the Corpus PerLa's conventions and the PREP-R pragmatic protocol has been applied. The correlation between PREP-R's and TLC's final scores has been studied.

Results: The sample encompasses 10 subjects (70% males, median age of 50,5 years). In the PREP-R, medians of the general pragmatic ability, specific pragmatic ability and grammatical-based pragmatic ability were: 65,48%; 61,08%; 75%. The most affected was the specific pragmatic ability, mainly those related to the cooperation principle, coherence sublevel, conversational participation index and conversational priority index. A moderate, negative correlation was obtained between the PREP-R final score and, for TLC scale, both the total quantitative score and the absence/presence total score.

Conclusions: PREP-R is a valid instrument to do a quantitative and qualitative evaluation of the pragmatic impairments in patients with SMI. A simultaneous use of PREP-R and TLC scale allows a more precise evaluation of thought, language and communication impairments. Healthcare to these impairments in persons with SMI is a potential specialization field in speech therapy.

Keywords: severe mental illness, schizophrenia, language, pragmatic, speech therapy, Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R).

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE GENERAL	4
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	5
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. El Trastorno Mental Grave y la esquizofrenia	6
1.2. Características del lenguaje, la comunicación y el pensamiento en personas con Trastorno Mental Grave	7
1.3. Evaluación psicopatológica y lingüística en personas con Trastorno Mental Grave	9
2. OBJETIVOS	11
2.1 Objetivos generales	11
2.2 Objetivos específicos	11
3. MATERIAL Y MÉTODOS	11
3.1 Sujetos	11
3.2 Datos sociodemográficos y clínicos	12
3.2 Pruebas de evaluación	12
3.2.1 Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R)	12
3.2.2 Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC)	13
3.3 Procedimiento	13
3.4 Análisis estadístico	14
4. RESULTADOS	15
4.1 Resultados de datos sociodemográficos y clínicos	15
4.2 Resultados obtenidos en el Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado	15
4.3 Resultados obtenidos en la escala Pensamiento Lenguaje y Comunicación (TLC) y correlación de los resultados de la escala TLC y del Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado	30
5. DISCUSIÓN	32
5.1 Datos sociodemográficos y clínicos	32
5.2 Resultados obtenidos en el Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado	34
5.3 Resultados obtenidos en la escala Pensamiento Lenguaje y Comunicación	38
5.4 Intervención logopédica en Trastorno Mental Grave	39
5.5 Limitaciones y fortalezas del estudio y futuras líneas de investigación	40
6. CONCLUSIONES	42
7. BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXO I	48
ANEXO II	51
ANEXO III	53
ANEXO IV	55
ANEXO V	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Puntuación de las habilidades pragmáticas obtenidas en el PREP-R.....	16
Tabla 2. Comparación de las puntuaciones totales obtenidas en la escala TLC y PREP-R.....	31
Tabla S1. Datos sociodemográficos de la muestra.....	53
Tabla S2. Datos clínicos de la muestra.....	54
Tabla S3. Resultados por ítems obtenidos en el PREP-R.....	55
Tabla S4. Resultados por ítems obtenidos en la escala TLC	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de cajas y bigotes para las variables habilidades pragmáticas del PREP-R..	16
Figura 2. Cuantificación de las habilidades pragmáticas	17
Figura 3. Resultados por ítems del PREP-R.....	18
Figura 4. Comparación de los resultados en la escala TLC y el PREP-R	32

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Trastorno Mental Grave (TMG)

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH)

trastorno formal del pensamiento (TFP)

Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (*Scale for the assessment of thought, language, and communication*) TLC

Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP- R)

Estudio Sociolingüístico del Español de España y de América (PRESEEA)

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El Trastorno Mental Grave y la esquizofrenia

El concepto de enfermedad o trastorno mental ha sufrido grandes variaciones a lo largo del tiempo y de las diversas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Es crucial la definición y clasificación de los Trastornos Mentales Graves (TMG), con el fin de no clasificar erróneamente como “trastorno” lo que en realidad son diferencias individuales no patológicas (1).

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el trastorno mental es “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.” Además, frecuentemente se asocia a “un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes” (2, p.5).

Por otro lado, el concepto de Trastorno Mental Grave se consolida y alcanza amplia aceptación en 1987, cuando el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) lo define como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social” (3).

Además, el concepto se construye en torno a tres dimensiones: se refiere a los diagnósticos de trastornos psicóticos y de la personalidad, con una duración superior a los dos años, y, finalmente, se caracteriza por la presencia de discapacidad que afecta a los diversos ámbitos del individuo, familiar, social, académico, laboral, etc. (4).

Ambas definiciones asocian el trastorno mental a la presencia de discapacidad en diversos ámbitos y funciones. La discapacidad, según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende como “aquella limitación en la capacidad de realizar actividades que restringe de manera permanente la participación de la persona en la sociedad y que es consecuencia de deficiencias en funciones y estructuras corporales y de obstáculos ambientales” (5).

En lo que a este trabajo concierne, las limitaciones en la participación social de las personas con TMG se ven acentuadas por las complejas dificultades lingüísticas y comunicativas que manifiestan. Precisamente los dominios de comprensión y comunicación y de relaciones con otras personas son, entre otros, comprendidos por el cuestionario de la OMS para la evaluación de la discapacidad (5).

A fin de estudiar las alteraciones en el pensamiento, lenguaje y comunicación en TMG, es imprescindible exponer el concepto de TFP, pues se trata del término más frecuentemente utilizado a estos efectos en psicopatología y psiquiatría. Se refiere al conjunto de alteraciones en el pensamiento, comunicación y lenguaje, tales como descarrilamiento, tangencialidad, circunstancialidad, presión de habla, etc. Estos síntomas pueden clasificarse en dos tipos: negativos y positivos. Los negativos se refieren a pobreza de habla y pobreza del contenido del lenguaje, mientras que los positivos se refieren a síntomas como presión de habla, tangencialidad, descarrilamiento, etc. (6).

Si bien algunos síntomas, como el descarrilamiento, se consideran característicos de la esquizofrenia, otros, como la pérdida de meta, se espera que ocurran en una gran cantidad de grupos diagnósticos (6). Por tanto, el TFP, aunque más común, no se puede considerar exclusivo de la esquizofrenia (7).

Diversos autores, como Bleuler o Berner, conceptualizan la esquizofrenia a través de fenómenos referidos al pensamiento y lenguaje, por ejemplo, alteraciones formales del pensar, descarrilamiento, etc. (8). El lenguaje no solo ha sido señalado como uno de los síntomas nucleares o de primer orden de esta enfermedad, sino que la hipótesis de Crow también señala el salto evolutivo en el que la especie humana accede al lenguaje y, al tiempo, la aparición de una mutación genética, como origen de la esquizofrenia (9).

Por tanto, no hay duda alguna de que las alteraciones del pensamiento, lenguaje y comunicación constituyen el núcleo de esta enfermedad, al igual que de otros trastornos psicóticos.

1.2. Características del lenguaje, la comunicación y el pensamiento en personas con Trastorno Mental Grave

Son escasos los estudios sobre las alteraciones del lenguaje y la comunicación en TMG, y, en la búsqueda bibliográfica realizada, difícilmente se encuentra alguna publicación que lo haga a través del análisis de muestras de habla, como se pretende en este trabajo.

Sin embargo, sí destaca en este ámbito el trabajo de Louise Cummings (10). En su libro, la autora defiende la importancia de los servicios de logopedia en las enfermedades mentales y recoge los resultados obtenidos por diferentes investigadores acerca del lenguaje y la comunicación en sujetos con TMG. Los datos revelan que entre el 71% y 80% de los participantes se veían afectados en uno o varios aspectos, principalmente en comprensión, evocación, habla espontánea y alteraciones en su discurso.

En concreto, la investigación realizada por el grupo de Walsh, uno de los estudios que Cummings cita en su obra, aporta datos esclarecedores ante la evidente alteración en el

procesamiento de la información, pobreza en cuanto a forma y contenido del discurso, circunloquios, descarrilamiento y discurso tangencial e ininteligible (11).

No obstante, estos estudios mencionados ya son antiguos, mientras que son muchos y más actuales los que examinan la especificidad del lenguaje esquizofrénico. A continuación, se definen los déficits lingüísticos y comunicativos de esta enfermedad desde el campo de la psiquiatría, la lingüística y logopedia, lo que permite una visión complementaria de los déficits presentes.

En primer lugar, hay que indicar que en la bibliografía acerca del lenguaje en esquizofrenia los niveles semánticos y pragmáticos son indicados como los más gravemente afectados. Por otro lado, apenas se aprecian alteraciones en los componentes fonético, fonológico y sintáctico (12, 13, 14).

Respecto a las alteraciones semánticas, la más reseñable es la existencia de una red semántica disfuncional, la cual explicaría los déficits en la organización, almacenamiento y recuperación de la información semántica (12). Las alteraciones se manifiestan a través de “neologismos parciales y totales, paralogismos, glosolalias, verbigeraciones, distorsiones metonímicas...en otras palabras, vocablos con significados erróneos y una disociación semántica general” (14).

En segundo lugar, en lo que respecta a alteraciones pragmáticas, el componente más afectado, es interesante señalar lo siguiente. Algunos fenómenos como descarrilamiento, discurso tangencial, pobreza del habla, etc., los cuales constituyen el ya mencionado TFP, son clasificados por diversos autores en las alteraciones relativas al componente pragmático del lenguaje.

Así lo indican Salavera y Puyuelo, quienes clasifican los fenómenos de “descarrilamiento, pobreza de los contenidos de expresión, perseveración y circunstancialidad” (12) en las alteraciones pragmáticas de pacientes con esquizofrenia. O Radanovic y colaboradores, quienes, tras aplicar en su estudio la escala de Pensamiento Lenguaje y Comunicación (TLC), afirman que la existencia de alteraciones en los niveles semánticos y pragmáticos conlleva la aparición de síntomas del TFP (13).

Desde el campo de la lingüística también se ha estudiado el TFP y se han relacionado las diferentes alteraciones que este engloba con elementos pragmáticos, tales como el principio de cooperación de Grice, la habilidad de gestión temática y coherencia y cohesión discursiva (15).

De esta forma se sugiere que “la cohesión permite medir el descarrilamiento e incoherencia; el principio de cooperación se relaciona con la tangencialidad, falta de lógica,

circunstancialidad, presión de habla y distraibilidad; y, por último, mediante la gestión temática se mide el descarrilamiento, incoherencia, circunstancialidad y presión de habla” (15).

Además, como indican el grupo de Insúa (16), los estudios realizados desde una perspectiva psicolingüística muestran resultados dignos de mención: los sujetos con esquizofrenia, por lo general, utilizan el lenguaje de una forma adecuada, aunque no práctica. Esto es, de nuevo, un déficit en la pragmática y falta de adecuación al interlocutor y contexto, lo que explica las graves dificultades de interacción social normal de los pacientes con esquizofrenia.

En las interacciones comunicativas, es primordial reconocer tanto el efecto que las propias emisiones producen en el interlocutor, como las intenciones de este. Este aspecto alterado en la esquizofrenia limita las habilidades de los pacientes a la hora de extraer el significado de aquellas expresiones que no pueden ser interpretadas únicamente por su contenido semántico, tales como ironías o metáforas (17, 18). Es decir, la comprensión y expresión de lenguaje no literal y de contenido abstracto se encuentra deformada y limitada (14).

Sus dificultades para adaptarse al contexto y a las necesidades comunicativas del interlocutor se evidencian a través de déficits en la adecuada alternancia de turnos de habla, gestión del tópico de comunicación, diferenciación de información relevante de irrelevante, etc (14). De hecho, la gestión temática ha sido señalada como marcador de déficit lingüístico primario en personas con esquizofrenia (19).

Todo ello da lugar a la elaboración de discursos carentes de coherencia y cohesión (14). Incluso en las pausas en el discurso de pacientes esquizofrénicos se aprecian alteraciones, según señala Figueroa en su estudio (20). Además, llama la atención el uso peculiar que hacen de las palabras, dando lugar en ocasiones a un discurso extraño, incluso poético (14).

Los componentes no verbales y paralingüísticos son dos elementos fundamentales de la pragmática que influyen enormemente en la eficacia comunicativa. En ocasiones se ha observado en pacientes esquizofrénicos inexpresividad facial, mirada perdida o ausencia de contacto visual, así como dificultades para reconocer expresiones faciales en el interlocutor. De igual forma se aprecian déficits en los componentes prosódicos, tales como monotonía o bradilalia (18).

Finalmente, tras analizar lo expuesto en este apartado, se puede afirmar que tanto desde el ámbito de la psiquiatría como de la lingüística y la logopedia se evidencian importantes déficits lingüísticos en población con trastornos mentales.

1.3. Evaluación psicopatológica y lingüística en personas con TMG

Los síntomas del lenguaje a veces se solapan con los trastornos formales del pensamiento, lo que en ocasiones hace difícil la evaluación de estos síntomas (21). Como es lógico,

únicamente se tiene acceso al pensamiento del paciente a través de su expresión oral, escrita o comportamiento (7). Por ello es fundamental contar con adecuados instrumentos de evaluación de la expresión oral, lenguaje y comunicación de estos pacientes.

Los instrumentos clásicos de evaluación psiquiátrica generalmente incluyen algunos ítems relativos a las alteraciones del lenguaje. Instrumentos como la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos y Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (SANS y SAPS).

Sin embargo, destacan por realizar una evaluación psicopatológica centrada en el lenguaje las siguientes escalas:

- Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (Scale for the assessment of thought, language, and communication) TLC: Esta escala se explica en detalle en el apartado de procedimiento. Con ella se pretende abarcar las alteraciones del pensamiento, lenguaje y comunicación, que componen el trastorno formal del pensamiento.
- Thought and Language Disorder Scale (TALD) Tiene como objeto evaluar la gravedad del trastorno formal del pensamiento. Además, hace distinción entre síntomas negativos y positivos. Consta de 30 ítems que se puntúan de 0 a 4 (21).
- Clinical Language Disorder Rating Scale (CLANG): “Permite evaluar la gravedad del lenguaje desorganizado, el cual es una expresión del TFP, en pacientes con esquizofrenia. Los ítems evalúan las áreas fonética y fonológica, sintáctica, semántica y discursiva” (22, p.50). Se valoran síntomas tales como: “disartria, estructural sintáctica anormal o limitaciones sintácticas excesivas, fallos de referencia o trastorno de la pragmática” (21).

Es de interés mencionar también, pruebas lingüísticas que han sido utilizadas en investigaciones con población con esquizofrenia y otros trastornos mentales, por ejemplo: pruebas de fluidez verbal, de fluidez fonológica, de ambigüedad léxica, prueba de asociación semántica mediante la subprueba del test estandarizado BETA (23), prueba de detección de errores sintácticos (DESi) y de detección de errores semánticos (DESe) (24).

En la investigación llevada a cabo por el grupo de Walsh (11) en sujetos con TMG se valora la comprensión del lenguaje, y algunos aspectos pragmáticos tales como inferencias y metáforas. (*The Sentence to Picture Matching Test from the Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia (PALPA)*, *The Inference Test from the Right Hemisphere Language Battery*, *The Metaphor Picture Test from the Right Hemisphere Language Battery*).

La variedad de pruebas, psicopatológicas y lingüísticas, permiten un abordaje interdisciplinar a la hora de evaluar los déficits lingüísticos y comunicativos. Como se menciona en el apartado

anterior, se ha visto que síntomas del lenguaje y comunicación evaluados por escalas psicopatológicas guardan relación con los déficits pragmáticos y semánticos que presentan estos pacientes.

Por ello en este trabajo se propone el análisis del lenguaje y la comunicación, por un lado, desde el campo de la logopedia, a través del Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R), dada la importante afectación de este componente y ante la escasez de estudios en los que se apliquen instrumentos de evaluación pragmática en TMG. Y, por otro lado, desde el campo de la psiquiatría mediante la escala TLC. Con el fin de complementar resultados y establecer relaciones entre estos desde el mencionado enfoque multidisciplinar.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos generales

- Realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de alteraciones en el lenguaje y comunicación en muestras de habla de sujetos con trastorno mental grave desde los enfoques psicopatológico, logopédico y lingüístico.
- Definir la figura del logopeda como miembro del equipo multidisciplinar que atiende a personas con TMG.

2.2 Objetivos específicos

- Describir desde un enfoque logopédico un conjunto de muestras de habla de sujetos con TMG.
- Evaluar bajo un enfoque lingüístico el lenguaje y comunicación mediante el PREP-R en una muestra de sujetos con TMG.
- Estudiar la correlación entre la puntuación final del PREP-R (habilidad pragmática general) y la puntuación total cuantitativa de la escala TLC y puntuación total de ausencia/presencia de los síntomas de la escala TLC.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional transversal no controlado en un grupo de sujetos, en el cual se transcriben y analizan 10 muestras de habla de pacientes con trastorno mental grave. Se utilizaron 10 de las 20 muestras de habla que habían sido previamente recogidas en el marco de la línea de investigación dirigida por la tutora del trabajo: "Alteraciones del lenguaje y comunicación en personas con trastorno mental grave" (25).

3.1 Sujetos

Las muestras de habla utilizadas para el estudio pertenecen a 10 sujetos que acuden a la Asociación FEAFES "El Puente" Valladolid. "El Puente" es una de las 18 entidades sin ánimo de lucro que forman parte de la Confederación Salud Mental España. En esta asociación se atiende a personas con trastorno mental y a sus familias con el fin último de mejorar su calidad

de vida. Algunos de los servicios con los que cuentan son: centro ocupacional, área de empleo y formación, promoción de la autonomía y e inclusión social, etc. (26).

Criterios de inclusión y exclusión para el estudio:

Criterios de inclusión:

- Usuarios de ambos sexos y cualquier edad de la Asociación el Puente de Valladolid, perteneciente a la Federación de Enfermos y Familiares de Salud Mental.
- Obtención de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Ausencia de colaboración en el estudio.
- Diagnóstico de enfermedad somática o mental grave que pueda afectar a la realización de las pruebas.

3.2 Datos sociodemográficos y clínicos

Se recogen variables referentes a datos sociodemográficos y clínicos:

- Sociodemográficos: sexo (hombre o mujer), edad, estado civil (soltero, casado/convive, separado/divorciado, otros), nivel socioeconómico (bajo, medio, alto), residencia (urbana, rural, otros), convivencia (familia primaria, familia propia, solo, otros), nivel educativo (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores, otros) y situación laboral (activo, paro, jubilado, incapacidad laboral, no procede, otros).
- Clínicos: Inicio de la enfermedad, diagnóstico (DSM-5), asistencia psiquiátrica, tratamiento farmacológico, tratamiento antipsicótico, intervenciones en el centro, intervenciones fuera del centro e intervención logopédica.

3.2 Pruebas de evaluación

3.2.1 Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado (PREP-R) (anexo I)

El Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática- Revisado, nos ofrece una sólida herramienta para valorar la eficacia comunicativa de los sujetos de estudio (27).

Este protocolo se construye en torno a los tres elementos básicos de la comunicación: emisor, receptor y mensaje. Por tanto, los tres principales planos pragmáticos que nos permite analizar son: enunciativo, textual e interactivo. El nivel enunciativo se refiere a los actos de habla del emisor y al principio de cooperación de Grice, el nivel textual comprende lo referente a coherencia y cohesión, y, por último, el nivel interactivo toma en consideración los aspectos orientados al receptor (27).

De los 18 ítems componentes del PREP-R, 6 pertenecen a la pragmática enunciativa, 5 a la textual y 7 a la interactiva.

Por último, uno de los puntos fuertes del PREP-R, es que permite obtener tres resultados finales en porcentajes: la puntuación en habilidad pragmática general, y la subdivisión de esta en habilidad pragmática específica y habilidad pragmática de base gramatical. Por consiguiente, esto facilita diferenciar si las alteraciones comunicativas del individuo se deben a déficits específicamente pragmáticos, o, por el contrario, son dificultades de base gramatical (27).

3.2.2 Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC)

La escala TLC surge ante la necesidad de solventar el mal uso y mal interpretación que se le da en ocasiones al término “trastorno formal del pensamiento”. Es importante entender que este término ha sido a menudo utilizado como unitario, y no como lo que es en realidad, un conjunto de diversas alteraciones del lenguaje. A través de esta escala se pretende evaluar de manera objetiva y fiable el TFP (28).

Por tanto, en ella se abarcan las alteraciones del pensamiento, lenguaje y comunicación que componen el TFP. Consta de 20 ítems a través de los cuales se evalúan síntomas de tipo objetivo: pobreza de habla, pobreza del contenido del lenguaje, tangencialidad, descarrilamiento, neologismos, etc. Cada uno de ellos se valora “ausente o presente” y se puntúa con una gravedad de 0 a 4 (21).

3.3 Procedimiento

En primer lugar, es necesario conocer el “Proyecto para el Estudio Sociolingüístico del Español de España y de América (PRESEEA)”. El objetivo de este proyecto es conseguir un corpus sociolingüístico del español y el portugués. Para coordinar tal ambicioso fin y facilitar el intercambio de información, se proporcionan unas directrices generales a seguir para todas aquellas instituciones que se quieran asociar al proyecto. Por tanto, en el PRESEEA, se indica cómo llevar a cabo el muestreo y la recogida de datos mediante una entrevista estructurada (29). Ese modelo de entrevista fue el que se siguió en investigaciones previas para la obtención de las muestras de habla, en formato audio y de una duración aproximada de 45 minutos.

A continuación, se llevó a cabo un acercamiento y familiarización con los instrumentos y escalas que se han utilizado en el estudio.

En el presente trabajo, se ha realizado la transcripción de 10 de las 20 muestras de habla recogidas. Para ello se siguieron las convenciones del Corpus PerLa de transcripción de lenguaje oral, de Gallardo y Sanmartín (30) (anexo II). Se optó por realizar esta transcripción,

de tipo ortográfica, frente a otras fonéticas, puesto que permite una lectura fluida para cualquiera que no esté familiarizado con los alfabetos fonéticos (30).

El proceso de transcripción se inició en el mes de febrero de 2022 y se concluyó el total de las muestras a mediados de abril del mismo año. Con la finalización de las transcripciones se dio paso a la siguiente fase del proyecto, en la cual se llevó a cabo una lectura exhaustiva del PREP-R con el fin de adquirir un adecuado conocimiento del mismo y aplicarlo así de la forma más precisa y correcta posible. Se culmina este proceso, finalmente, con la aplicación del protocolo a las transcripciones de las entrevistas.

Los datos resultantes se recogieron en Excel con el fin de facilitar el manejo de estos y realizar un estudio estadístico. Por un lado, se registraron los resultados de cada ítem, y por otro, los resultados finales de las habilidades pragmáticas de cada sujeto. Se elaboraron los gráficos y tablas correspondientes.

Finalmente, se ha realizado un estudio comparativo entre los resultados obtenidos en el PREP-R, y los resultados de un estudio previo sobre la misma muestra, pero en el cual se aplicó la escala TLC. El objetivo es establecer una correlación entre las puntuaciones finales de ambos instrumentos. Se utilizó para ello el coeficiente de correlación de Spearman.

Las puntuaciones que se toman para la correlación son la puntuación de la habilidad pragmática general del PREP-R y las puntuaciones totales de la escala TLC de ausencia/presencia (de los síntomas), y las puntuaciones totales cuantitativas de la escala TLC (referentes a la gravedad de los síntomas).

Se pasaron los resultados de la escala TLC a porcentajes para poder comparar los obtenidos en ambos instrumentos. En el caso de ausencia/presencia, se calculó el tanto por ciento sobre 20, que es el número de ítems de la escala, y, por tanto, la máxima puntuación que podría obtener un sujeto en este apartado. En el caso de la puntuación cuantitativa, se calculó el porcentaje sobre 80, número que resulta de multiplicar los 20 ítems de la escala por 4, que es la máxima puntuación de gravedad que se puede atribuir a cada ítem.

El presente trabajo fin de grado se ha realizado con el apoyo de la beca de colaboración en investigación del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para el curso 2021-2022, durante los meses de noviembre a junio.

3.4 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de las variables cuantitativas se utilizan medidas no paramétricas, ya que debido al reducido tamaño muestral no se puede asegurar que exista una distribución normal de los datos.

Para variables cuantitativas se han utilizado las pruebas mediana, rangos intercuartílicos [Q1-Q3] e intervalos de confianza de Wald, para las cualitativas número y porcentaje y para la asociación de variables el coeficiente de correlación de Spearman (prueba de rho-Spearman).

4. RESULTADOS

4.1 Resultados de datos sociodemográficos y clínicos

En la tabla S1 y S2 (anexo III) se exponen los resultados de los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra del estudio, compuesta por 10 sujetos: 7 hombres y 3 mujeres.

La *edad* mediana de la muestra es de 50,5 años y rango intercuartílico [44,25-54,00], y la mediana de la *edad de inicio del trastorno* es 24 años y rango [15,5-28,5]. Mientras que el 80% tienen *estudios primarios* tan solo un 10% también tiene *secundarios* y otro 10% ha cursado *estudios superiores*. La situación laboral del 70% de la muestra es de *incapacidad laboral* y el 30% restante se encuentra en *paro*.

Predomina el *diagnóstico* de esquizofrenia (30% de la muestra), seguido del trastorno esquizoafectivo (20%) y del trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otros trastornos psicóticos (20%). Además, el 30% de la muestra presenta comorbilidad con otros trastornos como trastorno depresivo no especificado, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno psicótico inducido por sustancias.

Respecto al *tratamiento*, el 100% de los participantes del estudio reciben atención psiquiátrica y tratamiento farmacológico y antipsicótico. Mientras que tan solo el 10% recibe *tratamiento logopédico*.

4.2 Resultados obtenidos en el Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado

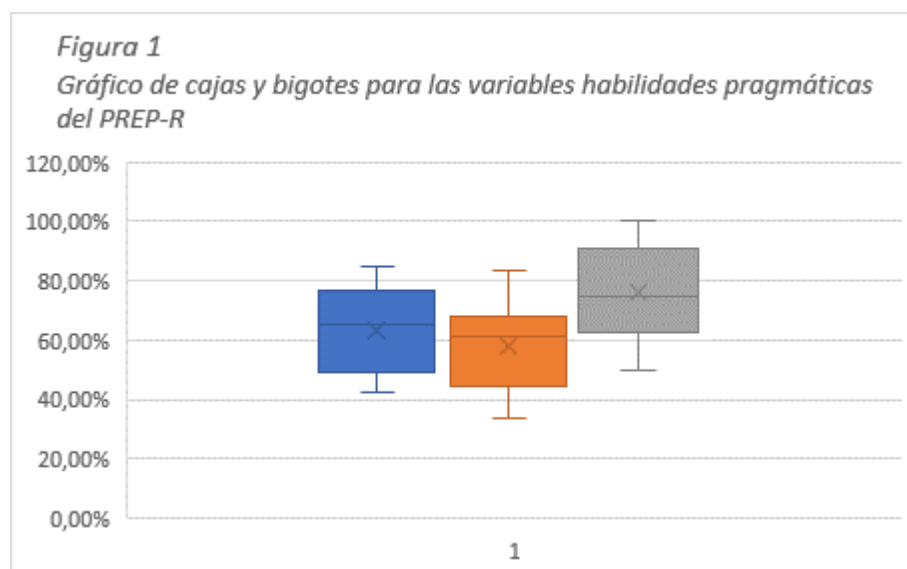
La tabla 1 muestra las puntuaciones finales de las tres habilidades pragmáticas ya mencionadas. Se han hallado las medianas de las tres habilidades: habilidad pragmática general, pragmática específica y de base gramatical (65,48; 61,08 y 75,00 respectivamente). En cuanto a la pragmática general, el resultado más bajo es de 42,30% y el más alto 84,61%, siendo la mediana de 65,48%.

Tabla 1. Puntuación de las habilidades pragmáticas obtenidas en el PREP-R

SUJETOS	PRAGMÁTICA GENERAL (%)	PRAGMÁTICA ESPECÍFICA (%)	PRAGMÁTICA GRAMATICAL (%)	DURACIÓN DE LA MUESTRA (min, s)
1	53,84	44,40	75	54'21"
2	73,07	72,20	75	46'10"
3	73,07	66,66	87,50	51'59"
4	76,92	66,66	100	44'41"
5	84,61	83,33	87,50	43'51"
6	76,90	66,66	100	60'25"
7	46,15	44,44	50	45'24"
8	50	44,40	62,50	54'11"
9	57,90	55,50	62,50	48'01"
10	42,30	33,33	62,50	51'26"
Mediana	65,48	61,08	75,000	49'43"
Rango intercuartílico	[50,96-75,94]	[44,41-66,66]	[62,5-87,5]	[45'35"-53'38"]

Si se toma en consideración la mencionada subdivisión, se aprecia que la habilidad pragmática específica presenta puntuaciones más bajas, tanto en la mediana como en el rango intercuartílico (61,08, [44,41-66,66]). Lo cual hace pensar en una mayor afectación de esta frente a la de base gramatical. Para corroborarlo se realiza un gráfico de cajas y bigotes (figura 1) donde se aprecia claramente menor puntuación en la pragmática específica.

Figura 1. Gráfico de cajas y bigotes para las variables habilidades pragmáticas del PREP-R

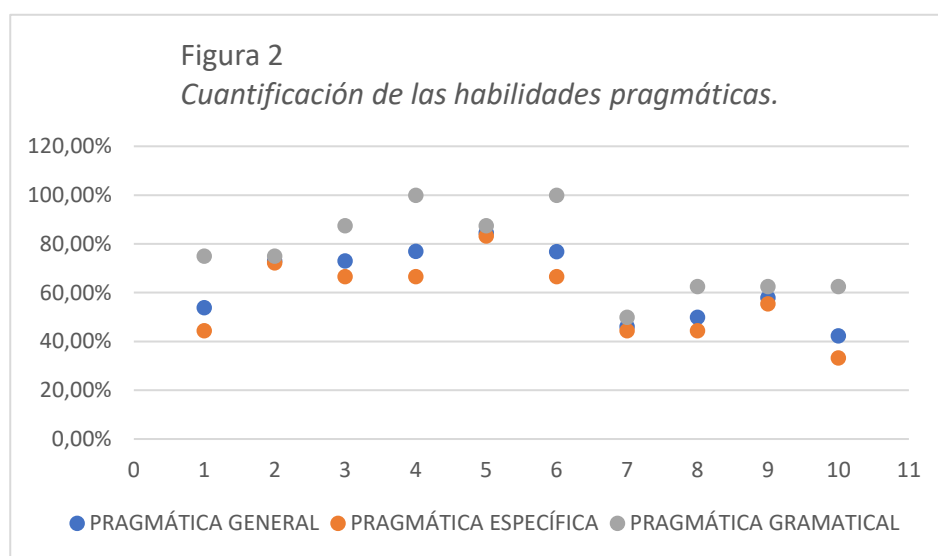


Además, se han obtenido los intervalos de confianza de Wald al 95% para la habilidad pragmática específica y de base gramatical: [47,988-67,528] y [65,633-86,866], las medias son 57,75 y 76,25 respectivamente. Aunque no se puede afirmar con total seguridad, dado

que hay un ligero solapamiento en los intervalos, los datos apuntan a que la habilidad pragmática específica muestra mayor afectación frente a la de base gramatical.

La diferencia entre las habilidades se aprecia también en la figura 2, en la que se muestran las tres puntuaciones en los 10 sujetos. La pragmática específica es la que presenta puntuaciones más bajas y la de base gramatical las más altas. Queda así, entre medias de estas dos, la pragmática general. Con la excepción de los pacientes 2, 5 y 9 donde se aprecia cierto solapamiento de las 3 puntuaciones, aun así, siempre es la más baja la pragmática específica.

Figura 2. Cuantificación de las habilidades pragmáticas

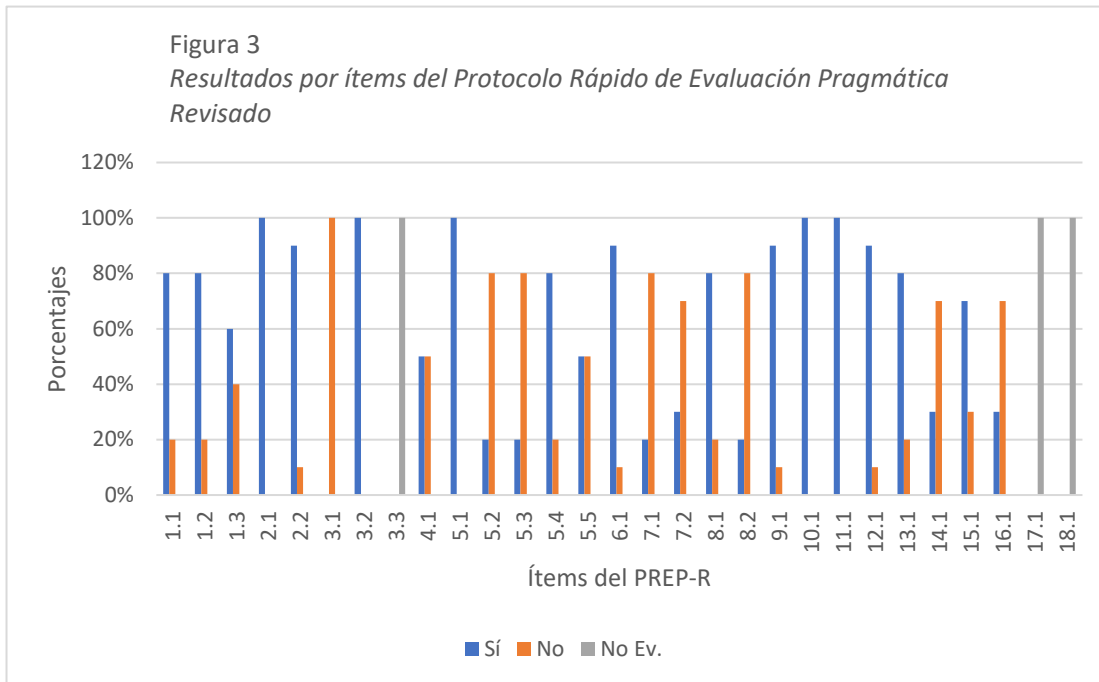


Al analizar los resultados obtenidos por ítems, tabla S3 (anexo IV) y figura 3, se puede constatar que los ítems más afectados son: el 3.1 (Emplea actos verbales y/o paraverbales compensatorios), en el 100% de los sujetos; y, se vería afectado en un 80% de los participantes los ítems 5.2 y 5.3 relativos al principio de cooperación (máxima de cantidad y de manera respectivamente), y 7.1 y 8.2 referentes a las superestructuras textuales y gestión temática.

Ligeramente menos afectado, en un 70%, se encuentra el ítem 7.2 (superestructuras argumentativas), el 14 (índice de participación conversacional), y, por último, el 16 (principio de prioridad conversacional), los dos últimos relativos a la pragmática interactiva.

Por el contrario, los aspectos menos afectados, tan sólo entre un 0% y 20% de los sujetos presentan dificultades, se agrupan en torno a los ítems 1 y 2, referentes a los actos de habla e ilocutividad de estos; los ítems 5.1 (la información que proporciona es veraz), 9, 10 y 11 (subnivel de cohesión) y 12 (agilidad de turno).

Figura 3. Resultados por ítems del PREP-R



A continuación, se exponen ejemplos, extraídos de las muestras, de cada ítem evaluado en el protocolo.

1.1 El hablante articula correctamente las palabras, de manera que las emisiones resulten reconocibles (actos enunciativos).

Los participantes apenas presentan alteraciones articulatorias, solo en dos casos se ha considerado lo suficientemente alterado como para puntuarse con “NO” en el protocolo. En estos casos la articulación se encuentra tan distorsionada que gran parte de las verbalizaciones resultan ininteligibles.

Ejemplo 1:

30 I: Y ((x x)) salía °(((xxx xxx)))° así que. Luego el psiquiatra ((xxxx xxxx)) allí en Vitoria, /// pue(s) estuve medio→ año así y luego me la quitaron.

168 I: [((xx xx)) casa] daba masajes ((x x)) pasada, porque tenía / esto muy duro / y ((xxx xxx)) Volvía de trabajar, la guardaría. °(((xx xx)))°

1.2 Encuentra las palabras que busca y es capaz de hacer uso de la gramática de su lengua para transmitir significado (actos proposicionales).

Ejemplo 2 de paciente que presentan dificultades para encontrar la palabra que exprese el significado que quiere transmitir:

253 E: Bueno, pero es un pilar muy importante, ¿no? Cuando → ¿necesitas ayuda quién está ahí para ayudarte? La familia, ¿no? // ¿No te ayuda cuando tú la necesitas?

254 I: Pero yo me encubro siempre → la → mortalidad.

255 E: ¿En la mortalidad?

256 I: A ver, en la → cama.

257 E: Ah.

258 I: En el descanso, o yo qué sé.

268 I: Pensar es una virtud, no una actividad.

269 E: Ah, ¿es una virtud? También es una actividad, ¿no?

270 I: Actividad → sensorial, pero / es que → no todo es senso- ((sensorizar)) las cosas / o como se diga.

271 E: ¿Dices que no todo el mundo tiene las mismas facilidades para pensar? Quieres decir, ¿o cómo?

272 I: No sé. No todos → recapitan la meditación o como se diga.

1.3 Su manejo de las pausas y silencios intraturnos es adecuado.

Este ítem se ve bastante afectado (40%), tanto por exceso de pausas y silencios, lo cual da lugar a un transcurso de la comunicación lenta, como por defecto, en discursos verborreicos donde se omiten las pausas oportunas para la adecuada inteligibilidad del discurso.

Ejemplo 3:

48 I: [Mmm no. No] Yo soy de un pueblo cerca de la provincia de Valladolid, que se llama (nombre del pueblo) ↑ **(3.0)** Eh → conocí a una → chica, // eh → con la cual me ↑ me casé.

52 I: Y → estoy viviendo aquí. /// Diez años de **(3.0)** diez años de- de matrimonio /// las cosas no nos fueron bien, y /// sigo residiendo en Valladolid ↑ y / irme al pueblo pues /// no lo [veo]

Ejemplo 4:

14 I: Sí, pero estoy me encuentro más nerviosa/ de otra manera, no sé cómo decirte que estoy más animada pero cuando yo estoy sola como que me encuentro más agitada, más nerviosa haciendo las cosas de acá para allá debe ser que → no tengo tanto tiempo para límite para estar → mmm/ dedicada a esperar un poco más a la hora de la comida, a (e)spere un poco más al llegar a casa. Parece que las horas se m'hacen más largas en vez de más cortas, más largas. Voy en autobús y se m'hace más tarde, voy con estas parece que → antes se me hacía más de noche, ahora ya me estoy dando cuenta que los días son más [más]

2.1 Comprende y/o produce actos de habla directos e indirectos convencionalizados.

Este ítem no se ve afectado en ninguno de los participantes.

2.2 Comprende y/o produce actos de habla indirectos.

Este tipo de actos de habla se muestran ligeramente afectados, en un 10%.

Ejemplo: 5

294 I: ¡Y luego además hay un grupo que viene cantando, a cantar y todo!
295 E: ¡Anda! O sea que también hay música que te [gusta]
296 I: [((x x))] a bailar [((xx xx))]
297 E: [¡¿Qué también te] gusta bailar?!
298 I: Y→ y con Bea ((va a ir)) es que es muy maja.

Cuando el informante dice que le gusta bailar, el entrevistador con su respuesta no está haciendo realmente una pregunta, pues ya sabe que la respuesta es que sí le gusta. Con esa pregunta lo que se hace es, en realidad, una petición de ampliación de información. Petición, que, no es resuelta por el informante.

En este otro caso, sin embargo, se da una situación parecida en la que el informante sí amplía la información ante la solicitud del entrevistador. Ejemplo 6:

12 I: [Más animada ↑] que antes sí.
13 E: ¿Más animada que antes?
14 I: Sí, pero estoy me encuentro más nerviosa/ de otra manera, no sé cómo decirte que estoy más animada pero cuando yo estoy sola como que me encuentro más agitada[...]

Algunos ejemplos de producciones de actos indirectos de los pacientes: Ejemplo 7:

179 E: Tengo 22 ahora, [así que]
180 I: [¿¿22?!] Pues, ¡Caramba, eh! Se te ve muy-muy maduro.

Con su respuesta el informante da entender que no aparenta 22 años, sino que parece mayor.

Ejemplo 8:

467 E: Te voy a hacer una pregunta un poco así. Imagínate que un día te toca → echas un euro de esos que- tienes un euro, y lo echas a una apuesta o a → una primitiva. Y te toca una primitiva. Imagínate, 100.000 euros.
468 I: ¡Joe! ¡¿Cuánto es eso?! ¡100.000 euros!
469 E: ¡Puff! Muchísimo dinero. ¿Qué harías tú con 100.000 euros?

No se realiza una pregunta solicitando información, sino que la función en este contexto es la de expresar asombro.

3.1 Emplea actos verbales y/o paraverbales compensatorios (actos locutivos)

Generalmente este tipo de actos aparecen cuando los actos proposicionales se encuentran gravemente afectados, situación que no se da en los sujetos de la muestra.

3.2 Utiliza estrategias verbales que le permiten ganar tiempo extra para la construcción de sus emisiones (actos borrador).

Frecuentemente los pacientes recurren a este tipo de estrategias.

Ejemplo 9:

60 I: [Pues, eh→ pues vamos a ver.] Eh→ /Ahora mismo, actualmente estoy→ viviendo→ en un piso→ compartido. Somos tres chicos // y→ pues entre los tres hay buena → hay buena relación↑. Hay→ nos gastamos bromas↑ Hasta [cierto punt- hasta=]

154 I: Mmm antes→ me gustaba ↑, mmm la madre de mis hijos es de una cofradía // mis dos hijos también son de una- de la misma cofradía, y me gustaba / irles / a ver / eh→ ir / con ellos, llevarles eh→ la ca- el→- el hábito.

4. Rectificación y conciencia metapragmática: Muestra conciencia de su dificultad, y trata de corregir sus propios enunciados cuando resultan problemáticos.

Ejemplo 10 de rectificación:

57 E: Sí es verdad. Y→ ¿Cuál es tu estación preferida?

58 I: Bueno, **el verano no→ la primavera.**

104 I: Yo hago caso a → mi madre, que → está todo→ **por el→ las fábricas.** Y→ y dice ella ¡que los satélites [...]

24 I: (RISAS) ¡Hay que saber hacer la pelota! [...] Pues por la mañana y cuando nos da / **estoy de nueve y media a → cuatro y media. A → ¡qué digo a cuatro y media! De nueve y media, a una y media.** Y→ ahí [...]

Este ítem es de los que presenta mayor variabilidad, 50% sí presenta conciencia metapragmática mientras que el otro 50% no. Ejemplo 11:

16 I: Se pasa enseguida. Que → a ver qué contamos. Que → ¡Pa(ra) contentar a mi madre! / Porque en mi **caja** comentan→ cajas [...]

Dice “caja” en vez de “casa” (parafasia fonémica)

26 I: Que yo no→ le entiende. Es que la primavera pues→ me ha com- ya la primavera y→ un sol. Pero vamos, por las **frases** hace frío.

Sustituye “tardes” por “frases” (parafasia fonémica)

5.1 La información que proporciona es veraz (implicatura de calidad).

En general todos los sujetos cumplen este principio de cooperación.

5.2 La información que proporciona no es ni escasa, ni excesiva, siempre teniendo en cuenta los requerimientos contextuales (máxima de cantidad).

Se pueden apreciar alteraciones tanto por defecto como por exceso de la información que se proporciona.

Ejemplo 12: Información proporcionada escasa:

39 E: Yo creo que es interesante. Y→ tu estado de ánimo últimamente, ¿Qué tal? ¿Bien?

40 I: Bien

41 E: ¿Estás animado?

42 I: Sí, estoy animado.

353 E: Y claro, y- pero vamos que → sigues tú→ te- tú ahora mismo si tuvieras la opción de trabajar, ¿Te gustaría →? Decir, pues sí que- o sea si te llega alguien y te dice, "tengo un trabajo para ti" o lo encuentras tú, ¿Te gustaría?

354 I: Sí.

355 E: También por esa rama, ¿no? Por la rama de →

356 I: Sí.

357 E: Tipo mecánico, esas cosas, ¿no?

358 I: Sí.

359 E: Pues muy bien. Lo importante es estar ocupa(d)o, estar entreteni(d)o y hacer cosas productivas, ¿A que sí?

360 I: Sí, sí.

Ejemplo 13: información proporcionada excesiva:

37 E: [Sí] Que el tiempo hace [mucho, ¿verdad?]

38 I: = [que afecta a los] huesos las rótulas, que las tengo desgastadas→ a dolor de huesos del cuerpo, los dolores de riñón que he tenido estos días atrás↑ que me afecta mucho↑ Porque dice que la temporada esta del sol→ y→ y que se te mete en los ojos ese sol que te hace daño↑ Que m`hace daño a las gafas, tengo que cambiar el cristal, es ahor(a)- y ((xx xx)) ponérmelas ahora en verano↑ M`ha dicho mi madre que me iba a- hacer para que viera mejor los ojos↓ Y es que m`ha dicho en la óptica que he recupera(d)o vista. // No sé si he recupera(d)o algo de vista. Eh- dice que e- es mejor que lo haga cuanto antes esto de las gafas. Dice mi madre que en cuento tengamos un poco más de *(dinero)* que se ve ma → / eso del dinero y ((x x)) de gastos. Entonces dice que cuando→ sea verano ya → me hace [unas gafas]

5.3 La información se proporciona de manera clara, ordenada y sin ambigüedades (máxima de manera).

El elevado porcentaje de 80% demuestra que este es uno de los ítems que más ampliamente se ve alterado.

Ejemplo 14:

12 I: Y yo llevo muchos años, desde el 2008 hasta el dos mil / ahora, he esta(d)o muy con- el de- delirante, una cosa. Me caí encima de- de con Gonzalo, de las mesas de los escalones y todo. Y en el patio y todo ((x x)) ya se m` ha pasa(d)o todo eso. Y se me → casi me caí al suelo con→ con→ Jesús me mareaba en un tren de madera y él me controlaba. Y cuando estaba con Martín hace muchos años, estaba fatal ((xxx xxx)) madera. Y eso pues yo estaba discapacita(d)o entonces con Martín, mmm mil no-noventa y nueve y hacía solo cosas de

madera no podía / hacer cosas que he hecho con Gonzalo en dos mil ((x x)) pa(ra) arriba. De ejercicios de cosas de cosas.

5.4 Sus intervenciones tienen relación con el tema de conversación (implicatura de relación).

Ejemplo 15 de situaciones en las que no se respeta el tema de conversación:

177 E: ¿Y actualmente te gusta vivir aquí en Valladolid? ¿Estás contento?

178 I: ¡Da igual! Ni me quejo, ni me dejo de quejar, porque → empezamos mucha policía poca diversión.

179 E: Bueno, pero eso [se- ((se sigue diciendo, ¿eh?))]

180 I: ¡Hay muchas leyes! Pero es que m` ha dicho un amigo: “¡Pues ahora, cuanto más policía más diversión!”

44 I: Muchos. ¡Jobar! Tengo → ¡once sobrinos!

245 E: ¡Madre once!

246 I: Y o- y ocho → tío-abuelo. Y ocho sobrinos-nietos. Y (RISAS)

247 E: ¡Sí que tienes que da- sí que tienes que dar propinas sí!

248 I: (RISAS) La propina la tengo que- es que, una vez, (HABLA ENTRE RISAS) // estaba con una que ((x x)) todo → mi historial psiquiátrico y tal, y que → qu` estaba con ella en galeríaspreciado, ¿sabes?

249 E: Hum.

250 I: Y → fue, y → la dig- la preguntaron “¿De qué vives tú?” y dijo ella: “De mis padres”. Entonces fue, y me pregunto una en el autobús y me preguntó: “¿De qué vives tú?” “De mi padre” “¿Y de qué piensas vivir después?” y digo “De mis hijos”. Y dice estás hecho todo un sinvergüenza, ¿eh? ¡Vivir de tus padres para vivir de tus hijos!

5.5 Comprende los contenidos implícitamente comunicados cuando se transgrede intencionadamente alguna de las máximas, y/o bien comunica contenidos implícitos él mismo (implicaturas particularizadas)

Dificultades para comprender implicaturas, ejemplo 16:

191 E: La- la rehabilitación ¿se alegran de qué? ¿De que estés aquí hoy todavía? Pero la rehabilitación no es una persona, ¿no? ¡¿cómo se va a alegrar?!

192 I: Porque es un acto.

193 E: ¡Ah, y los actos se alegran entonces!

194 I: Los actos → son dirigidos, y son las personas las que lo → motivan, ¿o no?

El entrevistador hace uso de ironía, pero el informante no proporciona una respuesta ajustada al contexto conversacional.

Aunque en menos ocasiones, también se dan situaciones en las que el paciente comunica contenidos implícitos. Ejemplo 17:

59 E: El Gu- ¿Y qué te pareció el Guggenheim? Que es una- como una obra maestra casi [de → España]

60 I: [¡Eh→ parece mucho] mucho mucho! ¡Pero luego- luego entramos ahí y→ **y cua- cuatro paredes** y↓! ¡Encima la- como [...]

Lo que quiere transmitir no es que hubiese literalmente solo cuatro paredes, sino que no había nada interesante o que el sitio resulta menos impresionante de lo que cabría esperar.

Ejemplo 18:

15 E: ¡Yo te veo→ hecho todo un jovenzuelo, eh! [Como siempre]

16 I: [¿Un cómo?]

17 E: ¡Un jovenzuelo!

18 I: [¿Un joven?]

19 E: §Sí, un joven. Siempre. Te veo [mucho]

20 I: [Ya tengo] 61 años.

21 E: ¡Puff ya ves tú! ¡Eso- si eso es poco!

22 I: ¡Sí, poco! ¡Ya pesan los [años, eh!]

Implícitamente el paciente, al dar el dato de los años que tiene, lo que está comunicando es que él ya es mayor y no joven, sin necesidad de especificarlo, pues, se asume, que es de conocimiento general saber que a partir de ciertos años ya se te considera adulto o anciano y no joven. Además, hace uso de la ironía (turno 22), recurso que también pertenecería a este subítem 5.5 de implicaturas.

6. Comprende y/o utiliza correctamente expresiones lexicalizadas o modismos.

Este ítem apenas se ve afectado tan solo en un 10%. Frecuentemente los pacientes recurren a estas expresiones. Ejemplo 19:

173 E: Ya, ya. Pues claro.

174 I: A ver, ojo→ por ojo y diente por diente.

186 I: [Pues nada]]sa- salgo con Pedro y salgo con una chica de- de por la mañana que hace mucho que- que nos vemos de vez en cuando así / **de higos a breva(s)**, que tengo que llamarla pa- para tomar un descafeina(d)o / con ella.

48 I: [¡Joe! Es que] ¡Pero es que simplemente un sitio en el que estás bien **es como encontrar un oasis en el desierto!** [((xx xx))]

Solo en una de las muestras se observan ciertas dificultades en la comprensión de un refrán, aunque finalmente sí da con el significado. Pero, sobre todo, destaca que el usuario no utiliza ningún modismo en toda la entrevista, al contrario que en el resto de las muestras en las que fácilmente se encuentran uno o varios ejemplos. Ejemplo 20:

387 E: Si yo te digo por ejemplo→ “el tiempo es oro”, ¿no? Eso es un dicho, un refrán. ¿Qué significa? ¿Sabrías decirme qué significa “el tiempo es oro”?

388 I: Que el reloj→ corre rápido o yo qué sé. Que el tiempo→ es preciso o yo qué sé.
389 E: Mmm↑ ¿El tiempo es?
390 I: Es valioso.

7.1 Al construir un relato no omite sucesos relevantes, presenta adecuadamente a los personajes, sitúa sus acciones espaciotemporalmente, e introduce la información respetando el orden lógico y cronológico en el desarrollo de los sucesos (superestructura narrativa).

Este ítem se ve ampliamente afectado en la muestra, en el 80% de los sujetos.

Ejemplo 21:

204 I: [Es buenísimo] el Charly. Porque teníamos un gato, que le han tenido que → menos mal que → que una amiga suya, // que es muy buena amiga, y → le ha acogido, ¡qué si no! ((xxx xxx)) está enfermo ((xx xx)) sí, porque le hemos / unta(d)o así → pero el→ otro ((x x)) el negro ↑ ((x x)), ese un día me le atropellaron ((xx xx)) paloma que
205 E: ((xx xx))
206 I: y entonces, y cuando venía ↑ *(que ((x x)) nos cerraron)* la puerta y abrieron la otra así, y hacía “pa apa” ((xx xx)) los cristales y eso. Estaba nervioso.

7.2 Cuando tiene que defender una posición argumentativa o justificar una afirmación, el hablante proporciona algún argumento válido a su favor, más allá de reiterar la posición expresada (superestructura argumentativa).

Ejemplo 22, reitera la posición expresada:

241 E: =pero bueno oye, lo de casarse, ¡quién sabe!
242 I: Na- no-no me voy a casar *(porque soy una desgraciada)* si me caso.
243 E: ¿Por qué hombre?
244 I: Porque sí, lo sé.
245 E: No hay que pensar eso, no-no ¡nunca se sabe- nunca se sabe lo que puede pasar (nombre)!
246 I: Que sí, que sí, que sí, voy a ser una desgraciada.

8.1 Reconoce cuándo su interlocutor introduce un nuevo tema, y propicia el desarrollo temático o bien lo rechaza explícitamente (tematización).

Ejemplo 23: No desarrolla el tema del baile ni reconoce el nuevo tema sobre el que pregunta el entrevistador:

297 E: [¿Qué también te gusta bailar?!]
298 I: Y→ y con Bea ((va a ir)) es que es muy maja.
299 E: ¿Bea quién es?
300 I: Es ((x x)) de buena, es buenísima.
301 E: Sí, pero ¿quién es Bea?
302 I: A ver es más fea y eso↓ pero bueno.
303 E: (RISAS)

304 I: Bueno, no soy chico para decir es fea pero→ [((xxx xxx))]
305 E: [Sí, digo pero] que, ¿quién es Bea? ¿Quién?
306 I: La compañera del piso.

Ejemplo 24: reconoce el nuevo tema, pero no lo desarrolla adecuadamente si no es con la ayuda del entrevistador.

57 E: Sí es verdad. Y→ ¿Cuál es tu estación preferida? Si tienes que decir, me gusta más el verano, el invierno, la primavera.
58 I: Bueno, el verano no→ la primavera.
59 E: Pero, razona, razona.
60 I: El verano eh→ es mi estación preferida porque hace buen tiempo, y / no sé. Estoy más a gusto, que con el frío estás→

Ejemplo 25 de uno de los participantes que rechaza explícitamente un tema de conversación:

355 E: ¿Entonces tú eres creyente?
356 I: (4.0)
357 E: No mucho.
358 I: No voy a hablarte porque → te he dicho que [de sexo y religión]
359 E: [No me he da(d)o cuenta] no me he da(d)o cuenta, losiento. ¡Como estábamos [hablando de Semana Santa!]

8.2 Si introduce un tema nuevo, lo hace de manera fluida, sin rupturas temáticas bruscas (cambio temático).

Ejemplo 26: ruptura temática brusca.

416 I: A ver sí, sí que perdí un poco más, cuando me puse enfermo ya no → creía en dios y eso, pero un poco menos. Y sigo creyendo ((y le quiero)) y todo, pero cada vez menos, no sé.
417 E: Vas perdiendo-
418 I: Mmm voy perdiendo un poco y→ y él se aleja un poco de mí también.
419 E: O sea que es- es mutuo, ¿no? No solo tú de él, sino él de ti también. Y→ cuéntame que haces tú / o sea, ¿eres [practicante?]
420 I: [((xx xx))] **es que estoy nervioso** ((por esto que he hecho yo)) no quería hacer daño a nadie °(de verdad)°
421 E: ¿Cómo?
422 I: Que no quería hacer daño.
423 E: ¿Tú? ¿Por qué vas a querer hacer daño a alguien?
424 I: La Coca-Cola que bebí una Coca-Cola ((xxxxxx xxxxxx))

9. Sabe utilizar las palabras adecuadamente para explicar lo que quiere transmitir; tiene suficiente capacidad léxica para construir su discurso sin apoyarse solo en repeticiones o palabras vacías.

Ejemplo 27: el paciente presenta pobreza léxica, se apoya en repeticiones y palabras vacías:

103 E: Muy bien. ¿Y qué tal? ¿Te gusta? ¿No te gusta?

104 I: Sí, *(me parece)* que- que está bien para vivir es una ciudad que está bien para vivir pero→ o sea yo, como *(he vivi(d)o más)* en Valladolid como vine de pequeña a los 14 años pues ya → ya estoy hecha a Valladolid ya, y ya no↓

10. Su construcción de las palabras es completa, utilizando adecuadamente las terminaciones de sustantivos, adjetivos y verbos, respetando las concordancias de tiempo, género o número, así como los artículos.

En ningún caso se ha considerado que aparezcan alteraciones con la suficiente frecuencia y gravedad como para puntuar este ítem negativamente. Aunque sí es cierto que, de igual forma que le puede ocurrir a una persona sin TMG, esporádicamente aparece alguna alteración en cuanto a concordancia de número o artículos, etc. Ejemplo 28:

114 I: Venía algunas veces, / no todas las veces, y cada vez que venía tenía que *(llamar al →que se murió)* tenía que decir *ay pues es que te necesitamos todo el días* o lo que sea. Mientras la mandaba algo.

8 I: §[Yo↑] estoy más animada / el dolor de piernas no tengo igual, lo tengo más resentido cuando estoy sentada que cuando me levanto porque al levantarme cuando **esté sentada** descansando no me puedo ni mover.

También se observa, en cuanto a la completa construcción de las palabras, alguna parafasia y neologismo. Ejemplo 29:

26 I: Que yo no→ le entiende. Es que la primavera pues→ me ha com- ya la primavera y→ un sol. Pero vamos, por las **frases** hace frío.

336 I: **Atenuoso** o→ como sé diga.

11. Su construcción de las frases y oraciones es convencional y utiliza enunciados de estructura completa, tanto en las oraciones (sujeto + predicado) como en constituyentes menores.

Al igual que en el ítem anterior, estas alteraciones no aparecen con tanta frecuencia como para puntuarlo como ítem afectado. Aunque, cuando el discurso del informante se encuentra desorganizado, sí se observan frases inacabadas o estructuralmente incorrectas. Ejemplo 30:

10 I: Bastante. Cuando salgo a la → calle con- vengo por la tar- vengo por la mañana a casa y para el autobús y voy para casa, al salir noto que estoy mejor. Mejor ((no que me curo todo)) pero mejor.

12. La interacción conversacional se produce a un ritmo dialógico ágil y rápido

Para valorar este ítem se ha tomado como referencia aquellas partes de la entrevista donde surge una conversación espontánea entre ambos hablantes, dado que es donde realmente se aprecia la agilidad de turno (con un índice promedio de 20 turnos por minuto). Por el

contrario, los momentos en que se formulan preguntas cerradas frecuentemente dan lugar a monólogos por parte del paciente, lo cual disminuye considerablemente la agilidad de turno.

Para que haya agilidad de turno, debe haber tanto turnos de habla que aporten contenido a la conversación, como turnos de apoyo que muestran un seguimiento de esta (31).

Por ello, se ha valorado el caso del siguiente paciente como un ejemplo donde la agilidad de turno se ve alterada, ya que, al ser la mayoría de sus intervenciones turnos de apoyo, no aporta contenido a la conversación, lo que da lugar a un ritmo dialógico lento. Ejemplo 31:

203 E: Y→ pues nada, muy bien. Yo ya te digo que es que no puedo opinar mucho porque ahora → pues hay muchos bares también de fie- de fiesta, muchos→ hay cines. Hay de todo yo creo.

204 I: Sí.

205 E: Tampoco / echo nada en falta.

206 I: Hum, hum.

207 E: Lo veo la ciudad perfecta.

208 I: Sí.

209 E: Ni muy grande, como / Madrid o [Barcelona.]

210 I: [Sí.]

211 E: Ni muy pequeña como→ / Soria, por ejemplo, que es más chiquitina.

212 I: Sí, hum.

13. El paciente toma sus turnos en el momento adecuado, sin interrupciones ni demoras notables.

Ejemplo 32: no respeta los turnos.

419 E: Vale.

420 I: Y eso y→ en la Pascua hacíamos ((x x)) Pascua, bautizos

421 E: [Entonces, espera un momento]

422 I: [[[xxxxx xxxx)]] (EN TONO ELEVADO)

423 E: [¡No! Para, escúchame]

424 I: ((xxxx xxxx)) (EN TONO ELEVADO) ((xx xx)) arriba ((x x)) escucha(d)o. Y eso no me pasaba más. Y ((xxx xxx)) llega a casa uno °(((xx xx)))°

425 E: Escúchame un momento.

14. Su nivel de participación verbal en la conversación (cantidad de turnos y palabras) es proporcional al de otros participantes.

Este ítem presenta bastante variabilidad. Desde sujetos cuya participación es considerablemente mayor o inferior a la del entrevistador, hasta casos en los que la cantidad de turnos y palabras entre ambos participantes se encuentra equilibrada. Incluso se da variabilidad en un mismo caso en distintos momentos de la entrevista.

15. Utiliza adecuadamente tanto turnos predictivos como predichos.

Ejemplo 33: No realiza adecuadamente un turno predicho la primera vez que se le realiza la pregunta (turno 151-152). Se le vuelve a preguntar, y en esta ocasión sí responde adecuadamente. Pero, ante el comentario del turno 157, no realiza un turno predicho como se esperaría que hiciese, comentando, por ejemplo, algo sobre el buen tiempo.

151 E: ¿Nunca has visto la cúpula por dentro?

152 I: Dice que había → a veces patinaje. Hace mucho que

153 E: No lo sé. ¿Pero tú por dentro nunca la has visto? ¿Nunca has entra(d)o a la cúpula?

154 I: No. Ayer ((xx xx)) estaba cerra(d)o. Y→ fuimos pa(ra) (a)llá, pa(ra) (a)llá todo el puente pa (ra) allá. Luego nos sentamos y luego vinimos otra vez.

155 E: O sea que un buen paseo.

156 I: Puff *(por la mañana)*, por la tarde.

157 E: Pero bueno, con lo bueno que hacía ayer, daba gusto estar por la calle, ¿no?

158 I: Y ahora igual, por la mañana → por el pan, ((xx xx)) y ahora aquí.

Dado que se trata de una entrevista estructurada, en la que, quien dirige el tema de conversación es principalmente el entrevistador, se dan pocos turnos predictivos por parte de los informantes. Ejemplo 34:

327 E: ¡Jobar! // ¡Con lo poco que me gusta a mí bailar!

328 I: ¿Te gusta poco?

329 E: Sí, no me va mucho.

330 I: No→ te va mucho.

331 E: Además

332 I: ¡Hay que mover el esqueleto!

333 E: Además no es una cosa que → se me de muy bien.

192 I: ((¿Qué eres)) trabajo- trabajador social, [educador social?]

193 E: [Logopedia.]

194 I: Logopedia. Caramba. Muy bien. Bueno, te deseo mucha suerte macho.

195 E: Muchas gracias.

196 I: ¿Ha- hay aquí en Valladolid logopedia?

197 E: Claro, estoy estudiando aquí. De hecho, estás practicas están compaginadas con la carrera. O sea, mi carrera y el estudio este → que estamos haciendo, es todo de ello.

Ejemplo 35: informante en una misma intervención realiza adecuadamente un turno predicho y otro predictivo.

119 E: Pero bueno. Pero hay veces que las historias de ese tipo, tienen moraleja para que no hagas precisamente eso.

120 I: Sí, sí, no. Pero no, no quiero dedicarle más tiempo a esto. Eh→ prefiero hablar del fútbol, del golazo de Cristiano Ronaldo el otro día. ¿A ti te gusta el futbol?

16. Diseña sus turnos atendiendo a principios de prioridad conversacional, tanto en primeras partes como en segundas partes de los pares adyacentes.

Ejemplo 36: Produce una primera parte no prioritaria sin marcarla adecuadamente:

97 E: A mí también me gusta más la de grano de arroz que la otra. [Entonces]
98 I: [¿Cuántos años] tienes? ¿Cuántos años tienes?
99 E: ¿Cuántos años tengo yo? Tengo 22 años.

Ejemplo 37 de una segunda parte prioritaria, marcándola de manera que sugiere problemas:

88 I: Pue(s) ((siempre)) me ha gusta(d)o de Valladolid // Las Moreras.
89 E: Moreras, el parque de Moreras te gusta.
90 I: ((x x)) Es el más grande de Valladolid, ¿no?
91 E: Bueno depende → ¿por qué te gusta Moreras? A ver, explícamelo.
92 I: Porque se relacionan ahí, ¿no? ¡Digo yo o yo qué sé!
93 E: [((xx xx))]
94 I: [((¡xx xx))] el motivo!
95 E: Tú sabrás [por qué]
96 I: [¡No! ¡Eres] tú el que ha preguntado el motivo! Yo qué sé.
97 E: Sí, yo te pregunto, por qué te gusta Moreras más que → [otro sitio]
98 I: [No lo sé] porque → hay más juventud.

17. Su uso de los gestos, la expresión facial y la comunicación no verbal complementa y matiza su lenguaje adecuadamente, pero no lo sustituye

No evaluable.

18. Utiliza la mirada comunicativamente, para confirmar escucha y comprensión, para ceder o pedir el turno

No evaluable.

4.3 Resultados obtenidos en la escala TLC y correlación de los resultados de la escala TLC y del PREP-R

En la tabla S4 (anexo V) se muestran los resultados de la escala TLC sobre la muestra.

Se observa que los síntomas más frecuentes son: perseveración (70%) presión de habla y circunstancialidad (60%), seguidos de otros ligeramente menos frecuentes como falta de lógica, descarrilamiento y tangencialidad (40-50%).

Los menos afectados son: asociaciones fonéticas y neologismos (0%), autorreferencia (10%), y pobreza de habla, afectación del habla, parafasias fonémicas y semánticas (20%).

Por último, se procede a comparar los resultados obtenidos en la escala TLC con los obtenidos en el PREP-R sobre la misma muestra de sujetos. Para ello se toma la puntuación total del PREP-R (habilidad pragmática general), y las puntuaciones totales de ausencia/presencia de los síntomas y puntuación total cuantitativa de la escala TLC.

Tabla 2. Comparación de las puntuaciones totales obtenidas en la escala TLC y PREP-R

Sujetos	Puntuación total TLC presencia/ausencia (%)	Puntuación total cuantitativa TLC (%)	Puntuación total PREP-R (%)
1	25	13,75	53,84
2	5	1,25	73,07
3	35	12,50	73,07
4	5	1,25	76,92
5	10	3,75	84,61
6	10	2,50	76,90
7	25	7,50	42,30
8	55	31,25	50
9	55	27,50	61,50
10	50	27,50	46,15
Mediana	25	10	65,48
Rango intercuartílico	[10,00-46,25]	[2,81-24,06]	[50,96-75,94]

Resulta interesante realizar esta comparación, pues se observa que la correlación que se establece entre los resultados de ambos instrumentos es la que cabría esperar: cuánto más altas sean las puntuaciones de la escala TLC, más bajas serán las del PREP-R.

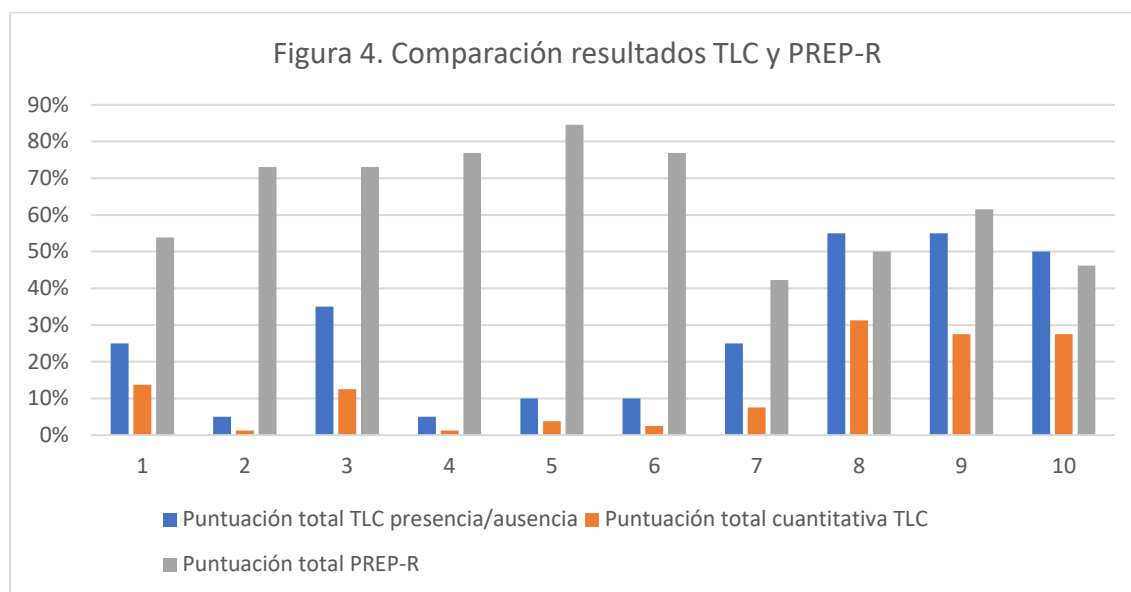
Es decir, la presencia de síntomas del pensamiento, lenguaje y comunicación, y el grado de gravedad de estos, repercutirá negativamente sobre la habilidad comunicativa y pragmática de la persona. Por tanto, cabe esperar que, a mayor presencia y gravedad de los síntomas en la escala TLC, menor habilidad pragmática general tenga el sujeto.

Aunque la tendencia general es esta, sí se observa una excepción en el caso 3, que presenta puntuaciones altas tanto en la escala TLC (35% y 12.50%) como en el PREP-R (73.07%).

En la figura 4 se aprecia claramente cómo cuando en un sujeto suben las puntuaciones en la escala TLC, bajan las del PREP-R. Especialmente en los sujetos 7, 8, 9 y 10 que presentan mayor afectación.

Estas observaciones se corroboran al aplicar el coeficiente de correlación de Spearman. Se obtiene una correlación negativa moderada de -0,642 entre la puntuación total cuantitativa de la escala TLC y habilidad pragmática general del PREP-R; y -0,606 entre la puntuación total presencia/ausencia de la escala TLC y habilidad pragmática general del PREP-R.

Figura 4. Comparación de los resultados en la escala TLC y el PREP-R



5. DISCUSIÓN

Se ha llevado a cabo un estudio observacional transversal no controlado en un grupo de sujetos, en el cual se transcribieron 10 muestras de habla de pacientes con TMG mediante las convenciones de transcripción del Corpus PerLa. Posteriormente se aplicó el PREP-R y se compararon los resultados con los obtenidos en un estudio previo mediante la escala TLC. Los resultados muestran afectación significativa de la habilidad pragmática general, pero, especialmente, de la habilidad pragmática específica. Además, se establece una correlación negativa moderada entre los resultados de la escala TLC y del PREP-R.

5.1 Datos sociodemográficos y clínicos

La muestra se compone de un total de 10 sujetos con TMG, de los cuales 7 son hombres y 3 mujeres.

La edad mediana de la muestra es de 50,5 años y la mediana de la edad de inicio del trastorno es 24. Este dato coincide con otras fuentes que también señalan como rango de edad más frecuente de inicio de trastornos del espectro de las esquizofrenias, trastornos de la personalidad, trastorno bipolar y depresivo entorno a los 25-30 años (32). Cernovsky también sitúa en su estudio la edad de inicio en la esquizofrenia a los 24 años, tomando una muestra de 112 sujetos (33).

En la muestra presente, no se hace restricciones en cuanto a datos sociodemográficos como ocurre en otros estudios en los que se selecciona únicamente población infantil (34, 35), por ejemplo, o cuya enfermedad haya podido ser desencadenada por factores de riesgo tales como abuso de alcohol y otras drogas (36, 37).

En el estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en España, de Haro y colaboradores (38), se señala como factores asociados a los trastornos mentales pertenecer al sexo femenino y estar separado o viudo. Sin embargo, en la muestra de estudio hay mayor prevalencia de hombres, 70%, y el 60% son solteros frente a tan solo un 30% que están divorciados (38).

La mayoría de los sujetos solo cuentan con estudios primarios (80%) y presentan incapacidad laboral (70%). Crespo y Sánchez en su artículo sobre el ámbito educativo en adolescentes con TMG señalan que “el 2,22% tiene éxito académico y un 77,78% obtiene malos resultados y/o fracasa escolarmente” (39). Además, un estudio llevado a cabo entre 2009 y 2012 en España muestra que las enfermedades mentales constituyen la segunda causa más frecuente de incapacidad laboral permanente, dato altamente significativo (40).

El estudio de Campo-Arias y Cassiani en el que se analizan los datos sociodemográficos más implicados en los trastornos mentales se indica que “existe una asociación significativa entre una disminución importante en el nivel de ingresos y una alta prevalencia de trastornos mentales” (41). Aunque los datos obtenidos en cuanto al estrato socioeconómico resultan controversiales, sí existe una fuerte asociación entre los estudios y el nivel socioeconómico en la prevalencia de estos trastornos (41). De acuerdo con esto, en la muestra del presente estudio se observa que la gran mayoría de sujetos solo tienen estudios primarios y pertenecen a un nivel socioeconómico medio- bajo, 80% y 90% respectivamente.

Para los objetivos del estudio, cuando la muestra es de amplia variedad en procedencia geográfica o grupos étnicos, es fundamental tener en cuenta variables sociolingüísticas con el fin de evitar atribuir inapropiadamente a su enfermedad malentendidos en la conversación y discurso que, en realidad, se deben a las mencionadas variables sociolingüísticas (42).

Este sería el caso, por ejemplo, de la gran acogida de inmigrantes que actualmente se da en toda Europa. No solo se ha de hacer frente a diferencias sociolingüísticas, sino que la inmigración también conlleva un factor de estrés y de riesgo para el desarrollo de patología mental, a la par que se ha demostrado que diferentes razas responden de diferente forma ante ciertos psicofármacos (43). En la entrevista realizada a los sujetos de estudio, precisamente hay una pregunta sobre el lugar de procedencia de los entrevistados. Sin embargo, en esta muestra las diferencias de procedencia geográfica no son significativas. La mayoría de los sujetos proceden de Valladolid capital o provincia, o de la comunidad de Castilla y León, dado que han sido seleccionados de la asociación “El Puente Salud Mental Valladolid”.

Como ya se ha mencionado a lo largo del escrito, son más numerosas las investigaciones que se centran únicamente en el lenguaje esquizofrénico, como las realizadas por las sonadas

autoras Figueroa o Andreasen. Aunque también algunos autores han realizado estudios, como en este, cuyas muestras acogen a todos los diagnósticos pertenecientes al grupo “Trastorno Mental Grave”. Es el caso de Walsh en su análisis acerca de la necesidad de servicios de logopedia en adultos con trastornos mentales (11), o Emerson y Enderby en su estudio sobre la prevalencia de trastornos en el discurso y lenguaje en una unidad de salud mental (44).

Los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio coinciden en parte con los seleccionados por Walsh para el suyo (11). Únicamente se excluye a aquellos pacientes cuya afección impide una colaboración activa en el estudio, mientras que se acepta a cualquier paciente con diagnóstico de TMG sin limitaciones en cuanto a edad, sexo, etc. Ya desde el momento de selección de la muestra encontramos similitudes con este estudio, similitudes que posteriormente también se ven reflejadas en los resultados obtenidos.

El hecho de que la muestra recoja a sujetos con TMG resulta de enorme interés ya que, generalmente, se ha limitado el estudio de las alteraciones en el pensamiento, lenguaje y comunicación a la esquizofrenia, cuando, en realidad, estas se encuentran presentes en muchos otros trastornos psiquiátricos. Así lo refleja Cummings en su obra al incluir el estudio de estas dificultades tanto en esquizofrenia como en el trastorno bipolar y trastornos emocionales y de conducta (10).

Además de la asistencia psiquiátrica que reciben todos los pacientes de la muestra, de 10 sujetos tan solo 1 acude a sesiones de intervención logopédica. En los últimos años son varias las publicaciones e investigadores que apuntan la necesidad de intervención logopédica como parte del tratamiento en las enfermedades mentales. Como bien señala Cummings en su libro sobre las dificultades de la comunicación en personas con trastorno mental grave (10), o el grupo de Joyal en su estudio sobre la mejora de aspectos pragmáticos y discursivos a través de logopedia en pacientes con esquizofrenia (45).

Sin embargo, en las publicaciones acerca de la atención integral que reciben las personas con trastorno mental grave por parte de los servicios públicos o privados en España (46, 47, 48, 49), difícilmente se encuentra mención alguna a la figura del logopeda.

5.2 Resultados obtenidos en el PREP-R

La evaluación lingüística de muestras de habla de pacientes con TMG mediante el Protocolo de Revisión Pragmática Revisado, revela datos muy significativos.

La mediana de la habilidad pragmática general de la muestra es de 65,48%. Se puede afirmar, por tanto, que la afectación es considerable. Si bien es cierto, que las pruebas de evaluación utilizadas no son las mismas, los resultados se corresponden en cierta forma con los del

estudio de Walsh, también realizado con pacientes con TMG, en el cual “un 60% mostró alteraciones en la puntuación de habilidades comunicativas” (11).

Únicamente se halla un estudio en el que se aplica el PREP-R, aunque se hace en pacientes con esquizofrenia. Además, no se indican los resultados por ítems, solamente se indican las puntuaciones finales. Los resultados de este estudio son: para la habilidad pragmática general un rango promedio de 24,60; para la habilidad pragmática específica un rango promedio de 27,30; y para la pragmática de base gramatical un rango promedio de 24,89 (50). Se hallan los rangos promedios del presente estudio, y se obtienen respectivamente: 42,31; 50 y 50.

En el estudio de Martínez y colaboradores (50), las puntuaciones obtenidas son significativamente más bajas. Esto puede deberse a que los sujetos de su estudio presentasen sintomatología más grave, o a las diferencias en el criterio subjetivo del evaluador al aplicar la prueba.

Además, en el presente estudio se aprecia que la afectación es mayor en la habilidad pragmática específica frente a la de base gramatical. Sin embargo, en el anterior estudio las tres son similares, incluso la específica es ligeramente más alta que la gramatical.

Aparte del estudio del grupo de Martínez (50), no nos consta ningún otro en el que se aplique el PREP-R y con el que poder comparar los dos tipos de habilidades pragmáticas: específica y de base gramatical. Sin embargo, sí está ampliamente demostrado que en estos pacientes el componente pragmático en general se halla gravemente afectado frente al componente morfosintáctico, apenas distorsionado (12, 14, 16). Datos que resultan consistentes con los obtenidos en este estudio, pues los sujetos muestran porcentajes más altos en la habilidad pragmática de base gramatical.

Al igual que los estudios en español en los que se utiliza el PREP-R en trastornos mentales son escasos, solo nos conta uno (50), lo mismo sucede en investigaciones en lengua inglesa. Se encuentran escasas publicaciones en las que se aplica el *Pragmatic Protocol* a pacientes con esquizofrenia (51, 52, 53), instrumento de evaluación similar al PREP-R.

A continuación, se comparan los resultados más significativos hallados en el PREP-R con los del *Pragmatic Protocol* y otras publicaciones de relevancia. Los principales aspectos que se van a tratar son: coherencia discursiva, pausas y silencios, componentes fonético y fonológico e inteligibilidad, tareas de edición, expresividad fácil y corporal, gestión temática, principio de cooperación, principio de prioridad conversacional e implicaturas particularizadas y convencionalizadas.

Uno de los aspectos más gravemente afectados es la coherencia global del discurso. Esto se ve reflejado en el ítem 7.1 relativo a las superestructuras textuales, afectado en el 80% de los

sujetos. Esto coincide con otros estudios que hallan diferencias significativas “en todos los índices psicolingüísticos operacionalizados para medir la macroestructura textual” (16).

En relación al discurso, es preciso analizar un elemento que juega un importante papel en este: las pausas y silencios. A través del PREP-R se analizan las pausas intraturnos y se concluye que el 40% no hace un uso adecuado de las mismas. Coincide con lo indicado por Meilijsonen y Kashersu en su estudio (53): un 36% tampoco realiza estas pausas adecuadamente. Este fenómeno ya ha sido señalado previamente por Alicia Figueroa en su estudio acerca de las pausas en el discurso en pacientes con esquizofrenia, en el cual se constata una importante afectación de estas, tanto en pacientes crónicos como en los de primer episodio (20).

De la misma forma que es sabido que la sintaxis apenas se ve alterada, lo mismo ocurre con los componentes fonéticos y fonológicos. Este aspecto es evaluado en el PREP-R a través del ítem 1.1 “El hablante articula correctamente las palabras, de manera que las emisiones resulten reconocibles (actos enunciativos).” Únicamente un 20% ha sido puntuado negativamente. Los resultados son consistentes con los obtenidos en una muestra de pacientes con esquizofrenia con el *Pragmatic Protocol*: tan solo entorno al 19% y 23% presenta dificultades en la calidad vocal e inteligibilidad (53).

Mediante el PREP-R también se analizan las tareas de edición, como los actos borrador o gestualidad compensatoria. No ha sido posible encontrar un estudio en el que se haga referencia específica a los actos borrador en esta población. Sin embargo, lo señalado por otros estudios en cuanto a la afectación de la fluidez verbal de estos pacientes, a través de manifestaciones como “pausas extensas, el volumen de voz débil, los titubeos, los falsos inicios y los tartamudeos” (54), y dificultades semánticas, como de acceso al léxico (14, 16), podría estar influyendo en una mayor producción de actos borrador como estrategia para la construcción y reconstrucción de sus emisiones. Actos que se encuentran presentes según los resultados obtenidos en un 100% de los participantes.

En cuanto a otro tipo de tareas de edición, como lo relativo a gestualidad y expresividad facial y corporal, sí ha sido ampliamente estudiado en población con trastornos mentales. Sin embargo, el formato audio en que se grabaron las entrevistas no ha permitido evaluar este campo. En el estudio de Meilijsonen y Kasher un 27,3% presenta dificultades en alguno de los componentes no verbales del *Pragmatic Protocol* (53).

La habilidad de gestión temática se considera un marcador de déficit lingüístico primario en pacientes con esquizofrenia, en especial, los saltos topicales se manifiestan muy notablemente afectados en los estadios crónicos de la enfermedad (19).

De acuerdo a esto, si atendemos a los resultados del PREP-R, la capacidad de los sujetos de reconocer un nuevo tema introducido por el interlocutor y realizar producciones en relación con ese tema, no se encuentra tan afectada (20% de los sujetos), como la habilidad para introducir cambios temáticos sin rupturas (80%). Estos datos coinciden con los de Meilijsonen y Kasher, 17% presentan alteraciones en la producción de actos en relación con el tema de conversación y 70,9% muestra dificultades en los cambios temáticos (53), al igual que en el presente estudio.

Por el contrario, la máxima de cantidad y de manera (subítems relativos al principio de cooperación), afectados en un 57% y 48% de los sujetos (53), en el presente estudio se observan porcentajes bastante más elevados: 80% para ambos subítems.

Respecto a los principios de prioridad conversacional se evidencian diferentes alteraciones en un 70% de los sujetos de la muestra. Sería el caso de lo indicado también en diversas publicaciones, por ejemplo, respecto a la presencia de “glosomanías y temas preferidos” (55), discurso autorreferencial o tangencial (14), o el caso de un paciente que indicada Swartz en su artículo el cual realiza insistentemente preguntas de índole personal al entrevistador (42). Aunque la autora en este caso lo identifica como un intento de encontrar un tema en común, según lo indicado por otros autores (27) esto se correspondería a una alteración en el principio de prioridad: el sujeto realiza primeras partes no prioritarias.

A la hora de valorar la habilidad de los sujetos para interpretar significados no literales se han de considerar dos ítems del PREP-R. Por un lado, el 5.5 que valora las implicaturas particularizadas, y por otro, el 6 que valora los implícitos convencionales.

Mientras que numerosos estudios apuntan a una acusada afectación en las habilidades de comprensión del lenguaje no literal (56, 57, 58) el porcentaje de sujetos afectados en la muestra en el ítem 6 relativo a las implicaturas convencionales es de un 10%.

Esto se explica en primer lugar, porque el ítem recoge tanto expresión como comprensión, y dado que en las muestras se aprecia que casi todos los sujetos producen modismos este ítem se ha puntuado positivamente. Por el contrario, raramente el entrevistador produce expresiones lexicalizadas. Si así fuese, probablemente, dada la evidencia científica existente, los sujetos de la muestra también mostrarían dificultades en la comprensión.

En segundo lugar, también se ha demostrado la influencia de la familiaridad de las expresiones a la hora de comprender refranes, frases hechas y expresiones no literales (56). Los sujetos de la muestra, por tanto, producen modismos que les son familiares, de carácter automatizado y que se encuentran muy convencionalizados.

Para poder valorar específicamente la capacidad de comprensión de estas expresiones debería aplicarse una prueba más específica ya que hacer esto en el transcurso de una entrevista estructurada resulta un tanto complicado.

Por el contrario, sí se aprecia en los sujetos de la muestra una importante alteración en la comprensión y producción de contenidos implícitamente comunicados cuando se transgreden máximas conversacionales, esto es, las implicaturas particularizadas. Hasta un 50% manifiestan dificultades. Otras investigaciones acerca de la transgresión de máximas conversacionales en esquizofrenia también confirman la dificultad de los pacientes para interpretar frases que transgreden estas máximas (59, 60).

La diferencia de puntuación entre ambos tipos de implicaturas puede deberse al carácter convencional de unas frente a las particularizadas que dependen del contexto. Estas últimas requieren de cierta habilidad en interpretar las intenciones del interlocutor, es decir, en la teoría de la mente, aspecto sabidamente deficitario en los sujetos con esquizofrenia (19, 60).

5.3 Resultados obtenidos en la escala TLC

En cuanto a los resultados obtenidos con la escala TLC los síntomas más frecuentes en la muestra son: perseveración (70%), presión de habla y circunstancialidad (60%), falta de lógica, descarrilamiento y tangencialidad (40-50%). Los datos coinciden con los resultados de otros estudios (61, 62), únicamente la presión de habla muestra porcentajes significativamente más bajos (18%).

Los síntomas menos frecuentes indicados en otros estudios: ecolalia (2%) neologismos (9%), autorreferencias (10%) y afectación del habla (12%) (61, 62), también coinciden con los del presente trabajo: ecolalia (0%), neologismos (0%), autorreferencias (10%) y afectación del habla (20%).

Llama la atención la distraibilidad, síntoma ausente en los sujetos de la muestra. Si bien es cierto que en otras investigaciones no se encuentra dentro de los ítems más afectados, tampoco se encuentra entre los que menos, en torno al 10% y 24% (63, 61). Seguramente esta diferencia se deba al pequeño tamaño muestral del que se dispone.

Por otro lado, se ha visto que síntomas como bloqueos o neologismos, considerados importantes en el pasado, no son tan frecuentes en realidad. De hecho, estos síntomas se encuentran en la escala TLC entre los que Andreasen señala como menos patológicos (ítems del 12 al 18) (61). Y así se observa también en este estudio pues ninguno de los sujetos obtiene una puntuación de gravedad "extrema" en estos ítems, al contrario, la mayoría presentan afectación leve y moderada. Sin embargo, algunos de los síntomas del 1 al 11, los más patológicos, sí se puntúan con una afectación extrema, en concreto la presión de habla

y el descarrilamiento.

Es destacable que los ítems más frecuentes en las diversas investigaciones en las que se aplica la escala TLC coincidan con los que se seleccionan en un estudio (15), ya mencionado en la introducción, en el cual se sugiere que estos síntomas se relacionan con las alteraciones pragmáticas de principio de cooperación, coherencia y cohesión y gestión temática. Alteraciones, que, como se puede observar tras aplicar el PREP-R, se encuentran entre las más afectadas en el presente estudio.

De hecho, se ha obtenido mediante el coeficiente de correlación de Spearman una correlación negativa moderada de -0,6424 entre la puntuación total cuantitativa de la escala TLC y puntuación final de habilidad pragmática general del PREP-R; y -0,6060 entre la puntuación total presencia/ausencia de la escala TLC y puntuación final de habilidad pragmática general del PREP-R. Este dato constituye, a nuestro juicio, la principal aportación del presente estudio. Por otra parte, en la exhaustiva búsqueda bibliográfica realizada no se halla ninguna publicación que aborde este aspecto.

5.4 Intervención logopédica en TMG

Tras lo expuesto en los apartados anteriores se puede concluir que se evidencian importantes afectaciones del lenguaje y comunicación valoradas desde la psiquiatría, lingüística y logopedia. Considerado el lenguaje como la base de la interacción social del ser humano, huelga decir que el conjunto de alteraciones que presentan los pacientes con TMG en su comunicación, repercutirá directa y negativamente sobre su integración social y calidad de vida (64).

Por ende, no cabe duda de que lograr una mejora en las habilidades lingüísticas y comunicativas supondría un gran beneficio no solo para el paciente sino también para los profesionales que les atienden, pues se conseguiría establecer una relación y comunicación de mayor calidad. Esto favorecería una mejor adherencia terapéutica (65) y capacidad de los pacientes para expresar sus deseos y participar en la toma de decisiones en su tratamiento (66).

En este contexto, no es otro si no el logopeda, el profesional más cualificado para dar respuesta a las necesidades comunicativas de los pacientes. Son varias las publicaciones que plantean programas de intervención logopédica. La revisión realizada por Joyal al respecto (45), muestra que “14 de los 18 estudios consiguieron una mejora en las habilidades lingüísticas y discursivas” (45). Además, la mayoría de los programas centran su intervención en habilidades pragmáticas y de comunicación verbal, (45, 67, 18) aspectos que claramente

podemos afirmar, tras la realización de este trabajo, requieren de especial atención en estos pacientes.

Es más, no solo se han de atender estas dificultades una vez se da el diagnóstico del trastorno, sino que se ha demostrado que el TFP y otras alteraciones del lenguaje, como la fluidez verbal, son biomarcadores de psicosis (45, 68). Un estudio apunta a la comunicación desorganizada como síntoma central objetivo de tratamiento, no solo en psicosis de primer episodio sino también en sujetos con alto riesgo de psicosis (69).

Sin embargo, lejos de lo ideal, la realidad es que el logopeda como profesional en el marco de la atención integral a pacientes con TMG todavía no está consolidado.

5.5 Limitaciones y fortalezas del estudio y futuras líneas de investigación

La primera y más evidente limitación del estudio es el reducido tamaño muestral, tan solo 10 sujetos. Sería necesario ampliar el tamaño de la muestra para generalizar los resultados obtenidos a toda la población con TMG. Además, tampoco se dispone de un grupo control con el que poder comparar los resultados.

Por otro lado, se resalta la necesidad de aplicar más pruebas complementarias a las muestras con el fin de tener una sólida base de datos y resultados que abarquen la patología en su globalidad. Desde pruebas médicas, hasta lingüísticas, psicopatológicas, cognitivas, de funcionamiento social, etc.

Tal es el caso a la hora de valorar el ítem 5.1 del PREP-R en el que se valora que la información proporcionada sea veraz. En todos los sujetos ha sido valorado positivamente ya que se asume que la información que proporcionan es cierta. Solo en contadas ocasiones algunas de sus producciones resultaban extrañas. En todo caso, para valorar síntomas, por ejemplo, delirios, que puedan afectar a la veracidad de la información, quizá esta no sea la forma más adecuada y sea necesario complementar su valoración con otros informes psiquiátricos.

En este sentido, también cabe destacar el ítem 3.1: Emplea actos verbales y/o paraverbales compensatorios (actos locutivos). Estos actos compensatorios se manifiestan en sujetos cuyos actos proposicionales se encuentran gravemente afectados. Como este no es el caso de los sujetos de estudio todos ellos puntúan "No". A pesar de ello, no se debe interpretar este como un aspecto afectado, simplemente nos indica que este tipo de actos locutivos compensatorios no los manifiestan pues no les son necesarios.

Por otro lado, en relación con lo anterior, sí sería interesante disponer de una prueba que valorase la prosodia en estos pacientes, ya que el PREP-R no valora esta dimensión.

Las entrevistas en su origen fueron realizadas con el fin de analizarlas posteriormente con la escala TLC, mientras que en el presente estudio se ha utilizado el PREP-R. Existen ciertos aspectos relativos a la pragmática que evalúa el PREP-R que en una entrevista estructurada resulta difícil que se den espontáneamente. Por ello, lo ideal habría sido disponer de muestras de habla en las que el entrevistador, en ocasiones, realizase producciones verbales concretas de forma intencionada con el fin de evaluar determinados aspectos, tales como la transgresión intencionada de máximas conversacionales.

El formato audio de las entrevistas no ha permitido valorar los componentes no verbales de la interacción comunicativa, como el uso eficaz de la mirada, expresividad facial y corporal.

Otra limitación reseñable es el hecho de que, como indica Swartz, incluso en un mismo sujeto a lo largo de la entrevista se observan variaciones en su lenguaje: “no todos los pacientes psicóticos producen un discurso desorganizado, y aquellos que lo hacen también hablan coherentemente en ocasiones” (42). Esta variabilidad dentro de un mismo sujeto en ocasiones hace difícil la decisión de qué puntuación otorgar en el protocolo, e influye en ello enormemente la valoración subjetiva de quien administra la prueba.

En cuanto a las fortalezas del estudio, destaca en primer lugar la transcripción de muestras de habla en formato audio a escrito, con la consiguiente generación de material básico para futuros análisis e investigaciones. Y, en segundo lugar, resulta de enorme interés el abordaje multidisciplinar del trabajo. Se han analizado las alteraciones del lenguaje y comunicación desde un punto de vista lingüístico y logopédico con el PREP-R y psicopatológico con la escala TLC.

Finalmente, se proponen además las siguientes futuras líneas de investigación:

- Ampliar la muestra de estudio y disponer de un grupo control con el cual comparar resultados.
- Ampliar el estudio sobre la relación entre el TFP, evaluado mediante escalas psicopatológicas, y los componentes pragmáticos y semánticos del lenguaje desde una perspectiva lingüística y logopédica.
- Complementar los resultados de síntomas objetivos evaluados por la escala TLC con la evaluación de síntomas subjetivos mediante la escala TALD.
- Establecer programas de intervención logopédica para la mejora de las alteraciones lingüísticas y comunicativas en TMG vistas en el estudio, en especial, lo relativo a pragmática.

6. CONCLUSIONES

1. El PREP-R es un instrumento válido para la evaluación cuantitativa y cualitativa de las alteraciones pragmáticas en sujetos con Trastorno Mental Grave.
2. La habilidad pragmática más alterada es la específica, en particular el principio de cooperación, las superestructuras textuales, superestructuras argumentativas, gestión temática y principio de prioridad conversacional.
3. En la escala TLC las alteraciones más frecuentes son: perseveración, presión de habla, circunstancialidad, falta de lógica, descarrilamiento y tangencialidad.
4. El uso simultáneo de las pruebas de evaluación PREP-R y escala TLC permite una evaluación complementaria y más precisa de las alteraciones del pensamiento, lenguaje y comunicación.
5. La evaluación e intervención en las alteraciones del pensamiento, lenguaje y comunicación en personas con TMG, con incorporación de aportaciones de la lingüística y la psiquiatría, constituye un campo de especialización de la logopedia.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Stein D, Palk A, Kendler K. What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychol Med.* 2021;51(6):894–901. DOI: [10.1017/S0033291721001185](https://doi.org/10.1017/S0033291721001185)
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª edición. DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.
4. Jimeno N. La falta de capacidad procesal para comprender el significado de la pena en el ALECRIM de 2020 desde la perspectiva de la psiquiatría forense. In: Flores I, Montoro JA, Sánchez A, editors. Discapacidad y riesgo de los sujetos pasivos con trastorno mental en la justicia penal Estudios sobre el Anteproyecto de Ley de Enjuiciamiento Criminal de 2020. Cizur Menor (Navarra): Aranzadi; 2022. p. 265–84.
5. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2021
6. Andreasen NC. Thought, language, and communication disorders: II. Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36(12):1325–30. DOI: [10.1001/archpsyc.1979.01780120055007](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780120055007)
7. Nordgaard J, Gravesen-Jensen M, Buch-Pedersen M, Parnas J. Formal thought disorder and self-disorder: An empirical study. *Front Psychiatry.* 2021;12:341. DOI: [10.3389/fpsy.2021.640921](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640921)
8. Dörr O. Esquizofrenia, lenguaje y evolución (o las esquizofrenias como logopatías). *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;38(1):1–7.
9. Crow T. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? In: *Schizophrenia Research.* Elsevier; 1997. p. 127–41. DOI: [10.1016/s0920-9964\(97\)00110-2](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(97)00110-2)
10. Cummings L. Communication disorders in mental illness. In: *Communication Disorders.* Macmillan Education UK; 2014. p. 102–26. DOI: [10.1007/978-1-137-40013-0_6](https://doi.org/10.1007/978-1-137-40013-0_6)
11. Walsh I, Regan J, Sowman R, Parsons B, McKay AP. A needs analysis for the provision of a speech and language therapy service to adults with mental health disorders. *Ir J Psychol Med.* 2007;24(3):89–93. DOI: [10.1017/S0790966700010375](https://doi.org/10.1017/S0790966700010375)
12. Salavera C, Puyuelo M. Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Rev Logop Foniatr y Audiol.* 2010;30(2):84–93. DOI: [10.1016/S0214-4603\(10\)70120-0](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(10)70120-0)
13. Radanovic M, de Sousa R, Valiengo L, Gattaz W, Forlenza O. Formal thought disorder and language impairment in schizophrenia | Alteração formal do pensamento e prejuízo da linguagem na esquizofrenia. *Arq Neuropsiquiatr.* 2013;71(1):55–60.
14. Maluenda SA. Revisión integrativa: Esquizofrenia y alteraciones del lenguaje. *Prax Psy.* 2020;21(34):69–82.
15. Raklao T. Approach to Schizophrenic narrative discourse: How positive formal thought disorder is accessed by linguistics. 2014;1–24.

16. Insua P, Grijalvo J, Huici P. Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia: Síntomas clínicos y medidas psicolingüísticas. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2001;(78).
17. Haas M, Chance S, Cram D, Crow T, Luc A, Hage S. Evidence of pragmatic impairments in speech and proverb interpretation in schizophrenia. *J Psycholinguist Res*. 2015;44(4):469–83. DOI: [10.1007/s10936-014-9298-2](https://doi.org/10.1007/s10936-014-9298-2)
18. Bosco F, Gabbatore I, Gastaldo L, Sacco K. Communicative-pragmatic treatment in schizophrenia: A pilot study. *Front Psychol*. 2016;7(FEB). DOI: [10.3389/fpsyg.2016.00166](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00166)
19. Figueroa A, Durán E, Oyarzún S. The thematic management like a scoreboard of primary deficits of language in the people diagnosed with the first schizophrenia of episode: A study in a Chilean sample. *RLA*. 2017;55(1):117–47. DOI: [10.4067/S0718-48832017000100117](https://doi.org/10.4067/S0718-48832017000100117)
20. Figueroa A, Martínez C. Las pausas en personas con diagnóstico de esquizofrenia de primer episodio. *Pragmalinguística*. 2019;(26):88–108. DOI: [10.25267/Pragmalinguística.2018.i26.05](https://doi.org/10.25267/Pragmalinguística.2018.i26.05)
21. Jimeno N. Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2019;57(1):34–42. DOI: [10.4067/S0717-92272019000100034](https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000100034).
22. Park S, Jang E, Lee K, Lee J, Lee H, Choi J. Psychometric properties of the Korean version of the clinical language disorder rating scale (CLANG). *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2016;14(1):49–56. DOI: [10.9758/cpn.2016.14.1.49](https://doi.org/10.9758/cpn.2016.14.1.49)
23. Martínez A, Martínez-Lorca B, Santos J, Martínez-Lorca A. Evaluation of the semantic and phonological dimension in patients with schizophrenia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019;39(135):133–55. DOI: [10.4321/S0211-57352019000100008](https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000100008)
24. Del Pilar M. Programa FONDECYT informe final etapa 2014 Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica versión oficial. “Materials based on nanoparticles containing active low molecular weight molecules”. 2015;15 p.
25. Cano J. Evaluación psicopatológica del lenguaje en pacientes con trastorno mental grave mediante las escalas de pensamiento, lenguaje y comunicación (TLC) y de disfunción de pensamiento y lenguaje (TALD). Universidad de Valladolid; 2018.
26. El Puente Salud Mental Valladolid. 2022. Disponible en: <https://elpuentesaludmental.org/>
27. Fernandez M, Díaz F, Moreno V, Lázaro M. PREP-R. Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado. Valencia: Universidad de Valencia; 2015. 230 p.
28. Andreasen N. Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophr Bull*. 1986;12(3):473–82. DOI: [10.1093/schbul/12.3.473](https://doi.org/10.1093/schbul/12.3.473)
29. Metodología del “Proyecto para el estudio sociolingüístico del español de España y de América” (PRESEEA) Versión revisada. 2003;19 p.
30. Gallardo B., Verónica P., Moreno V. Afasia fluente. Materiales para su estudio. Volumen I del corpus PerLA. Valencia: Universitat de Valencia; 2005. 200 p.
31. Pinedo O. La alternancia de turnos conversacionales: una propuesta didáctica para el aula de ele. [Tesis doctoral]. Universidad de Cantabria; 2015.
32. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological

- studies . Vol. 27, Molecular Psychiatry. Nature Publishing Group; 2022. p. 281–95. DOI: [10.1038/s41380-021-01161-7](https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7)
33. Cernovsky Z, Landmark J, O'Reilly R. Edad de inicio y modelos clínicos en la Esquizofrenia. *Eur J psychiatry (edición en español)*. 2002;16(3):174–80.
 34. Baltaxe C, Simmons J. Speech and language disorders in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995;21(4):677–90. DOI: [10.1093/schbul/21.4.677](https://doi.org/10.1093/schbul/21.4.677)
 35. Hallett S, Quinn D, Hewitt J. Defective interhemispheric integration and anomalous language lateralization in children at risk for schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1986;174(7):418–27. DOI: [10.1097/00005053-198607000-00006](https://doi.org/10.1097/00005053-198607000-00006)
 36. Soyka M. Substance abuse in schizophrenics. Vol. 165, *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. Cambridge University Press; 1994. p. 836–7. DOI: [10.1192/bjp.165.6.836](https://doi.org/10.1192/bjp.165.6.836)
 37. Harris J, Kongs S, Allensworth D, Martin L, Tregellas J, Sullivan B, et al. Effects of nicotine on cognitive deficits in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29(7):1378–85.
 38. Haro J, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445–51. DOI: [10.1157/13086324](https://doi.org/10.1157/13086324)
 39. Crespo F, Sánchez C. Impact of severe mental disorder in the educational field of adolescents. *Rev Complut Educ*. 2019;30(1):205–23. DOI: [10.5209/RCED.56082](https://doi.org/10.5209/RCED.56082)
 40. López MA, Duran X, Alonso J, Martínez JM, Espallargues M, Benavides F. Estimación de la carga de enfermedad por incapacidad laboral permanente en España durante el período 2009-2012. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(3):349–58. DOI: [10.4321/S1135-57272014000300005](https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000300005)
 41. Alberto C, Cassiani-Miranda CA. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008;37(4):598–613.
 42. Swartz S. Issues in the analysis of psychotic speech. *J Psycholinguist Res*. 1994;23(1):29–44.
 43. Martínez M, Martínez A. Patología psiquiátrica en el inmigrante. Vol. 29, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006. p. 63–75.
 44. Emerson J, Enderby P. Prevalence of speech and language disorders in a mental illness unit. *Int J Lang Commun Disord*. 1996;31(3):221–36.
 45. Joyal M, Bonneau A, Fecteau S. Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. Vol. 240, *Psychiatry Research*. Elsevier; 2016. p. 88–95. DOI: [10.1016/j.psychres.2016.04.010](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.010)
 46. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana. Plan de atención integral a las personas con trastorno mental grave. 2018-2022. 2018.
 47. Juliá R, Aguilera C, Megías F, Martínez JR. Evolution and status of the community model of mental health care. *SESPAS Report 2020*. Vol. 34, *Gaceta Sanitaria*. Elsevier Doyma; 2020. p. 81–6. DOI: [10.1016/j.gaceta.2020.06.014](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014)
 48. Madoz A, Martín J, Sanmartín M, Yagüe E. Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Rev Esp Salud Publica*. 2017; 91:1–8.

49. Lascorz D, Serrats E, Ruiz B, Córdoba M, Vegué J. Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso Terapéutico-Rehabilitador. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2014;34(123):521–38. DOI: [10.4321/s0211-57352014000300006](https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000300006)
50. Martínez A, Martínez M, Santos JL, Martínez A. Protocolo de evaluación de la prosodia emocional y la pragmática en personas con esquizofrenia. *Rev investig logop*. 2018;8(2):129–46. DOI: [10.5209/RLOG.59892](https://doi.org/10.5209/RLOG.59892)
51. Theron J, Conradie S, Schoeman R. Pragmatic assessment of schizophrenic bilinguals' L1 and L2 use 1. *South African Linguist Appl Lang Stud*. 2011;29(4):515–31. DOI: [10.2989/16073614.2011.651948](https://doi.org/10.2989/16073614.2011.651948)
52. Lavelle M, Dimic S, Wildgrube C, McCabe R, Priebe S. Non-verbal communication in meetings of psychiatrists and patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(3):197–205. DOI: [10.1111/acps.12319](https://doi.org/10.1111/acps.12319)
53. Meilijson S, Kasher A, Elizur A. Language performance in chronic schizophrenia: A pragmatic approach. *J Speech, Lang Hear Res*. 2004;47(3):695–713. DOI: [10.1044/1092-4388\(2004/053\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/053))
54. Figueroa A, Mendizábal N, Jimeno N. El deterioro de la fluidez verbal como marcador de déficit comunicativo primario en el primer episodio de esquizofrenia. *Rev Signos Estud Lingüística*. 2019;52(101):780–803. DOI: [10.4067/S0718-09342019000300780](https://doi.org/10.4067/S0718-09342019000300780)
55. Gallardo B. *Pragmática para logopedas*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2007. 235 p.
56. Daud P, Setti V, Khafif T, Rocca C, de Pádua Serafim A. Pragmatic language and schizophrenia: Interpretation of metaphors. *Rev Psiquiatr Clin*. 2020;47(6):209–11. DOI: [10.15761/0101-608300000000263](https://doi.org/10.15761/0101-608300000000263)
57. Rossetti I, Brambilla P, Papagno C. Metaphor comprehension in schizophrenic patients. Vol. 9, *Frontiers in Psychology*. 2018. DOI: [10.3389/fpsyg.2018.00670](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00670)
58. Deamer F, Palmer E, Vuong QC, Ferrier N, Finkelmeyer A, Hinzen W, et al. Non-literal understanding and psychosis: Metaphor comprehension in individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Schizophr Res Cogn*. 2019;18. DOI: [10.1016/j.scoq.2019.100159](https://doi.org/10.1016/j.scoq.2019.100159)
59. Ditman T, Kuperberg G. Building coherence: A framework for exploring the breakdown of links across clause boundaries in schizophrenia. *J Neurolinguistics*. 2010;23(3):254–69. DOI: [10.1016/j.jneuroling.2009.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2009.03.003)
60. Tényi T, Herold R, Szili I, Trixler M. Schizophrenics show a failure in the decoding of violations of conversational implicatures. *Psychopathology*. 2002;35(1):25–7. DOI: [10.1159/000056212](https://doi.org/10.1159/000056212)
61. Mazumdar P, Chaturvedi S, Gopinath P. A study of thought, language and communication (t.l.c) disorders in schizophrenia. *Indian J Psychiatry*. 1988;30(3):263.
62. Cuesta MJ, Peralta V. Does formal thought disorder differ among patients with schizophrenic, schizophreniform and manic schizoaffective disorders? *Schizophr Res*. 1993;10(2):151–8. DOI: [10.1016/0920-9964\(93\)90050-S](https://doi.org/10.1016/0920-9964(93)90050-S)
63. Salavera C, Puyuelo M, Antoñanzas J, Teruel P. Semantics, pragmatics, and formal thought disorders in people with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013; 9:177–83. DOI: [10.2147/NDT.S38676](https://doi.org/10.2147/NDT.S38676)
64. Bellani M, Perlini C, Brambilla P. Language disturbances in schizophrenia. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009;18(4):314–7. DOI: [10.1017/s1121189x00000270](https://doi.org/10.1017/s1121189x00000270)

65. Jimeno N. Promoción de la salud física en personas adultas con esquizofrenia: recomendaciones oficiales y comunicación médica. Discurso de ingreso. Incluye contestación de Rodríguez García, S. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid; 2019. 90 p.
66. Royal College of Speech and Language Therapists. Supporting adults with mental health conditions. Giving Voice. 2020. p. 3. Disponible en: https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/RCSLT_AMH_A4_4pp_DIGITAL_book.pdf
67. Clegg J, Brumfitt S, Parks R, Woodruff P. Speech and language therapy intervention in schizophrenia: A case study. *Int J Lang Commun Disord*. 2007;42(SUPPL. 1):81–101. DOI: [10.1080/13682820601171472](https://doi.org/10.1080/13682820601171472)
68. Olivares I, Figueroa A. Análisis de alteraciones del discurso en estados mentales de alto riesgo de psicosis (EMAR): una revisión sistemática. *Rev chil neuro-psiquiatr*. 2021;59(4):343–60. DOI: [10.4067/s0717-92272021000400343](https://doi.org/10.4067/s0717-92272021000400343)
69. Jimeno N, Gómez-Pilar J, Poza J, Hornero R, Vogeley K, Meisenzahl E, et al. Main symptomatic treatment targets in suspected and early psychosis: New insights from network analysis. *Schizophr Bull*. 2020;46(4):884–95. DOI: [10.1093/schbul/sbz140](https://doi.org/10.1093/schbul/sbz140)

ANEXO I. HOJA DE REGISTRO DEL PREP-R

Nombre..... Fecha..... Edad.....

¿Se ajusta la conducta verbal del paciente a las siguientes afirmaciones?	SI	NO	No Ev
PRAGMÁTICA ENUNCIATIVA			
Subnivel de Actos de Habla			
1. Producción de los Actos de habla			
1.1. El hablante articula correctamente las palabras, de manera que las emisiones resulten reconocibles (actos enunciativos).			
1.2. Encuentra las palabras que busca y es capaz de hacer uso de la gramática de su lengua para transmitir significado (actos proposicionales).			
1.3. Su manejo de las pausas y silencios intraturnos es adecuado.			
2. Intencionalidad de los Actos de habla: Las emisiones que utiliza demuestran una comprensión suficiente de lo que se le dice, y son las adecuadas para conseguir su propósito comunicativo, aunque puedan tener fallos léxicos o gramaticales (actos intencionales).			
2.1. Comprende y/o produce actos de habla directos e indirectos convencionalizados.			
2.2. Comprende y/o produce actos de habla indirectos.			
Subnivel de Tareas de Edición			
3. Conductas compensatorias			
3.1. Emplea actos verbales y/o paraverbales compensatorios (actos locutivos).			
3.2. Utiliza estrategias verbales que le permiten ganar tiempo extra para la construcción de sus emisiones (actos borrador).			
3.3. Utiliza gestos que sustituyen, completan, o regulan la producción verbal (gestualidad compensatoria).			
4. Rectificación y conciencia metapragmática: Muestra conciencia de su dificultad, y trata de corregir sus propios enunciados cuando resultan problemáticos.			
Subnivel de Inferencias			
5. Principio de Cooperación: Implicaturas generalizadas y particularizadas			
5.1. La información que proporciona es veraz (máxima de calidad).			
5.2. La información que proporciona no es ni escasa, ni excesiva, siempre teniendo en cuenta los requerimientos contextuales(máxima de cantidad).			
5.3. La información se proporciona de manera clara, ordenada y sin ambigüedades (máxima de manera).			
5.4. Sus intervenciones tienen relación con el tema de conversación (máxima de relación).			
5.5. Comprende los contenidos implícitamente comunicados cuando se transgrede intencionadamente alguna de las máximas, y/o bien comunica contenidos implícitos él mismo (implicaturas).			
6. Implícitos convencionales: Comprende y o utiliza correctamente expresiones lexicalizadas o modismos (inferencias trópicas lexicalizadas).			

Nombre..... Fecha..... Edad.....

¿Se ajusta la conducta verbal del paciente a las siguientes afirmaciones?	SI	NO	No Ev
PRAGMÁTICA TEXTUAL			
Subnivel de Coherencia			
7. Superestructuras textuales			
7.1. Al construir un relato no omite sucesos relevantes, presenta adecuadamente a los personajes, sitúa sus acciones espaciotemporalmente, e introduce la información respetando el orden lógico y cronológico en el desarrollo de los sucesos (superestructura narrativa).			
7.2. Cuando tiene que defender una posición argumentativa o justificar una afirmación, el hablante proporciona algún argumento racional a su favor, más allá de reiterar la posición expresada (superestructura argumentativa).			
8. Gestión temática			
8.1. Reconoce cuándo su interlocutor introduce un nuevo tema, y actúa en consecuencia, bien desarrollándolo o dando a su interlocutor la oportunidad de desarrollarlo en los turnos siguientes, o bien rechazándolo explícitamente (No me apetece hablar de eso, Prefiero no tocar ese tema, etc.) (tematización).			
8.2. Si introduce un tema nuevo, lo hace de manera fluida, sin rupturas temáticas bruscas (cambio temático).			
Subnivel de Cohesión			
9. Sabe utilizar las palabras adecuadamente para explicar lo que quiere transmitir; tiene suficiente capacidad léxica para construir su discurso sin apoyarse solo en repeticiones o palabras vacías (eficacia léxica).			
10. Su construcción de las palabras es completa, utilizando adecuadamente las terminaciones de sustantivos y verbos, respetando las concordancias de tiempo, género o número, así como los artículos (morfología).			
11. Su construcción de las frases y oraciones es convencional y utiliza enunciados de estructura completa, tanto en las oraciones (sujeto + predicado) como en constituyentes menores (sintaxis).			
PRAGMÁTICA INTERACTIVA			
12. La interacción conversacional se produce a un ritmo dialógico ágil y rápido (agilidad de turno).			
13. El paciente toma sus turnos en el momento adecuado, sin interrupciones ni demoras notables (fluidez en la toma de turno).			
14. Su nivel de participación verbal en la conversación (cantidad de turnos y palabras) es proporcional al de otros participantes (índice de participación conversacional).			
15. Utiliza adecuadamente tanto turnos predictivos como reactivos (predictibilidad).			
16. Diseña sus turnos atendiendo a principios de prioridad conversacional, tanto en primeras partes como en segundas partes de los pares adyacentes (prioridad).			
17. Su uso de los gestos, la expresión facial y la comunicación no verbal complementa y matiza su lenguaje adecuadamente, pero no lo sustituye (gestualidad natural).			
18. Utiliza la mirada comunicativamente, para confirmar escucha y comprensión, para ceder o pedir el turno (uso comunicativo de la mirada).			

Cuantificación	Habilidad Pragmática General	Habilidad Pragmática Específica	Habilidad Pragmática de Base Gramatical
Ítems sobre los que se calcula	Todos	2, 3, 4, 5 (excepto 5.3), 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	1, 5.3, 6, 9, 10, 11
Nº de ítems evaluados con “Sí”			
Nº de ítems que han podido ser evaluados			
Resultado en %			

Fernández-Urquiza, M., Díaz Martínez, F., Moreno Campos, V., Lázaro López-Villaseñor, M., Simón López, T. (2015). *PREP-R. Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado*. Valencia: Universidad de Valencia.

ANEXO II. CONVENCIONES DE TRANSCRIPCIÓN DEL CORPUS PERLA

0001	Turno de la transcripción.
E:	El turno pertenece al hablante identificado como “E”. Mantenemos fija la identificación “T” para el informante y “E” para el entrevistador.
§	Sucesión inmediata (“encabalgada”) entre dos emisiones de hablantes distintos.
=	Mantenimiento del turno de un hablante en un solapamiento; no se numera la segunda línea, pues no supone una intervención nueva.
[Lugar donde se inicia un solapamiento.
]	Lugar en que termina un solapamiento; no siempre es fácil de determinar, especialmente en los casos de turnos colaborativos.
/	Pausa corta, de menos de medio segundo.
//	Pausa que oscila entre medio segundo y un segundo.
///	Pausa de un segundo de duración.
///(5.0)	Pausa de cinco segundos; se cronometran en casos de especial relevancia.
–	El guión largo indica pausa en el interior de un turno, por reinicios, refacturas o autointerrupciones.
-	Reservamos el guión corto para su uso ortográfico en los fragmentos en valenciano.
MARCAS TONALES: se indican las entonaciones que no coinciden con los patrones melódicos habituales, o que tengan función demarcativa	

en interior de intervención. Toda marca tonal supone la existencia de una mínima pausa, por lo que no resulta necesario consignar la pausa breve (/) cuando se marca la entonación de sintagmas interiores.	
→	Entonación suspendida.
↑	Entonación ascendente.
↓	Entonación descendente.
¿? ¡!	Para las interrogaciones y exclamaciones, si bien en los fragmentos en catalán estos signos sólo aparecen al final, según la norma ortográfica.
° ()°	Pronunciación en voz muy baja, próxima al susurro; a veces son emisiones de “hablar para uno mismo”.
MAYÚSCULA	Pronunciación en voz muy alta.
* ()*	Pronunciación extraña: entrecortada, costosa, o alterada.
p(e)ro	Reconstrucción de un fragmento que no ha sido pronunciado por el hablante, cuando pueda entorpecer la lectura.
h	aspiraciones.
m’han dicho	Elisiones por fonética sintáctica y velocidad de pronunciación.
dí ga me/ lo que ve/ en la fo to	La negrita se utiliza para marcar una pronunciación “silabeada”, que el hablante realiza con especial cuidado; puede darse en una palabra o en una frase, y se separan todas las sílabas.
<i>cursiva</i>	Fragmentos de estilo directo y, en general, discurso repetido.
((xx xx))	Fragmento indescifrable, aparentemente de dos palabras.
((la doctora))	Transcripción dudosa; el transcriptor propone una posibilidad pero no está seguro.
aquí/ (SE TOCA LA FRENTE)	Gestos y elementos no verbales que aclaran la intervención.
aquí (RISAS) ^R	La R en superíndice significa que el gesto en cuestión se realiza repetidamente.
(⇒E)	El hablante dirige la mirada hacia E.
Notas al pie	Para la explicación de elementos de la situación comunicativa, o de fenómenos léxicos como las siglas o los extranjerismos entre otros.

ANEXO III

Tabla S1. Datos sociodemográficos de la muestra

Datos sociodemográficos		N	%
Sexo	Mujer	3	30
	Hombre	7	70
Edad (años)	35-40	1	10
	40-45	2	20
	45-50	2	20
	50-55	3	30
	55-60	1	10
	60-65	1	10
	Mediana [rango intercuartílico]	50,5[44,25-54,00]	
Estado civil	Soltero	6	60
	Casado/convive	0	0
	Separado/divorciado	3	30
	Otro	1	10
Nivel socioeconómico	Bajo	5	50
	Medio	4	40
	Alto	1	10
Residencia	Urbana	10	100
	Rural	0	0
	Otros	0	0
Convivencia	Familia primaria	5	50
	Familia propia	0	0
	Solo	3	30
	Otros	2	20
Nivel educativo	Sin estudios	0	0
	Estudios primarios	8	80
	Estudios secundarios	1	10
	Estudios superiores	1	10
	Otros	0	0
Situación laboral	Activos	0	0
	Paro	3	30
	Jubilado	0	0
	Incapacidad laboral	7	70
	Otros	0	0

Tabla S2. Datos clínicos de la muestra

	Datos clínicos	N	%
Diagnóstico	Esquizofrenia	3	30
	Trastorno esquizoafectivo	2	20
	Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico	2	20
	Trastorno de la personalidad no especificado	1	10
	Otro trastorno depresivo no especificado	2	20
	Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral	1	10
	Trastorno psicótico inducido por sustancias	1	10
	Trastorno obsesivo-compulsivo	1	
Edad de inicio de la enfermedad psiquiátrica	10--15	2	20
	15--20	1	10
	20--25	2	20
	25-30	3	30
	30-35	0	0
	35-40	1	10
	Mediana [rango intercuartílico]	24 [15,5-28,5]	
Asistencia Psiquiátrica	Sí	10	100
	No	0	0
Tratamiento Farmacológico	Sí	10	100
	No	0	0
Tratamiento Antipsicótico	Sí	10	100
	No	0	0
Intervenciones fuera del centro	Sí	1	10
	No	9	90
Intervención logopédica	Sí	1	10
	No	9	90

ANEXO IV

Tabla S3. Resultados por ítems obtenidos en el PREP-R

ÍTEMS PREP-R	SÍ (%)	NO (%)	NO EV(%)
1.1 El hablante articula correctamente las palabras, de manera que las emisiones resulten reconocibles (actos enunciativos).	80	20	0
1.2 Encuentra las palabras que busca y es capaz de hacer uso de la gramática de su lengua para transmitir significado (actos proposicionales).	80	20	0
1.3 Su manejo de las pausas y silencios intraturnos es adecuado.	60	40	0
2.1 Comprende y/o produce actos de habla directos e indirectos convencionalizados.	100	0	0
2.2 Comprende y/o produce actos de habla indirectos.	90	10	0
3.1 Emplea actos verbales y/o paraverbales compensatorios (actos locutivos)	0	100	0
3.2 Utiliza estrategias verbales que le permiten ganar tiempo extra para la construcción de sus emisiones (actos borrador)	100	0	0
3.3 Utiliza gestos que sustituyen, completan, o regulan la producción verbal (gestualidad compensatoria)	0	0	100
4. Muestra conciencia de su dificultad, y trata de corregir sus propios enunciados cuando resultan problemáticos	50	50	0
5.1 La información que proporciona es veraz (implicatura de calidad).	100	0	0
5.2 La información que proporciona no es ni escasa, ni excesiva, siempre teniendo en cuenta los requerimientos contextuales (implicatura de cantidad).	20	80	0
5.3 La información se proporciona de manera clara, ordenada y sin ambigüedades (implicatura de manera).	20	80	0
5.4 Sus intervenciones tienen relación con el tema de conversación (implicatura de relación).	80	20	0
5.5 Comprende los contenidos implícitamente comunicados cuando se transgrede intencionadamente alguna de las máximas, y/o bien comunica contenidos implícitos él mismo (implicaturas particularizadas)	50	50	0
6. Comprende y o utiliza correctamente expresiones lexicalizadas o modismos	90	10	0
7.1 Al construir un relato no omite sucesos relevantes, presenta adecuadamente a los personajes, sitúa sus acciones espaciotemporalmente, e introduce la información respetando el orden lógico y cronológico en el desarrollo de los sucesos (superestructura narrativa).	20	80	0

7.2 Cuando tiene que defender una posición argumentativa o justificar una afirmación, el hablante proporciona algún argumento válido a su favor, más allá de reiterar la posición expresada (superestructura argumentativa).	30	70	0
8.1 Reconoce cuándo su interlocutor introduce un nuevo tema, y propicia el desarrollo temático o bien lo rechaza explícitamente (tematización).	80	20	0
8.2 Si introduce un tema nuevo, lo hace de manera fluida, sin rupturas temáticas bruscas (cambio temático).	20	80	0
9. Sabe utilizar las palabras adecuadamente para explicar lo que quiere transmitir; tiene suficiente capacidad léxica para construir su discurso sin apoyarse solo en repeticiones o palabras vacías.	90	10	0
10. Su construcción de las palabras es completa, utilizando adecuadamente las terminaciones de sustantivos, adjetivos y verbos, respetando las concordancias de tiempo, género o número, así como los artículos	100	0	0
11. Su construcción de las frases y oraciones es convencional y utiliza enunciados de estructura completa, tanto en las oraciones (sujeto + predicado) como en constituyentes menores.	100	0	0
12. La interacción conversacional se produce a un ritmo dialógico ágil y rápido	90	10	0
13. El paciente toma sus turnos en el momento adecuado, sin interrupciones ni demoras notables.	80	20	0
14. Su nivel de participación verbal en la conversación (cantidad de turnos y palabras) es proporcional al de otros participantes.	30	70	0
15. Utiliza adecuadamente tanto turnos predictivos como predichos.	70	30	0
16. Diseña sus turnos atendiendo a principios de prioridad conversacional, tanto en primeras partes como en segundas partes de los pares adyacentes.	30	70	0
17. Su uso de los gestos, la expresión facial y la comunicación no verbal complementa y matiza su lenguaje adecuadamente, pero no lo sustituye.	0	0	100
18. Utiliza la mirada comunicativamente, para confirmar escucha y comprensión, para ceder o pedir el turno	0	0	100

ANEXO V

Tabla S4. Resultados por ítems obtenidos en la escala TLC

ÍTEM	PRESENTE		AUSENTE		LEVE		MODERADO		GRAVE		EXTREMO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Pobreza del habla	2	20	8	80	2	20	0	0	0	0	0	0
2. Pobreza del contenido del lenguaje	3	30	7	70	2	20	0	0	1	10	0	0
3. Presión de habla	6	60	4	40	1	10	2	20	2	20	1	10
4. Distraibilidad	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Tangencialidad	4	40	60	60	1	10	3	30	0	0	0	0
6. Descarrilamiento	4	40	60	60	2	20	1	10	0	0	1	10
7. Incoherencia	3	30	70	70	0	0	1	10	2	20	0	0
8. Falta de lógica	5	50	50	50	1	10	3	30	1	10	0	0
9. Asociaciones fonéticas	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Neologismos	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0	0	0
11. Aproximaciones de palabras	2	20	80	80	1	10	1	10	0	0	0	0
12. Circunstancialidad	6	60	40	40	3	30	2	20	1	10	0	0
13. Pérdida de meta	3	30	70	70	0	0	1	10	2	20	0	0
14. Perseveración	7	70	30	30	3	30	3	30	1	10	0	0
15. Ecolalia	0	0	10	100	0	0	0	0	0	0	0	0
16. Bloqueos	3	30	70	70	2	20	1	10	0	0	0	0
17. Afectación del habla	2	20	80	80	1	10	0	0	1	10	0	0
18. Autorreferencia	1	10	90	90	0	0	0	0	1	10	0	0
19. Parafasia fonémica	2	20	80	80	2	20	0	0	0	0	0	0
20. Parafasia semántica	2	20	80	80	2	20	0	0	0	0	0	0