

TRABAJO DE FIN DE GRADO



Universidad de Valladolid

**ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS
SUBJETIVOS DEL LENGUAJE Y
COMUNICACIÓN EN USUARIOS DE
UNA ASOCIACIÓN DE PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL.**

GRADO EN LOGOPEDIA

**AUTORA: ALBA GUIOMAR CANO ALONSO
DIRIGIDO POR: DRA. NATALIA JIMENO BULNES**

CURSO 2013-2014

ÍNDICE:

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
2.1. Trastorno mental grave (TMG)	4
2.2. ¿Existe un lenguaje esquizofrénico?	5
2.3. Evaluación del lenguaje	6
3. OBJETIVOS	7
4. METODOLOGÍA	7
4.1. Selección de la muestra	8
4.2. Recogida de datos sociodemográficos y clínicos	8
4.3. Obtención de las muestras de habla	8
4.4. Evaluación de los trastornos subjetivos del lenguaje	9
4.5. Análisis de datos	11
5. RESULTADOS	11
5.1. Datos sociodemográficos	12
5.2. Datos clínicos	14
5.3. Datos de las pruebas FTD-P y FBF	17
6. DISCUSIÓN	32
6.1. Comparación con otros estudios	32
6.2. Limitaciones y fortalezas	34
6.3. Futuras líneas de investigación	35
7. CONCLUSIONES	36
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS:	
1- CONSENTIMIENTO INFORMADO	39
2- PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS	40
3- ENCUESTA PRESEEA	43
4- ESCALA FTD-P (Barrera y cols., 2005)	45
5- INVENTARIO FBF-3 (Süllwold & Huber, 1986)	47

1. RESUMEN

Introducción: Las enfermedades mentales son unos trastornos que presentan una prevalencia muy elevada en todo el mundo y son numerosos los que autores manifiestan la relación de estas patologías con el lenguaje y la comunicación. Para el estudio de los trastornos subjetivos del lenguaje no existen un elevado número de estudios previos ni pruebas para evaluarlo.

Objetivo: Se pretende establecer la presencia e intensidad de los trastornos subjetivos del lenguaje en los trastornos mentales graves (TMG). **Metodología:**

Se seleccionó una muestra de 26 usuarios con TMG; se recogió sus datos sociodemográficos y clínicos más muestras de habla; y se les evaluó mediante la FTD-P. **Resultados:** Los sujetos con esquizofrenia manifiestan mayores trastornos subjetivos del lenguaje y de la comunicación que los pacientes con TMG no esquizofrénico.

Por otro lado, las áreas subjetivas más afectadas en los TMG en este estudio han sido la producción verbal, la memoria y la atención, aunque se muestran alteradas todas en toda la muestra. Además, todos los sujetos evaluados presentan trastornos formales del pensamiento (TFP) en algún grado, más del 80% de los usuarios presentan un TFP de moderado a grave. **Discusión:** Las comparaciones con otras investigaciones demuestran que los sujetos con TMG presentan trastornos subjetivos del lenguaje y la comunicación. La muestra no es extrapolable, pero verifica las dificultades evaluadas. **Conclusiones:** Los sujetos con TMG presentan trastornos subjetivos del lenguaje y de la comunicación y, por esto, deberían considerarse sujetos susceptibles de intervención logopédica.

Palabras clave: Psiquiatría; trastorno mental grave (TMG); trastorno formal del pensamiento (TFP); esquizofrenia; lenguaje; comunicación; FTD-P; Logopedia.

2. Introducción

Para justificar la elección del siguiente trabajo, el estudio de los trastornos subjetivos del lenguaje, hay que basarse en el hecho de la gran prevalencia de las enfermedades mentales en todo el mundo en la actualidad. La doctora Jané-Llopis (2005), experta en salud mental, ya expuso entonces que una de cada cuatro personas sufriría o desarrollaría una enfermedad mental a lo largo de su vida o, si se quiere, unos 450 millones de personas la padecen cada año dentro de la población mundial, lo que es una manifestación clara de la importancia que tiene estas enfermedades mentales. Además, esta autora revela que en el año 2020 un 15% de las discapacidades del mundo serán por enfermedad mental y que estas discapacidades representarán costes económicos y sociales, que conllevarán a las personas a las personas que las padezcan a no poder tener vida laboral y a depender, por ello, de los servicios sociales del estado o de sus propias familias.

A la hora de abordar las enfermedades mentales y sus consecuencias en las personas que las padecen, el papel que juega la familia de estos enfermos es considerable. Son estas familias las que representan el mayor apoyo para estos pacientes, las que cargan con el peso y el estrés que conlleva tener una persona con estas características en el entorno más allegado, tal y como nos muestra en su libro Gradillas (1998). Pero, además de apoyo para el enfermo, lo es también para los distintos profesionales que tratan con estas patologías. La información que aportan los familiares ayuda a los profesionales de la salud a establecer la causa y el diagnóstico y, además, son piezas claves a la hora de los tratamientos, ya que su soporte es esencial para que el paciente cumpla con los objetivos de los diferentes tratamientos, ya sean farmacológicos u otros, como puede ser la rehabilitación del lenguaje como en este nuestro caso. Gómez y cols. (2012) insisten en este círculo familiar, afirmando la gran importancia que tiene su relación, claramente recíproca, con los profesionales de la salud pues cuando éstos satisfacen las propias necesidades o demandas que la familia tiene, ésta responde a las actuaciones y necesidades de los profesionales, repercutiendo todo ello en el beneficio de los propios pacientes.

Es incuestionable que todos los tratamientos buscan la mejora de la calidad de vida de los pacientes, sea la enfermedad que sea. Por lo tanto, en los tratamientos utilizados en los Trastornos Mentales Graves (TMG) tienen el mismo fin, incluida la intervención logopédica. Si se mejora en estos enfermos su comunicación, se incrementa su desarrollo social y, por tanto, su calidad de vida en diferentes aspectos, tanto sociales como de desarrollo personal del individuo. Verdugo y Martín, en su estudio de 2002, inciden en esta perspectiva, señalando que la mejora en la calidad de vida amplía la integración en la sociedad y disminuye su dependencia, incrementando, por lo tanto, su autonomía.

Expuesta la gran incidencia que tienen en la sociedad en la que vivimos los TMG y la importancia en la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de los pacientes que los sufren y la de sus familias, el presente estudio se ha realizado gracias a la Asociación FEAFES Valladolid El Puente, en cuyo centro, situado en la calle Tajahierro nº2 del barrio Girón de Valladolid, se han podido realizar las prácticas de Logopedia. Este centro presenta como objetivo primordial, ya reiterado anteriormente, la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y, al mismo tiempo, la vida de sus familias y amigos. Gracias a la ayuda de los profesionales que allí realizan su labor, a los propios usuarios del centro, pacientes con algún tipo de TMG, que acuden allí para llevar a cabo sus talleres ocupacionales, se ha podido desarrollar un trabajo con los propios enfermos y que sirve de base del presente estudio.

Pero, antes de abordar el desarrollo del trabajo reflejado en el centro anterior, se cree necesario hacer un inciso para presentar el TMG.

2.1- El Trastorno Mental Grave (TMG)

Según Pérez Urdániz (2012:21), “se considera enfermedad mental a las alteraciones biológicas, psicológicas o conductuales que produzcan un cuadro clínico que reúna los criterios de enfermedad mental de las nosologías psiquiátricas actuales: la DSM-IV-TR o la CIE-10”. Actualmente ya se ha editado y publicado la DSM-V, aunque no se ha podido contar con ningún ejemplar de ésta, por lo que se ha regido el estudio respecto a la DSM-IV-TR (2000).

Dentro de la gran variedad de tipos de enfermedad mental, se destaca para este estudio el TMG, que se define mediante tres criterios que se han propuesto por el Instituto Nacional de Salud Mental en EEUU (NIMH) en 1987 y que se muestran en el estudio realizado por Vila y cols. (2007):

- Presentan un diagnóstico de trastorno psicótico o de personalidad, estos últimos con alteraciones graves en la conducta.
- Tienen una duración superior a los dos años, tanto de la enfermedad como del tratamiento.
- Estos trastornos provocan en las personas que los padecen una discapacidad en los ámbitos social, laboral y familiar que hace que sean más vulnerables al estrés, sean menos autónomos, se aislen socialmente y pierdan la relación con el mundo laboral, volviéndose dependientes de otras personas como la familia o profesionales sanitarios y/o sociales.

Dentro de los TMG se distingue la esquizofrenia, que Pérez Urdániz (2012) incluye dentro de los trastornos psicóticos y define como: “una importante

alteración del yo y sus funciones, que produce graves distorsiones en el pensamiento, la afectividad y en la percepción de la realidad.” Es decir, los sujetos que presentan esta enfermedad no son capaces de distinguir entre *lo real y lo que ellos perciben como real*.

Los criterios según la DSM-IV-TR (2001) para el diagnóstico de la esquizofrenia nos muestran una serie de síntomas que tienen que ver con el lenguaje y que deben estar presentes para poder ser diagnosticada. Por esta razón se infiere la idea de que los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades en el uso del lenguaje, lo que lleva a nuestra profesión, la Logopedia, a considerar los enfermos con TMG como pacientes en la rehabilitación del lenguaje y la comunicación.

Algunos de los síntomas presentados por la DSM-IV-TR relacionados con el lenguaje y la comunicación son el lenguaje desorganizado con descarrilamientos e incoherencia y el aislamiento social. Además, como expone Obiols (2002), estos enfermos presentan graves alteraciones en el pensamiento, tanto en su contenido, con la presencia de los delirios que junto a las alucinaciones, son los síntomas más característicos de esta enfermedad, como trastornos formales del pensamiento, síntoma fundamental y primario de la esquizofrenia, que ya expuso Bleuler en 1911 (c.p. Cuesta y Peralta, 1992)

2.2- ¿Existe un lenguaje esquizofrénico?

Los trastornos formales del pensamiento operan para Obiols (2002) con multitud de alteraciones en el lenguaje lo que ha llevado a hablar de un lenguaje específico para los sujetos con esquizofrenia, aunque no existe consenso entre los autores, ya que por ejemplo este autor no considera el lenguaje esquizofrénico como propio y común de los pacientes con dicha enfermedad, aunque, por otro lado, para Belinchón (1988) su “lenguaje incoherente y habla desviada” sí que se presenta como una característica típica de estas personas.

Como nos muestra Kraepelin (1899) (c.p. Dörr, 2010) las esquizofrenias presentan una serie de síntomas que tienen relación con el lenguaje, tales como: “dificultad en la comprensión, alucinaciones auditivas, pensamiento sonoro, influencia del pensamiento y perturbación del curso del pensamiento, sobre todo la disgregación”. También para otros autores citados en el estudio de Dörr (2010) existen numerosos síntomas que afectan al lenguaje así como en la ya mencionada DSM-IV, en las que se muestran como síntomas principales de la esquizofrenia las alteraciones del pensamiento y del lenguaje. Es por esto que este autor considera las esquizofrenias como enfermedades que afectan al lenguaje o logopatías.

Además, existen diversos estudios que tratan de analizar las características del lenguaje y comunicación de esta población, pero los que se han podido encontrar no abordan la investigación a enfermos crónicos de TMG, como el de Rochester (1988) que estudia los trastornos del lenguaje en la esquizofrenia aguda, además de que la comparación se realiza con sujetos con salud mental normalizada. Otro ejemplo de estudio previo es la revisión bibliográfica realizada por Belinchón (1988), únicamente sobre sujetos con esquizofrenia. Sin embargo, se han encontrado escasos estudios que analicen el lenguaje de personas con TMG en calidad de pacientes crónicos.

2.3- Evaluación del lenguaje

Son numerosas las pruebas para analizar los trastornos formales del pensamiento de manera objetiva, tal como nos exponen Cuesta y Peralta (1992). Como escalas específicas para valorar los trastornos del lenguaje, existen:

- El Índice de Pensamiento Bizarro Idiosincrático (*Bizarre-idiosyncratic Thought*) (BIT) de Marengo y cols. (1986).
- El Índice de Trastorno de Pensamiento (*Thought Disorder Index*) (TDI) de Johnstone y Holzman en 1986.
- La Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (*Thought, Language and Communication Scale*) (TLC) (Andreasen, 1979).

Por otro lado, se encuentran las Escalas de Trastorno Formal de Pensamiento (*Formal Thought Disorder Scales*) (FTD), elaboradas por Barrera y cols. en 2005, que son dos escalas individuales que valoran el lenguaje desde una doble perspectiva diferente; por un lado, la FTD-C que evalúa el lenguaje y el pensamiento de manera objetiva, debido a que debe ser cumplimentada por el cuidador del enfermo mental; y, la segunda, la FTD-P, que es valorada por el propio paciente. De ese modo, se obtiene de manera subjetiva y propia sus características en el lenguaje y pensamiento y, por tanto, en su comunicación (Barrera y cols., 2008).

Como última prueba se presenta el Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3) (Süllwold & Huber, 1986), que no es específica del lenguaje, pero que también analiza los trastornos subjetivos del lenguaje del paciente, es decir, cómo la propia persona piensa que se comunica, ayudando a los profesionales a obtener una mayor información sobre el trastorno mental que presentan estos sujetos (Jimeno N. y cols., 1996).

Así pues, hay que subrayar que es un tema poco explorado. La mayor parte de los estudios y las pruebas para evaluar el lenguaje y la comunicación en esta población son para valorar el lenguaje objetivo. Son excepciones las pruebas

que adoptan una perspectiva subjetiva del lenguaje y la comunicación, únicamente se ha encontrado las dos pruebas citadas anteriormente, la FTD-P y el FBF-3.

Todo lo expuesto anteriormente, sobre la escasez de estudios y pruebas en la valoración de las manifestaciones que los pacientes declaran de sus propios trastornos, constituye el motivo por el que se ha realizado el estudio sobre estos pacientes, sobre todo dentro del ámbito de la intervención logopédica, en la mejora del lenguaje que reflejan estos sujetos.

3. Objetivos

En este estudio se propone llevar a cabo los siguientes objetivos:

- 1- Conocer los estudios previos realizados sobre el lenguaje en los TMG.
- 2- Observar el lenguaje de los usuarios de la asociación que padecen enfermedad mental.
- 3- Establecer la presencia e intensidad de trastornos subjetivos en el lenguaje y la comunicación en usuarios con TMG.
- 4- Comparar los síntomas relativos al lenguaje y comunicación entre los pacientes con esquizofrenia y los sujetos con TMG no esquizofrénico.

Como finalidad del estudio se establece la hipótesis nula que expone que los sujetos con TMG no presentan alteraciones subjetivas en su lenguaje y comunicación.

4. Metodología

El presente trabajo forma parte de un estudio más global, que se complementa con otras dos investigaciones realizadas por dos compañeras de la titulación de Logopedia. En este análisis se presentarán los resultados obtenidos sobre los trastornos subjetivos del lenguaje y la comunicación de la muestra analizada con TMG.

Una vez revisada la bibliografía sobre el tema de los trastornos del lenguaje y pensamiento en los enfermos con TMG y de haber planteado los objetivos y la hipótesis, se dio comienzo al trabajo de recogida de información y de datos para poder realizar el estudio. Hay que considerar que lo que se está realizando es un estudio transversal y observacional, consistente en la evaluación del lenguaje y la comunicación de estos sujetos.

También hay que subrayar que éste es un estudio conjunto y que en esta parte, aunque se hayan recogido datos y cumplimentado diferentes pruebas, solo se incluirán los aspectos que tienen que ver con la percepción del lenguaje y la comunicación por parte del propio sujeto con TMG.

4.1- Selección de la muestra

Para poder llevar a cabo los objetivos propuestos fue necesario comenzar seleccionando la muestra. Por ello, se expuso el proyecto a la dirección de la Asociación FEAFES Valladolid El Puente. Se plantearon los objetivos de éste y cómo se pensaba realizar. Tras obtener el visto bueno, se pasó un consentimiento informado (Anexo 1) con una breve explicación por escrito de lo que se iba a ejecutar a la totalidad del centro ocupacional, que es de unas 60 personas.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron:

- Diagnóstico de TMG crónico.
- Sujetos de ambos sexos, sin límite de edad.
- Asistencia regular al centro ocupacional de la asociación.
- Obtención del consentimiento informado firmado por ellos o sus tutores legales.

Por otro lado, los criterios de exclusión:

- No padecer TMG.
- Falta de colaboración en el estudio.

4.2- Recogida de datos sociodemográficos y clínicos

El primer paso, tras la selección de la muestra, fue cumplimentar un Protocolo de Datos (Jimeno, 2014) por cada usuario (Anexo 2). Este protocolo está formado por dos partes: la primera, recoge todos los datos sociodemográficos, que incluye: la fecha de nacimiento, la edad, el sexo, el estado civil, el nivel socioeconómico, el lugar de residencia, la convivencia, el nivel educativo y la actividad y situación laborales. En segundo lugar se recogen los datos clínicos: la fecha de reclutamiento para el estudio, la fecha de ingreso en el centro, la duración en el centro, los diagnósticos, la edad de inicio de la enfermedad, la asistencia psiquiátrica, el tratamiento farmacológico y otros tratamientos y actividades.

4.3- Obtención de las muestras de Habla

Tras la recogida de información personal, se inició con la realización de unas entrevistas individuales con cada sujeto durante los meses de abril y mayo de 2014. Para el desarrollo de estas se utilizó la *Encuesta PRESEEA, empleada en estudios sociolingüísticos*, propuesta por el Proyecto para el Estudio

Sociolingüístico del Español de España y América (PRESEEA) que la ha sido diseñada para obtener información sobre el lenguaje (Anexo 3).

Para llevar a cabo la obtención de información, se desglosaron las entrevistas en dos partes bien diferenciadas. La primera consta de temas que no provocan estrés en los usuarios, tales como los saludos, el tiempo atmosférico, el lugar donde viven y las costumbres. La segunda parte está denominada como estresante, debido a que se tratan unos temas que afectan a las emociones de los sujetos; entre los asuntos tratados aquí están: la familia y la amistad, el peligro de muerte, las anécdotas importantes de su vida y el deseo de mejora económica.

Se ha participado activamente en la recogida en formato de audio de las muestras de habla y su posterior transcripción escrita. A continuación se analizaron mediante la “Escala para la evaluación del pensamiento, lenguaje y comunicación” (*Thought, Language and Communication Scale, TLC*) (Andreasen, 1979), traducida y adaptada al español por Obiols (comunicación personal). Los datos obtenidos por esta escala no aparecen en este trabajo ya que pertenecen al análisis del lenguaje objetivo realizado en los otros dos estudios que componen esta investigación global.

Una vez finalizadas las entrevistas, se les realizó un cuestionario semántico-pragmático a los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Dicho cuestionario se registró igualmente en audio y posteriormente se transcribió para su análisis. Sus resultados se recogen en otro de los estudios que pertenece a la investigación global, ya que también evalúa el lenguaje objetivo de estos usuarios y no los aspectos subjetivos a los que se pretende dar respuesta en el presente estudio.

Otra prueba cumplimentada dirigida a conocer los trastornos objetivos del lenguaje y la comunicación fue la FTD-C, la cual fue realizada por los monitores de los talleres ocupacionales, una por cada usuario.

4.4- Evaluación de los trastornos subjetivos del lenguaje y comunicación

Las pruebas seleccionadas para el estudio de los trastornos subjetivos fueron la escala FTD-P y el inventario FBF-3.

La primera prueba de evaluación de síntomas subjetivos de lenguaje y comunicación que se realizó fue la FTD-P (Anexo 4) perteneciente a las Escalas de Trastornos Formales del Pensamiento (*Formal Thought Disorder Scales*) (FTD) (Barrera et al, 2005). Esta prueba la rellenaron los pacientes de forma individual, aunque en algunos casos fue necesario pedirles que respondieran algunos ítems que habían dejado sin contestar.

La Escala FTD-P pretende valorar la existencia de trastornos subjetivos en pacientes con esquizofrenia. Está compuesta por 29 ítems cuya respuesta es una de las cuatro opciones siguientes: Casi Nunca, A Veces, A Menudo o Casi Siempre. El lenguaje que se utiliza es coloquial, para que pueda ser fácilmente comprendido por los sujetos con esta patología, además de presentar una estructura sencilla. Se tarda alrededor de 10 minutos en pasar la prueba. La escala se presenta en inglés y para su uso ha sido traducida al castellano.

Los ítems de esta escala a su vez se pueden agrupar en diversos aspectos o campos. De este modo se observa que:

- Los ítems (9, 14, 25, 26), que se corresponden con olvidar lo que el interlocutor acaba de decir o lo que acaba de decir el propio sujeto, con olvidar lo que se quería expresar, hablar mucho tiempo, están relacionados con el déficit verbal en la memoria de trabajo (Barrera y cols., 2008).
- El segundo aspecto está relacionado con la dispersión de la activación de las redes semánticas, como exponen Pirlo en 1987 y Spitzer en 1997 (c.p. Barrera y cols., 2008). Los ítems (15, 16, 17, 24, 29) que se refieren a este componente son los neologismos activos, el elevado tiempo de respuesta, una excesiva activación léxica y la producción de ecolalias voluntarias e involuntarias.
- El tercer aspecto que Harrow et al. (2004) (c.p. Barrera y cols., 2008) exponen como un factor de sobreexcitación excesiva o psicosis, se relaciona con los ítems (4, 8, 12, 18, 20, 28) de habla susurrada, de habla extraña, de petición de aclaración, bloqueos, tasa de habla elevada y sacar extrañas conclusiones durante las conversaciones.
- El cuarto campo, con los ítems (2, 3, 7, 9) referido al uso de circunloquios, perseveraciones, anomia y dificultad para hablar mucho tiempo y que según Barrera y cols. (2008) están relacionados con la circunstancialidad.
- El quinto aspecto se corresponde, según Levelt en 1989 (citado por Barrera y cols., 2008), con la producción del lenguaje o "lapso intencional del pensamiento, con los ítems (6, 10, 22, 27) relacionados con el descarrilamiento, el uso de un lenguaje raro, el no ser capaz de centrarse en las conversaciones y olvidar lo que se ha dicho en éstas una vez finalizadas.
- El sexto aspecto contemplado en los ítems (1, 11, 21) y referido a la dificultad de iniciar las conversaciones, a guardar silencio en éstas y agotamiento mental, muestran según Barrera y cols. (2008) aspectos sobre la intencionalidad conversacional.
- Por último, la séptima área se relaciona con el déficit de atención (Barrera y cols., 2008) y se puede evaluar en los ítems (5, 19, 26 y 28), correspondientes a la dificultad de concentración durante las conversaciones, a mayor número de participantes más se pierde, a olvidar lo que acaban de decir los interlocutores y a sacar extrañas conclusiones.

Como incidencia, cabe destacar que se tenía previsto evaluar los aspectos del lenguaje subjetivo también con el Inventario Psicopatológico Frankfurt (FBF-3)

(Süllwold & Huber, 1986) (Anexo 5). Pero esto no fue posible debido a la gran extensión de ítems de la prueba, con un total de 98 ítems y 6 preguntas. Este número se comprobó que era muy elevado para que los pacientes pudieran completar el cuestionario completo. Así ocurrió con tres usuarios con los se intentó acabarlo pero no fueron capaces y dejaron más de la mitad de los apartados sin contestar. Probablemente se debió a las dificultades cognitivas que presentan, al estado gravemente alterado de sus funciones cognitivas en la mayor parte de los casos y al déficit de atención, circunstancia esta última necesaria para poder cumplimentar un cuestionario tan extenso como el referido.

Por otro lado, el Inventario FBF-3 (Süllwold y Huber, 1986) consta, como ya se ha mencionado, de 98 ítems y 6 preguntas complementarias cuyo objetivo es valorar los trastornos del lenguaje referidos desde el punto de vista del paciente con esquizofrenia. La prueba fue traducida al castellano por N. Jimeno Bulnes, A. Jimeno Valdés y M.L. Vargas Aragón en 1996 (Anexo 7).

Este inventario se subdivide en escalas, según exponen Jimeno y cols. (1996) y son diez: la pérdida de control, la percepción simple o inestabilidad sensorial, la percepción compleja, el lenguaje, la cognición y el pensamiento, la memoria, la motricidad, la pérdida de automatismos, la angustia y la anhedonia, la irritabilidad por sobreestimulación.

4.5- Análisis de datos

Para analizar de manera explicativa los datos obtenidos se han utilizado las herramientas de Microsoft Office de Word y Excel para el cálculo de las variables y la creación de tablas y gráficos. Para el análisis estadístico descriptivo se ha utilizado el STATA v.12.

5. Resultados

En esta parte, dentro del estudio global ya citado anteriormente, se van a desarrollar los datos disponibles de todos los sujetos estudiados y recogidos.

En un primer paso, se cree conveniente comentar el estudio descriptivo de los datos:

El número total de la muestra de pacientes que colaboraron en el proyecto fue 26 (N=26).

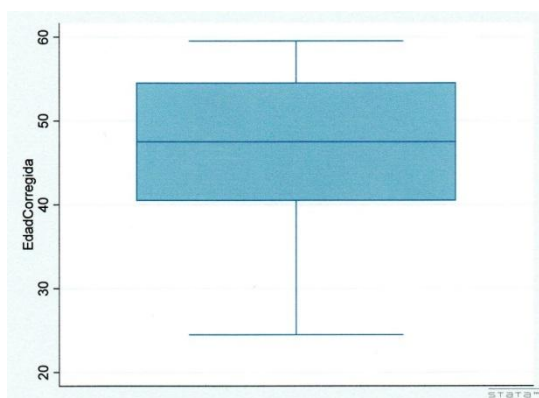
Así, de todos los datos obtenidos se pueden hacer tres grupos, que son: los datos sociodemográficos, los clínicos y los obtenidos de las pruebas FTD-P y FBF-3.

5.1- Los Datos Sociodemográficos

En este primer grupo de datos, podemos diferenciar las variables cuantitativas y las variables cualitativas. En éstas últimas podemos encontrar las variables cualitativas binarias y las no binarias.

En variables cuantitativas tenemos la edad corregida de todos los usuarios, ya que con el fin de promediar los valores obtenidos en la variable “edad”, y así proporcionar un valor más exacto de la edad media de los pacientes, se ha realizado la transformación de dicha variable “edad” -que se refiere a la edad cumplida- en “edad corregida”, mediante la adición de 0,5 años a cada valor obtenido. Ésta es una variable cuantitativa discreta ya que toma valores enteros. Sigue una distribución normal siendo la media=45.96 años que podemos aproximar a 46 años y con una desviación típica=9.80, representada en la Figura 1. Los datos calculados para la representación de la gráfica son los siguientes: la mediana a la que le corresponde un valor de 47,5; y el percentil 25 con un valor de 39,75 y percentil 75 con 54,5.

En la presente gráfica se observa que la mediana toma un valor similar a la media, debido a que está representada en la mitad de la altura de la caja; los extremos muestran los datos que se alejan de la caja, pero no se consideran demasiado alejados de los percentiles 25 y 75, ya que el mínimo toma un valor de 24,5 y el máximo de 59,5, siendo éste el rango de la muestra.



Gráfica 1: Edad media corregida de la muestra (N=26).

Otro tipo son las variables cualitativas:

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra(N=26).

	N=26	%
SEXO		
Hombre	19	73,08%
Mujer	7	26,92%
EDAD		
20-30 años	4	15,38%
31-40 años	3	11,54%
41-50 años	10	38,46%
51-60 años	9	34,62%
ESTADO CIVIL		
Soltero/a	25	96,15%
Casado/a	1	3,85%
RESIDENCIA		
Urbana	25	96,15%
Rural	1	3,85%
SITUACIÓN LABORAL		
Activo	18	69,23%
Incapacitado	8	30,77%
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Bajo	10	38,46%
Medio	13	50%
Alto	3	11,54%
CONVIVENCIA		
Familia primaria	14	53,85%
Familia propia	1	3,85%
Solo/a	2	7,69%
Otros	9	34,61%
NIVEL EDUCATIVO		
Sin estudios	1	3,85%
Estudios primarios	9	34,61%
Estudios secundarios	11	42,31%
Estudios superiores	5	19,23%

En la actividad laboral actual la totalidad de la muestra se encuentra empleada en el centro ocupacional de la asociación, por lo que los 26, es decir el 100% de los usuarios son considerados empleados.

Con todos los datos recogidos podemos plantear que el perfil tipo de sujeto, según las variables sociodemográficas, es un varón entre 41 y 50 años, soltero, con residencia urbana, nivel socio-económico medio, que convive con la familia primaria, con un nivel de estudios secundarios, una situación laboral activa y una actividad laboral de empleado.

5.2- Datos Clínicos

VARIABLES CUANTITATIVAS:

A la edad de inicio de la enfermedad corregida, al igual que en la edad cronológica, se le ha añadido 0,5 a cada valor. No muestra una distribución normal y se puede representar mediante la Figura 2. El número de la muestra son 23, ya que en tres de los sujetos no consta y el rango abarca desde 5,5 hasta 58,5. Con estos datos se ha calculado que la mediana o percentil 50 se sitúa en el 18,5; el percentil 25 toma un valor de 17,5; y el percentil 75 de 29,5. Con estos datos se infiere que existen dos valores muy alejados.

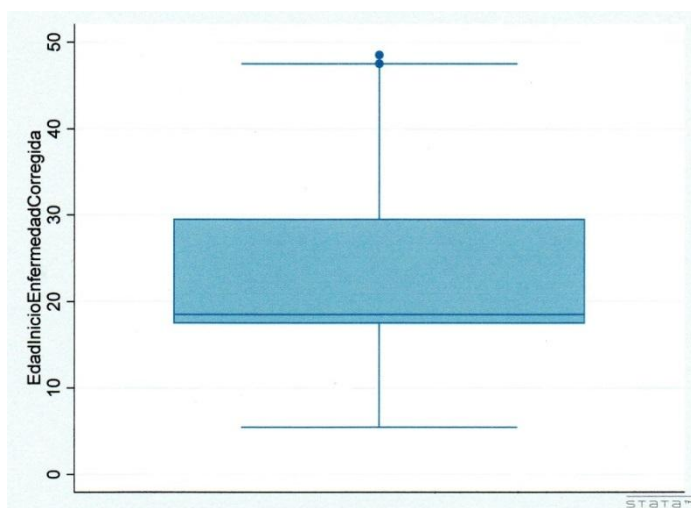


Figura 2: Edad media de inicio de la enfermedad corregida de la muestra (N=23).

En este caso la media y la mediana no se corresponden. La mediana, como podemos observar, queda por debajo de los veinte años y además existen valores alejados. Estos datos muestran que el inicio de la enfermedad suele estar delimitado a edades tempranas, entre la adolescencia y los veinticinco años, pero que existen casos en los que se ha iniciado la enfermedad en edades más avanzadas.

El tiempo que llevan acudiendo al centro ocupacional en la asociación presenta una media= 3,25 años y la desviación típica= 2,2. Es por esto que se concluye que la mayor parte de los pacientes lleva acudiendo al centro un gran periodo de tiempo.

Variables Cualitativas, representadas en la Tabla 2.

Tabla 2: Datos clínicos de la muestra (N=26):

	N=26	%
EDAD INICIO ENFERMEDAD		
0-10 años	1	3,85%
11-20 años	12	46,15%
21-30 años	7	26,92%
31-40 años	1	3,85%
41-50 años	2	7,69%
No consta	3	11,54%
T. FARMACOLÓGICO		
No	2	7,69%
Si	24	92,31%
OTROS T. FARMA.		
No	19	73,08%
Si	7	26,92%
OTROS TRATA.		
No	17	65,38%
Si	9	34,62%
ANTIPSIKÓTICOS		
No	6	23,08%
Si	18	69,23%
No consta	2	7,69%
ANSIOLÍTICOS		
No	11	42,31%
Si	13	50%
No consta	2	7,69%
ANTIDEPRESIVOS		
No	16	61,54%
Si	8	30,77%
No consta	2	7,69%
ESTAB. DEL HUMOR		
No	22	84,62%
Si	2	7,69%
No consta	2	7,69%
ACT. ASOCIACIÓN		
No	19	73,08%
Logopedia	4	15,38%
HHSS	2	7,69%
Logopedia y HHSS	1	3,85%
ACT. FUERA		
No	18	69,23%
Fútbol	5	19,23%
Inglés	1	3,85%
U.Rehab. Villacián	2	7,69%

La variable cualitativa de asistencia psiquiátrica es presentada por la totalidad de la muestra, los 26 usuarios que acuden al psiquiatra, lo que corresponde al 100% de éstos.

Con estos datos se puede afirmar que el perfil tipo de sujeto, según los datos clínicos, es un usuario con un inicio de la enfermedad entre los 11 y los 20 años, que asiste al psiquiatra, presenta tratamiento farmacológico y que no realiza actividades (Logopedia y habilidades sociales) en la asociación ni fuera de ella.

En la Tabla 3 se muestra cada usuario con su diagnóstico y el grupo diagnóstico en el que se encuentra incluido, que puede ser TMG no esquizofrénico o esquizofrenias.

Tabla 3: Diagnósticos de la muestra (N=26):

USUARIOS	DIAGNÓSTICOS	GRUPO DIAGNÓSTICO
01	Trastorno de personalidad por dependencia	TMG no esquizofrénico
02	Neurosis obsesiva	TMG no esquizofrénico
03	Esquizofrenia residual	Esquizofrenia
04	Trastorno límite de la personalidad	TMG no esquizofrénico
05	Esquizofrenia simple	Esquizofrenia
06	Trastorno de la afectividad	TMG no esquizofrénico
07	Esquizofrenia residual	Esquizofrenia
08	Alteración de la conducta y retraso mental.	TMG no esquizofrénico
09	Trastorno esquizoafectivo	TMG no esquizofrénico
10	Trastorno psicótico no especificado	TMG no esquizofrénico
11	Esquizofrenia paranoide e inteligencia límite	Esquizofrenia
12	Retraso mental ligero y psicosis	TMG no esquizofrénico
13	Epilepsia, trastorno cognitivo y alteración de la conducta	TMG no esquizofrénico
14	Psicosis	TMG no esquizofrénico
15	Trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar	TMG no esquizofrénico
16	Esquizofrenia indiferenciada	Esquizofrenia
17	Esquizofrenia residual	Esquizofrenia
18	Esquizofrenia desorganizada	Esquizofrenia
19	Trastorno esquizoide de la personalidad	TMG no esquizofrénico
20	Retraso mental moderado y trastorno de la personalidad no especificado	TMG no esquizofrénico
21	Trastorno orgánico de la	TMG no esquizofrénico

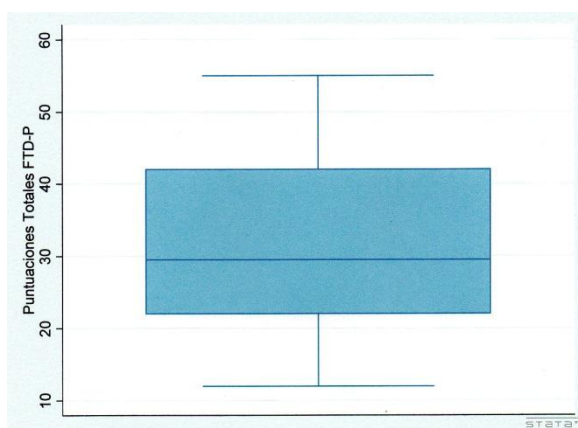
	personalidad y TOC	
22	Trastorno de la personalidad	TMG no esquizofrénico
23	Trastorno límite de la personalidad	TMG no esquizofrénico
24	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia
25	Retraso mental ligero y alteración de la conducta	TMG no esquizofrénico
26	Alteración de la conducta por trastorno límite de la personalidad, inteligencia límite y trastorno esquizotípico	TMG no esquizofrénico

5.3- Datos de las pruebas FTD-P y FBF-3

Puntuación total de la escala FTD-P:

La puntuación total obtenida sigue una distribución normal, con una media de 31,19 y con una desviación típica de 11,52. La Figura 3 muestra la distribución de las puntuaciones obtenidas por cada sujeto en la prueba FTD-P. La tabla de puntuaciones se muestra en el Anexo 3. Siendo N la totalidad de la muestra, es decir, 26 personas, la mínima puntuación 12 y la máxima 55 de todas las recogidas, se sitúan los percentiles:

- Percentil 25: 21,75
- Percentil 50: 29,5
- Percentil 75: 42,5



Gráfica 3: Puntuación total media en la FTD-P (N=26)

Por otro lado, se realiza la comparación de la puntuación global de la prueba FTD-P de usuarios con esquizofrenia, un total de 8 sujetos, frente a usuarios con TMG no esquizofrénico, que es de 18 personas. En este caso se busca hallar la frecuencia de presencia/ausencia de la totalidad de la muestra, por lo se adjudica el valor 0 a la variable Casi Nunca y el valor 1 a las variables A Veces, A Menudo y Casi Siempre. Se suman las puntuaciones de cada

paciente y se separan para la suma de puntuación total, para compararlo entre los pacientes con esquizofrenia y los que presentan TMG no esquizofrénico. Estos datos se representan en la Tabla 4 y Figura 4.

Tabla 4: Puntuaciones en la FTD-P por subtipos diagnósticos(N=26):

	Puntuación total	Puntuación máxima	Puntuación porcentual %
Esquizofrenia	175	232	75,43%
No Esquizofrenia	322	522	61,69%

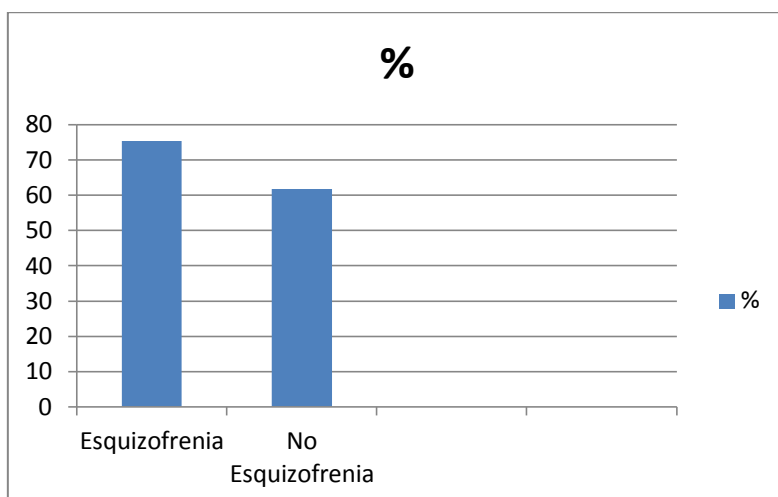


Figura 4: Puntuaciones porcentuales en la FTD-P por subtipos diagnósticos (N=26).

Como podemos observar en la gráfica, la frecuencia de respuesta presente es mayor en los sujetos con esquizofrenia, mostrándose así que son más conscientes de su lenguaje alterado, o también puede deberse a que ellos piensan que presentan mayores alteraciones en el lenguaje.

Puntuaciones de la FTD-P por ítem:

A continuación, se pretende analizar las frecuencias de respuestas en cada ítem, comparando las respuestas entre pacientes con TMG no esquizofrénico y pacientes con esquizofrenia. Las respuestas vienen dadas con los valores: Casi Nunca (0), A Veces (1), A Menudo (2), Casi Siempre (3).

A la hora de comparar cada ítem, representados de la Figura 5 a la Figura 33, se toma en cuenta sobre todo la respuesta Casi Nunca, ya que se corresponde a la ausencia de alteración, por lo que se puede inferir que:

- En el Ítem 1 (Figura 5), que corresponde a la dificultad de iniciar una conversación, se puede contemplar que la respuesta Casi Nunca presenta una frecuencia similar en los dos grupos estudiados.
- En el Ítem 2 (Figura 6), relativo al uso de circunloquios, se registra un porcentaje más elevado de la ausencia de éstos en los usuarios con TMG no esquizofrénico presentando un 50% frente al 37,5% de los sujetos con esquizofrenia, mostrando por lo tanto que los enfermos con esquizofrenia presentan mayor uso de circunloquios para decir palabras sencillas.
- En el Ítem 3 (Figura 7), correspondiente a la tendencia a pensamientos recurrentes o perseveraciones en una conversación, las respuestas obtenidas por los sujetos con esquizofrenia son equitativas en las cuatro opciones de respuesta. Por lo tanto, cada una presenta una frecuencia del 25%, mientras que para los usuarios con TMG no esquizofrénico la respuesta A Veces domina sobre las demás, mostrándose en un 55,5% de los sujetos de este grupo. Estos porcentajes nos revelan como en los pacientes con TMG no esquizofrénico los pensamientos recurrentes se dan a veces en una frecuencia doblemente superior a los sujetos con esquizofrenia.
- En el Ítem 4 (Figura 8), concerniente al uso de un habla susurrada y de murmullos, se advierte que la frecuencia de las respuestas de los pacientes con esquizofrenia son un 50% de ausencia de este ítem frente a un porcentaje de respuestas de Casi Nunca inferior en los sujetos con TMG no esquizofrénico, un 38,8%. Lo que significa que los enfermos con TMG no esquizofrénico muestran que poseen una mayor presencia de habla susurrada y murmullos durante sus conversaciones.
- En el Ítem 5 (Figura 9), referido a la falta de concentración plena en las conversaciones, la frecuencia de ausencia de este ítem es similar en ambos grupos, aunque algo inferior en los pacientes con esquizofrenia, un 25%, explicándose así que estos sujetos son conscientes de que presentan pérdidas de concentración en las conversaciones más elevadas que en los enfermos con TMG no esquizofrénico.
- En el Ítem 6 (Figura 10), que corresponde al descarrilamiento, en el caso de los usuarios con esquizofrenia la respuesta ausente de alteración es nula, por lo tanto estos pacientes presentan una frecuencia del 100% de pérdida de lo que se quiere decir en una conversación. Por otro lado, los pacientes con TMG no esquizofrénico tienen también un porcentaje elevado de presencia de esta alteración, pero no tanto como en los sujetos esquizofrénicos.
- En el Ítem 7 (Figura 11), que trata de la anomia, se observan porcentajes muy similares en los dos grupos, pero donde se encuentra mayor disparidad es en la respuesta de Casi Siempre, en la que un 25% de sujetos con esquizofrenia muestran anomia de manera recurrente frente a un 5,5% de usuarios con TMG no esquizofrénico.

- En el Ítem 8 (Figura 12), el 50 % de los sujetos con esquizofrenia manifiestan habla extraña frente al 61,1 % de los usuarios con TMG no esquizofrénico que presentan ausencia de este patrón.
- En el Ítem 9 (Figura 13), en ambos casos es similar el porcentaje de ausencia de este ítem, por lo que podemos concluir que los dos colectivos alegan que les cuesta hablar durante mucho tiempo.
- En el Ítem 10 (Figura 14), relacionado con el uso de un lenguaje raro y rebuscado para expresarse, aparece una gran diferencia entre los dos grupos, mostrando una ausencia de este patrón muy elevada en los enfermos con TMG no esquizofrénico con una frecuencia del 72,3% frente a los sujetos con esquizofrenia que es únicamente del 25%. Es por ello que se puede confirmar que los usuarios con esquizofrenia manifiestan que utilizan un lenguaje raro y rebuscado para expresarse.
- En el Ítem 11 (Figura 15), se muestra que los sujetos con TMG no esquizofrénico afirman que presentan mayor tendencia a quedarse sin cosas que decir en una conversación, con un porcentaje del 11,1% de respuesta ausente de alteración, frente a un 37,5% de los enfermos con esquizofrenia.
- En el Ítem 12 (Figura 16), respecto a las peticiones de aclaración, los sujetos con esquizofrenia cuentan que muestran mayor dificultad para pedir que se les aclare lo que han dicho, con un 12,5% únicamente de respuesta ausente de alteración. Por otro lado, los usuarios con TMG no esquizofrénico también manifiestan esta dificultad; tan sólo un 27,8% de la muestra de este grupo no lo presenta, aunque en menor medida que los sujetos con esquizofrenia.
- En el Ítem 13 (Figura 17), también hay disparidad. Los sujetos con esquizofrenia declaran, con un porcentaje de 12,5% de respuestas de Casi Nunca, que hablan sin pretenderlo, mientras que los usuarios con TMG no esquizofrénico afirman no manifestar este patrón en un 61,2%.
- En el Ítem 14 (Figura 18), el total del grupo de usuarios con esquizofrenia declara que durante las conversaciones olvidan lo que acaban de decir. Sin embargo, los sujetos con TMG no esquizofrénico no alegan presentar este patrón en un 33,3%.
- En el Ítem 15 (Figura 19), en el patrón de neologismos, se puede afirmar que los sujetos con esquizofrenia alegan, con un 37,5% de respuesta Casi Nunca, que manifiestan una mayor frecuencia de este patrón en comparación con los usuarios de TMG no esquizofrénicos, que presentan un 67,7% de respuesta ausente de alteración.
- En el Ítem 16 (Figura 20), al igual que en el ítem anterior los sujetos con esquizofrenia revelan que muestran mayor tiempo de respuesta, siendo éste demasiado elevado, con un 12,5% de respuesta Casi Nunca frente al 27,8% de los sujetos con TMG no esquizofrénico.

- En el Ítem 17 (Figura 21), los sujetos con esquizofrenia presentan una mayor alteración en este patrón, debido a que afirman que manifiestan que al hablar les llegan demasiadas palabras a la mente, con un porcentaje de respuesta Casi Nunca del 25%. En cambio, los sujetos con TMG no esquizofrénico no manifiestan presentar esta alteración en un 67,7%.
- En el Ítem 18 (Figura 22), que corresponde a los bloqueos durante el discurso, los sujetos con TMG no esquizofrénico afirman mostrar una mayor frecuencia de bloqueos, con un 11,1% de respuestas Casi Nunca, frente a los usuarios con esquizofrenia que tienen una frecuencia de 37,5% de ausencia de este patrón.
- En el Ítem 19 (Figura 23), la totalidad de los enfermos con esquizofrenia dice que se pierde en las conversaciones cuando el número de interlocutores es elevado. Por otro lado, aunque en menor medida, sólo hay un 11,1% de los sujetos con TMG no esquizofrénico que afirman no presentar esta dificultad.
- En el Ítem 20 (Figura 24), en ambos grupos hay una frecuencia similar y elevada de respuestas negativas a la afirmación de elevada tasa de habla. El porcentaje es de un 62,5% en sujetos con esquizofrenia y una frecuencia ligeramente mayor, con un 67,7%, en usuarios con TMG no esquizofrénico.
- En el Ítem 21 (Figura 25), que hace referencia al agotamiento mental, los sujetos con esquizofrenia afirman no padecerlo en un 37,5% frente a un 44,5% de los usuarios con TMG no esquizofrénico que tampoco manifiestan presentarlo.
- En el Ítem 22 (Figura 26), que trata sobre la capacidad de mantener el tema de una conversación, la totalidad de los sujetos con esquizofrenia dicen que no son capaces de mantener el tema. Por otra parte, el 22,2% los usuarios con TMG no esquizofrénico afirman que son capaces de mantener el tema de conversación.
- En el Ítem 23 (Figura 27), los dos grupos presentan una frecuencia de respuesta de Casi Nunca muy disminuida, por lo que podemos concluir que ambos grupos declaran que les cuesta expresar instrucciones verbales.
- En el Ítem 24 (Figura 28), que corresponde a la ecolalia voluntaria, los usuarios con esquizofrenia afirman con sus respuestas que lo realizan en un 75%, mientras que un 67,7% del otro grupo declara que no presenta este patrón alterado.
- En el Ítem 25 (Figura 29), relacionado con quedarse en blanco cuando se está hablando, tan sólo a un 16,7% de sujetos con TMG no esquizofrénico y a un 25% de usuarios con esquizofrenia no le ocurre, afirmando así que los enfermos con TMG no esquizofrénico presentan esta dificultad con mayor frecuencia que los que están diagnosticados de esquizofrenia.

- En el Ítem 26 (Figura 30), la totalidad de los sujetos con esquizofrenia afirma olvidarse de lo que dice el interlocutor durante la conversación, y de los usuarios con TMG no esquizofrénico, sólo un 22,2% dice no olvidarse.
- En el Ítem 27 (Figura 31), la totalidad de la muestra de usuarios con esquizofrenia manifiesta que se olvida de lo que se ha dicho durante una conversación una vez finalizada. Por otro lado, un 16,7 de pacientes con TMG no esquizofrénico alega que no se olvida de esto.
- En el Ítem 28 (Figura 32), que se corresponde con sacar extrañas conclusiones de las conversaciones mantenidas, un 50% de los sujetos con esquizofrenia ha respondido que no lo realizan. En los sujetos con TMG no esquizofrénico la frecuencia es la misma, con 50% de respuestas Casi Nunca a este patrón.
- En el Ítem 29 (Figura 33), que atañe a la ecolalia involuntaria, un 25% de la muestra de los sujetos con esquizofrenia no lo manifiesta. Por el contrario, la frecuencia en la que no se presenta este patrón en los usuarios con TMG no esquizofrénico es de 67,7%.

A continuación se presentan las Figuras de cada ítem de la prueba donde se comparan las diferentes respuestas obtenidas por cada uno de los grupos, los sujetos con esquizofrenia y, por otra parte, los usuarios con TMG no esquizofrénico.

Ítem1: Iniciar la conversación

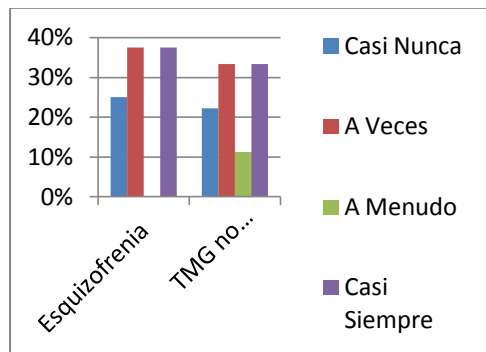


Figura 5

Ítem 2: Uso de circunloquios

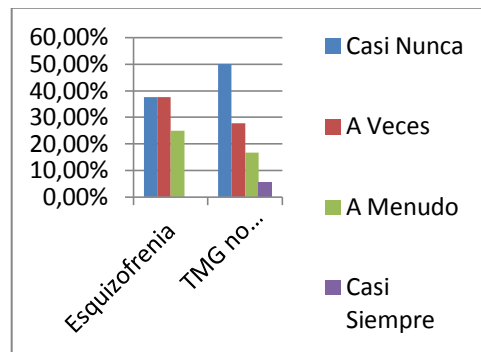


Figura 6

Ítem 3: Perseveraciones

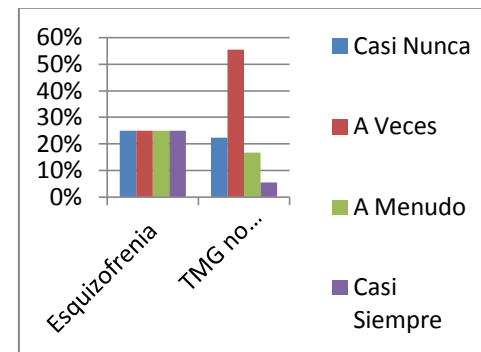


Figura 7

Ítem 4: Habla susurrada

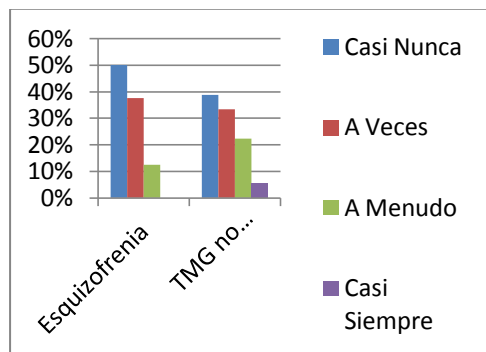


Figura 8

Ítem 5: No concentración plena

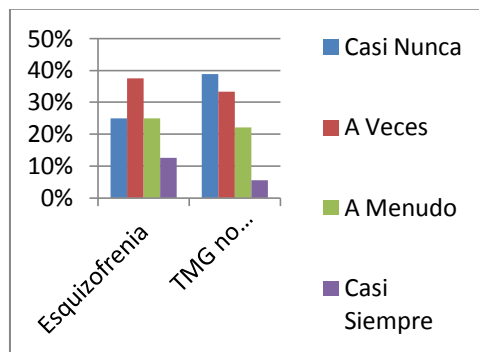


Figura 9

Ítem 6: Descarrilamiento

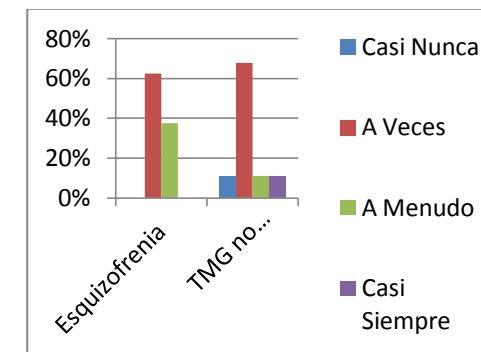


Figura 10

Ítem 7: Anomia

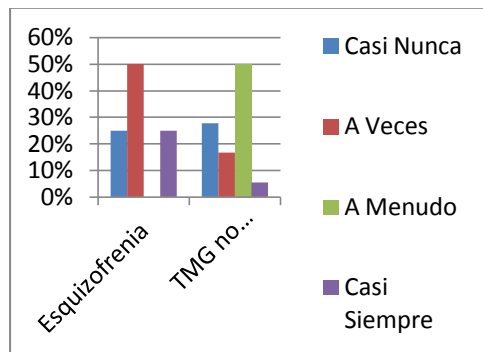


Figura 11

Ítem 8: Habla extraña

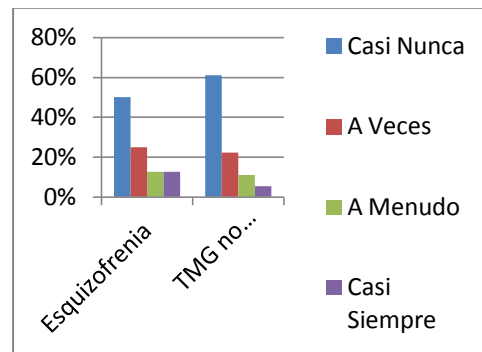


Figura 12

Ítem 9: Hablar mucho tiempo

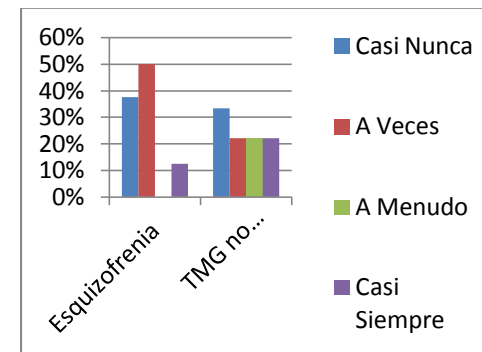


Figura 13

Ítem 10: Lenguaje raro

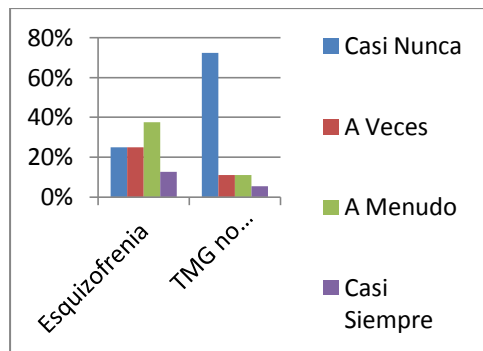


Figura 14

Ítem 11: Quedarse sin cosas que decir

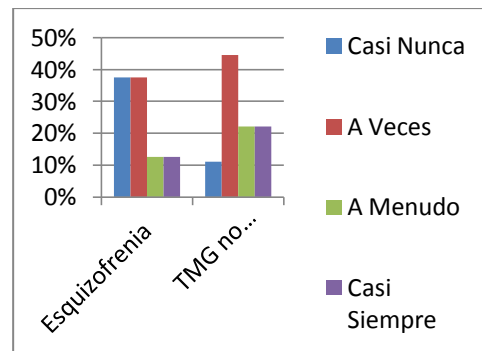


Figura 15

Ítem 12: Petición de aclaración

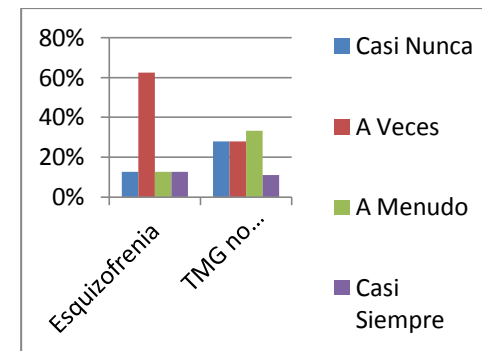


Figura 16

Ítem 13: Hablar sin pretenderlo

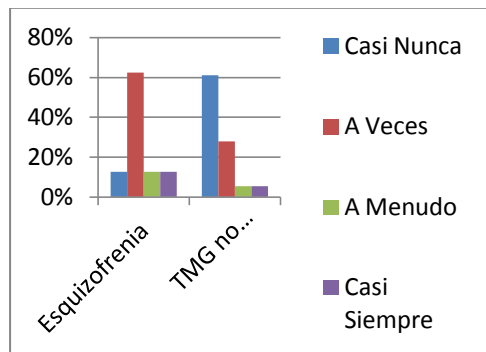


Figura 17

Ítem 14: Olvidar lo que acababa de decir

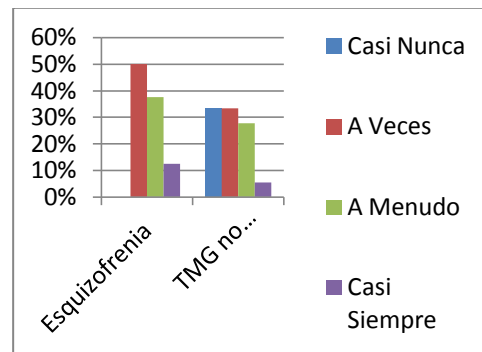


Figura 18

Ítem 15: Neologismos

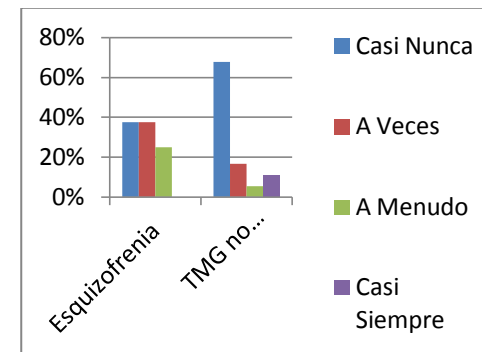


Figura 19

Ítem 16: Elevado tiempo de respuesta

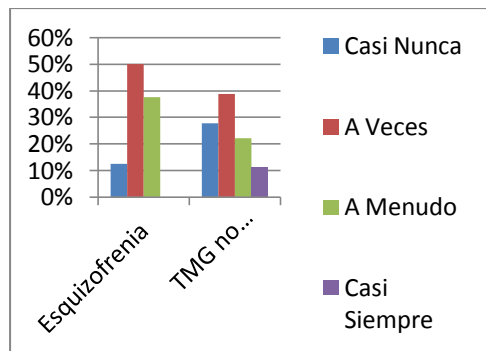


Figura 20

Ítem 17: Excesiva actividad léxica

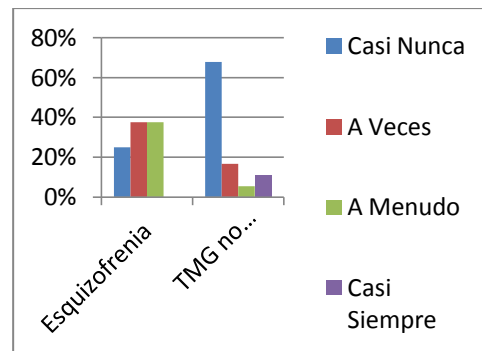


Figura 21

Ítem 18: Bloqueos

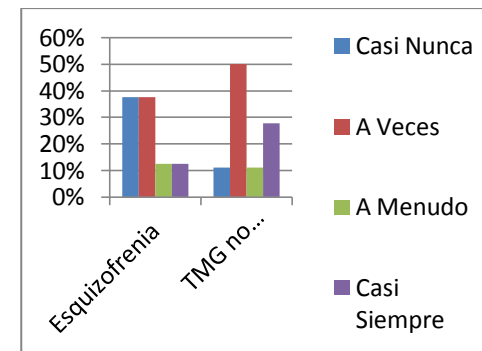


Figura 22

Ítem 19: Pérdida en las conversaciones

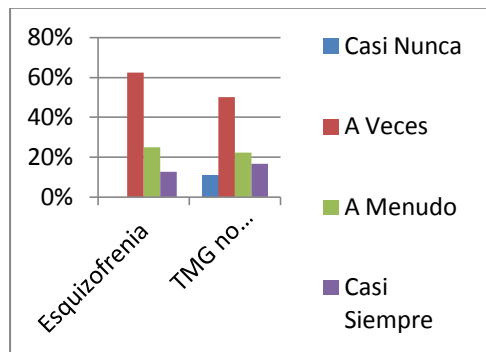


Figura 23

Ítem 20: Tasa elevada de habla

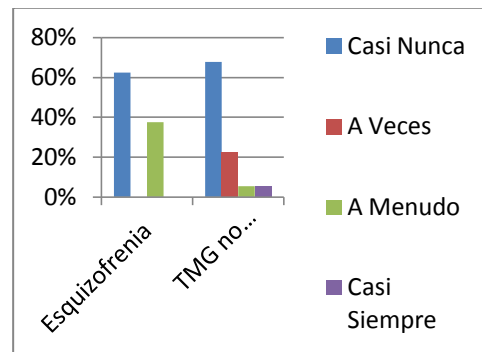


Figura 24

Ítem 21: Agotamiento mental

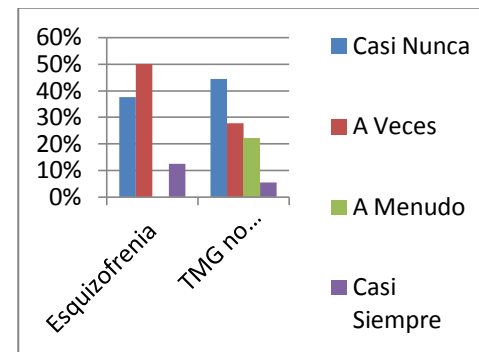


Figura 25

Ítem 22: Constantes cambios de tema

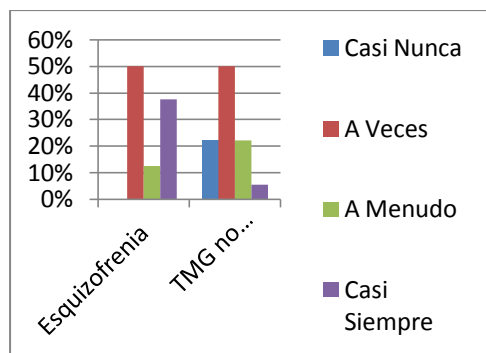


Figura 26

Ítem 23: Instrucciones verbales

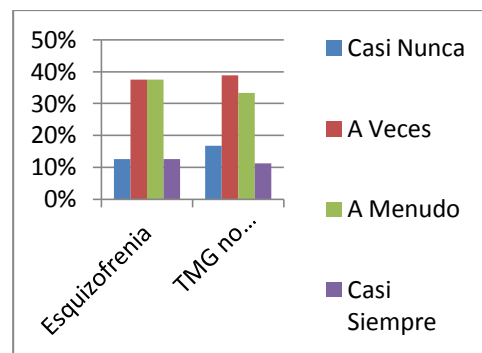


Figura 27

Ítem 24: Ecolalia voluntaria

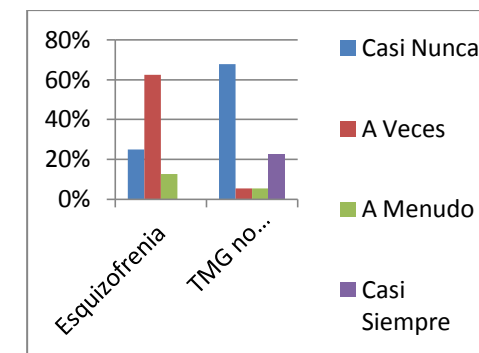


Figura 28

Ítem 25: Quedarse en blanco

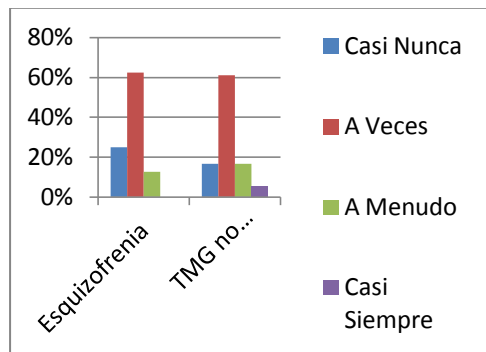


Figura 29

Ítem 26: Olvidar el mensaje del interlocutor

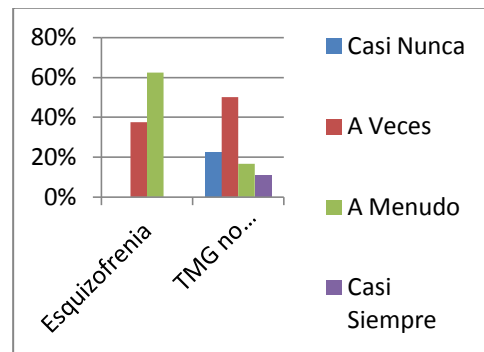


Figura 30

Ítem 27: Olvidar el tema

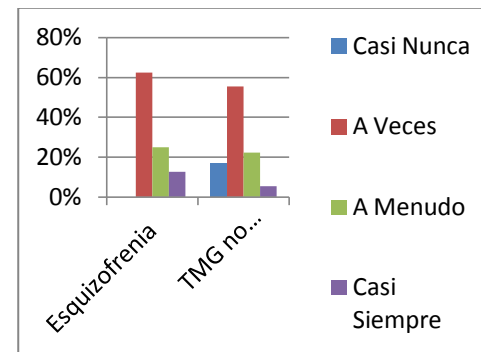


Figura 31

Ítem 28: Extraer extrañas conclusiones

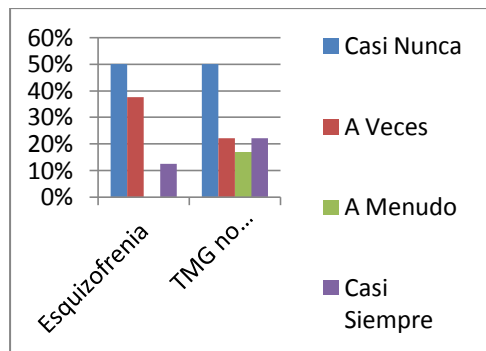


Figura 32

Ítem 29: Ecolalia involuntaria

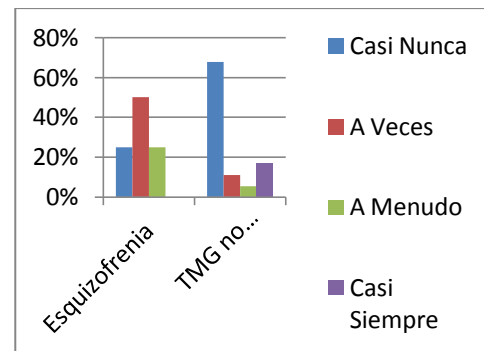


Figura 33

Respuestas de cada usuario en la prueba FTD-P

Por último, se analiza las respuestas de cada sujeto contabilizando el número de respuestas de cada variable en la Tabla 5.

Tabla 5: Respuestas de la FTD-P por usuarios:

Respuestas usuarios	Número ítems= 29	%
01		
Casi nunca	8	27,59%
A veces	20	68,97%
A menudo	1	3,44%
Casi siempre	0	0%
02		
Casi nunca	4	13,79%
A veces	9	31,03%
A menudo	11	37,94%
Casi siempre	5	17,24%
03		
Casi nunca	7	24,14%
A veces	20	68,97%
A menudo	2	6,89%
Casi siempre	0	0%
04		
Casi nunca	14	48,28%
A veces	10	34,49%
A menudo	4	13,79%
Casi siempre	1	3,44%
05		
Casi nunca	12	41,38%
A veces	11	37,93%
A menudo	6	20,69%
Casi siempre	0	0%
06		
Casi nunca	20	68,97%
A veces	7	24,14%
A menudo	0	0%
Casi siempre	2	6,89%
07		
Casi nunca	10	34,49%
A veces	11	37,93%
A menudo	4	13,79%
Casi siempre	4	13,79%
08		
Casi nunca	12	41,38%
A veces	3	10,34%
A menudo	3	10,34%
Casi siempre	11	37,94%

09	Casi nunca	13	44,83%
	A veces	11	37,93%
	A menudo	5	17,24%
	Casi siempre	0	0%
10	Casi nunca	10	34,49%
	A veces	10	34,49%
	A menudo	7	24,13%
	Casi siempre	2	6,89%
11	Casi nunca	5	17,24%
	A veces	17	58,63%
	A menudo	7	24,13%
	Casi siempre	0	0%
12	Casi nunca	18	62,07%
	A veces	6	20,69%
	A menudo	2	6,89%
	Casi siempre	3	10,35%
13	Casi nunca	12	41,39%
	A veces	7	24,13%
	A menudo	7	24,13%
	Casi siempre	3	10,35%
14	Casi nunca	0	0%
	A veces	3	10,35%
	A menudo	26	89,65%
	Casi siempre	0	0%
15	Casi nunca	18	62,07%
	A veces	10	34,49%
	A menudo	1	3,44%
	Casi siempre	0	0%
16	Casi nunca	5	17,24%
	A veces	11	37,93%
	A menudo	10	34,48%
	Casi siempre	3	10,35%
17	Casi nunca	5	17,24%
	A veces	12	41,38%
	A menudo	6	20,69%
	Casi siempre	6	20,69%

18	Casi nunca	2	6,89%
	A veces	10	34,49%
	A menudo	11	37,93%
	Casi siempre	6	20,69%
19	Casi nunca	10	34,49%
	A veces	13	44,83%
	A menudo	5	17,24%
	Casi siempre	1	3,44%
20	Casi nunca	10	34,49%
	A veces	12	41,38%
	A menudo	4	13,79%
	Casi siempre	3	10,35%
21	Casi nunca	14	48,28%
	A veces	0	0%
	A menudo	0	0%
	Casi siempre	15	51,72%
22	Casi nunca	15	51,73%
	A veces	7	24,13%
	A menudo	3	10,35%
	Casi siempre	4	13,79%
23	Casi nunca	13	44,83%
	A veces	11	37,93%
	A menudo	5	17,24%
	Casi siempre	0	0%
24	Casi nunca	11	37,93%
	A veces	10	34,48%
	A menudo	3	10,35%
	Casi siempre	5	17,24%
25	Casi nunca	4	13,79%
	A veces	7	24,13%
	A menudo	10	34,49%
	Casi siempre	8	27,59%
26	Casi nunca	0	0%
	A veces	29	100%
	A menudo	0	0%
	Casi siempre	0	0%

Presencia de trastornos subjetivos del lenguaje y la comunicación según la FTD-P

No se ha encontrado umbral para delimitar la presencia o ausencia de Trastornos Formales del Pensamiento (TFP), por esto, a la hora de agrupar los sujetos según su grado de afectación se ha tenido en cuenta la

presencia/ausencia de los patrones, es decir, su porcentaje de respuestas de Casi Nunca, como ausencia de alteración, y las otras respuestas (A Veces, A Menudo y Casi Siempre) como presencia de alteración. Según la frecuencia de ausencia seguimos la pauta de:

- Si las respuestas de Casi Nunca superan el 75%, no presenta TFP.
- Si se encuentran entre el 75% y el 50%, se considera una afectación leve del trastorno.
- Si la frecuencia está delimitada entre 50% y 25%, supone una alteración moderada.
- Por último, se presume que las frecuencias entre el 25% y el 0% presentan un TFP grave.

Con esto se puede obtener los siguientes resultados, referidos a la totalidad de los sujetos:

- Ausencia de TFP: 0 sujetos. Por lo tanto, todos manifiestan algún tipo de TFP.
- Hay cuatro sujetos que muestran una afectación leve en los TFP.
- Trece usuarios revelan una alteración moderada.
- Los que presentan un TFP grave son un total de nueve.

En la Figura 34 y Tabla 6 se muestran estos resultados

Tabla 6: Presencia de trastornos subjetivos de lenguaje y comunicación (N=26)

	Número de usuarios	%
Ausencia TFP	0	0%
TFP leve	4	15,38%
TFP moderado	13	50%
TFP grave	9	34,62%

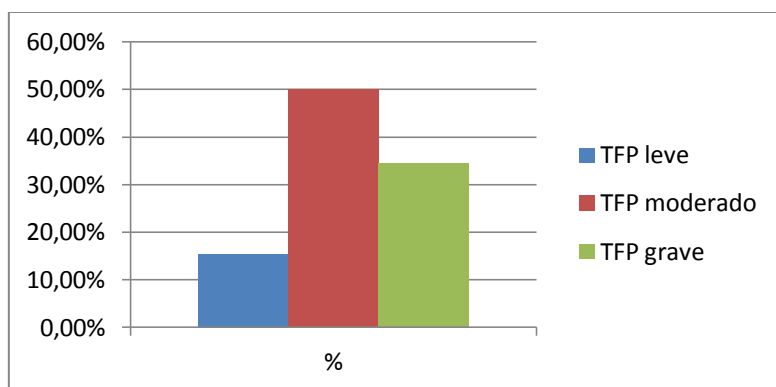


Figura 34: Frecuencia media de TFP (N=26)

Resultados FBF-3

Como ya se expuso en la metodología, no se han recogido los datos suficientes para poder obtener resultados de esta prueba.

6. Discusión

6.1- Comparación con otros estudios

Relacionado con los resultados del presente trabajo y los resultados obtenidos por Barrera, Mckenna y Berrios (2008) para la creación de sus Escalas TFP, es necesario tener en cuenta que la muestra de éstos era de 90 pacientes con esquizofrenia en estado crónico de la enfermedad, frente a los 26 del presente estudio con TMG también en estado crónico. En el estudio de Barrera la edad media de la población era de 42,9 años y desviación típica igual a 10,3; y la distribución respecto al sexo fue de 69 hombres y 21 mujeres. En la investigación aquí realizada la edad media es de 46 años y la desviación típica de 9,80; y se distribuye en 19 hombres y 7 mujeres. En los resultados obtenidos por Barrera y cols.se observaba:

- De los 90 sujetos estudiados, 46 no mostraron trastornos formales del pensamiento, 26 lo manifestaron de forma leve y 18 presentaban una afectación severa.
- Analizando su discurso, obtuvieron que 34 sujetos no presentaban pobreza en su expresión; que 23 mostraban pobreza leve; 24, moderada; y 9, severa.

En comparación con el presente estudio, hemos sacado las siguientes conclusiones:

- Al realizar el estudio global, se ha obtenido que, de los 26 sujetos evaluados, presentan TFP leve 4 usuarios; moderado, 13 sujetos; y una afectación severa, 9.
- En este estudio no se ha analizado expresamente la pobreza de habla, por lo que no se pueden ofrecer datos. En los trabajos que forman esta investigación si se ha abarcado en el estudio la pobreza de habla mediante la Escala TLC, por lo que se puede consultar en ellos.

Por otro lado, se ha hecho una comparación con los resultados obtenidos con el FBF-3, aunque no se haya podido pasar la prueba a estos sujetos. También se ha sacado conclusiones entre lo obtenido con la FTD-P. Jimeno N. y cols. (1996) ofrecen en su libro los resultados obtenidos en un estudio a pacientes crónicos ambulatorios, con una muestra de 58 pacientes, de los cuales 40

presentaban psicosis esquizofrénica, 10 con psicosis reactivas breves y 8 diagnosticados de psicosis tóxicas. Presentan unas edades medias de 24,13 años en psicosis esquizofrénicas, de 34,90 años en psicosis reactivas breves y 27,75 años en psicosis tóxicas. Los resultados obtenidos con esta prueba fueron:

- Para los sujetos con psicosis esquizofrénica presentaron mejores puntuaciones en las áreas de cognición y pensamiento y, a continuación, en pérdida de automatismos y lenguaje.
- Los pacientes con psicosis tóxicas mostraban las mejores puntuaciones en los ítems de cognición y pensamiento, continuando con lenguaje, irritabilidad por sobreestimulación y pérdida de automatismos.
- En cambio, en las psicosis reactivas breves, a las puntuaciones elevadas de cognición y pensamiento y de pérdida de automatismos, le continúa la memoria; obteniendo puntuaciones muy bajas en el área de lenguaje.

En nuestros sujetos, los 8 que presentan esquizofrenia manifiestan alteraciones en todas las áreas, según la Escala FTD-P:

- Los ítems que tienen que ver con el déficit verbal en la memoria de trabajo están gravemente afectados.
- Las puntuaciones en la dispersión excesiva de la activación de las redes semánticas es baja pero no tanto como en los demás aspectos.
- Los ítems menos alterados son los que se corresponden con la sobreexcitación afectiva.
- Al igual que el caso anterior, no está excesivamente afectada la circunstancialidad, ya que presenta puntuaciones de ausencia de alteración más elevadas que en otros aspectos.
- Como ha ocurrido con el déficit verbal en la memoria de trabajo, las puntuaciones de producción verbal o de lapso de pensamiento intencional están gravemente afectadas.
- Además, no muestran una gran alteración en la intencionalidad comunicativa respecto a los otros aspectos, aunque sí se manifiesta alterada.
- Por último, otro aspecto gravemente alterado son los ítems relacionados con la atención.

Por otro lado y para concluir las comparaciones, de los 18 sujetos con TMG no esquizofrénico se puede considerar alterado según el FDT-P:

- El déficit verbal de la memoria de trabajo está moderadamente afectado, aunque no tanto como en los sujetos con esquizofrenia.

- No se muestra una dispersión excesiva en la activación de las redes semánticas. Por el contrario, en el caso de los sujetos con esquizofrenia se presenta este aspecto menos alterado.
- En el aspecto de la sobreexcitación afectiva, hay disparidad de frecuencias entre los ítems, aunque no se considera gravemente alterada en ninguno de los casos.
- Al igual que en el aspecto anterior, también hay diferencias entre los ítems, pero se puede decir que no existe una gran circunstancialidad.
- En lo referido a la producción del lenguaje o lapso de intencionalidad del pensamiento, ocurre que la mayor parte de las puntuaciones muestran una gran alteración de éstos, salvo en el ítem 10, en los que los sujetos afirman no presentar un lenguaje raro ni rebuscado para expresarse.
- Por otro lado, se considera reducida la intencionalidad conversacional en estos sujetos.
- Para finalizar, la atención también es deficiente en estos sujetos aunque no tanto como en los usuarios con esquizofrenia.

Con todo lo obtenido, podemos afirmar que hay una relación entre las puntuaciones obtenidas en los aspectos del lenguaje en el estudio realizado con el FBF-3, en el cual la puntuación obtenida era baja para el caso de las psicosis reactivas breves, con las puntuaciones obtenidas en la producción verbal de los sujetos del trabajo actual, ya que en su totalidad de los sujetos estudiados aquí muestran dificultades en este aspecto.

6.2- Limitaciones y Fortalezas

Primero se exponen las limitaciones de este trabajo:

1- En primer lugar, la muestra no es muy extensa, los datos que se han obtenido en las comparaciones podrían no ser extrapolables a la población global de personas con TMG. Los motivos de una muestra relativamente escasa aunque consideramos suficiente, incluyen, en nuestra opinión, la reticencia a participar en nuevas actividades, el propio aislamiento social de los pacientes y la escasa cultura de investigación en muchos entornos.

2- Únicamente se ha podido llevar a cabo una prueba de trastorno subjetivo del lenguaje y la comunicación con los pacientes, que ha sido la FTD-P, de las dos seleccionadas previamente. Como ya se ha comentado anteriormente, no ha sido posible la aplicación de la FBF-3, debido en gran parte a la gran extensión de la misma a las restricciones trastornos de concentración que sufren estos sujetos.

Por otra parte están las fortalezas del estudio:

1- No existen muchas investigaciones realizadas con pacientes crónicos, ni tampoco pruebas para observar los trastornos subjetivos del lenguaje y la

comunicación, pues la mayoría se refieren a pacientes en fases agudas y trastornos objetivos respectivamente. En el presente trabajo se han estudiado unos aspectos relativamente nuevos intentando aportar nuevos resultados.

2- Por otro lado, aunque el número de pacientes, como ya se ha indicado, no sea muy elevado, sí que es de agradecer a todos los participantes su colaboración y actitud favorable, que han permitido finalizar con éxito la investigación, aportándonos sus datos y tiempo para la realización de las pruebas, a pesar de la frecuente falta de motivación y el aislamiento social y estigma que les inhibe. Se debe reiterar que, debido al nivel de relación previo al estudio, se creó un clima de confianza con los sujetos, que ha permitido obtener unas muestras de habla y otras pruebas de lenguaje de gran interés clínico.

3- Los datos obtenidos se integrarán en una investigación más amplia sobre los trastornos del lenguaje y la comunicación, que idealmente continuará en los próximos cursos académicos en la titulación de Logopedia.

4- Otra consideración a tener en cuenta como positiva del estudio es que se ha llevado a cabo siguiendo un protocolo, solicitando primeramente el consentimiento por escrito, para seguir seguidamente con la recogida de los datos sociodemográficos y clínicos; a continuación, se han realizado las grabaciones de audio y su transcripción de manera literal; después, se han pasado las pruebas y se han analizado las transcripciones. Posteriormente se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema y, por último, se ha analizado todos los datos obtenidos, comparándolo con lo revisado anteriormente.

6.3- Futuras líneas de investigación

El presente estudio es una breve sección de una investigación más amplia que, junto a los dos estudios realizados por dos compañeras, debería tener continuación en el tiempo, aportando un mayor número de datos e integrando todos los aspectos en un proyecto global. Teniendo en cuenta esto último, sería necesario comparar los aspectos subjetivos estudiados en este trabajo con los aspectos objetivos. Así, podría darse respuesta a todas las dificultades observadas por los propios sujetos y, por otro lado, en qué medida son percibidas por sus cuidadores por medio de la escala FTD-C.

En segundo lugar, como ya se ha comentado, se ha realizado es un análisis transversal. Se deberían seguir unas líneas de investigación psicopatológicas y lingüísticas para realizar un estudio longitudinal con estos pacientes, planteando en una segunda fase un tratamiento o intervención. En este caso, consistiría en diseñar unos programas y propuestas de intervención logopédica, para que, una vez finalizada la mencionada intervención, se pudiera estudiar la eficacia, volviendo a pasar las pruebas de evaluación incluidas en este trabajo,

en este caso la FTD-P, para comparar los resultados y comprobar así si ha habido mejorías respecto al inicio.

7. Conclusiones

Tras la realización del trabajo se han podido obtener las siguientes conclusiones:

1- Es necesario cubrir las necesidades de las personas que sufren enfermedades mentales y las de sus familiares para mejorar su calidad de vida.

2- Los trastornos del lenguaje y del pensamiento constituyen síntomas esenciales para el diagnóstico de las esquizofrenias y probablemente del TMG.

3- La existencia de pruebas de evaluación de los trastornos subjetivos del lenguaje en estas patologías es muy limitada frente a las pruebas de evaluación de los trastornos objetivos.

5- Tras el análisis de las puntuaciones totales de la FTD-P, se ha obtenido un porcentaje mayor de trastorno formal del pensamiento en sujetos con esquizofrenia que en los sujetos con TMG no esquizofrénico. Aunque en ambos grupos se presentan alterados todos los ítems en mayor o menor medida.

6- Las áreas más afectadas en sujetos con esquizofrenia son: la memoria de trabajo, la alteración en la producción verbal y lapso intencional del pensamiento, además de graves dificultades de atención. Por otro lado, los pacientes con TMG presentan dificultades a la hora de activar las redes semánticas y en la producción del lenguaje, mientras que la afectación de la memoria de trabajo y la atención no se muestran tan alteradas como en los sujetos con esquizofrenia.

7- La muestra de pacientes con TMG estudiada, diagnosticados de esquizofrenia o de TMG no esquizofrénico, manifiestan algún grado de trastorno subjetivo del lenguaje.

8- Dado que gran parte de los sujetos con TMG manifiestan alteraciones comunicativas subjetivas, se puede declarar que debe incluirse estas patologías en el ámbito logopédico.

9- Es necesario continuar la investigación planteando unos programas y propuestas de intervención logopédica para mejorar el lenguaje y la comunicación en estos sujetos.

8. Referencias Bibliográficas

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Barrera Á., McKenna P.J., Berrios G.E. (2008). Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. [Versión Electrónica] *Pshychiatry Research*, 157, 225-234.
- Belinchón M. (1988). Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística. [Versión Electrónica] *Estudios de Psicología*, (33-34), 105-144.
- Cuesta Zorita M.J., Peralta Martín V. (1992). Alteraciones formales del pensamiento en trastornos esquizofrénicos, esquizofreniformes y esquizoafectivos maniacos. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 20, (2), 67-70.
- Dörr O. (2010). Esquizofrenia, lenguaje y evolución (o las esquizofrenias como logopatías). [Versión Electrónica] *Actas Esp. Psiquiatr.*, 38, (1), 1-7.
- Gómez Beneyto M., Ruiz Rodríguez Á., Luz Palacios M., Freund Llovera N., Fernández Liria A. (2012). Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar las necesidades familiares de personas con trastorno mental grave. [Versión Electrónica]. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32, (115), 461-479.
- Gradillas V. (1998). *La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Jané-Llopis E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. [Versión Electrónica] *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24, (89), 67-77.
- Jimeno Bulnes N., Jimeno Valdés A., Vargas Aragón M.L. (1996) *El síndrome psicótico y el Inventario de Frankfurt. Conceptos y resultados*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Obiols i Llandrich J. (2002). Evaluación de los trastornos de lenguaje en la esquizofrenia [Versión Electrónica] *Psiquiatría.com*.
- Pérez Urdániz A. (2012). *Psiquiatría para no psiquiatras* (2da Edición). Salamanca: Librería Cervantes.
- Rochester S.R. (1988). Las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia aguda, ¿son realmente problemas de procesamiento de la información? [Versión Electrónica] *Estudios de Psicología*, (33-34), 145-156.

Verdugo M.Á., Martín M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. [Versión Electrónica] *Salud Mental*, 25, (4), 68-77.

Vila Pillado L., Area Carracedo R., Ferro Iglesias V., Gonzalez Dominguez-Viguera L., Justo Alonso A., Suárez Sueiro M.J., López Ares S., Tuñas Dugnot M.L. (2007) Trastorno Mental Severo. [Versión Electrónica] *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 5.

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



Estudio: “Estudio de los trastornos subjetivos del lenguaje y comunicación en usuarios pertenecientes a una asociación de personas con enfermedad mental”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____
Con DNI/Pasaporte nº _____

Declaro que:

- He recibido información suficiente y adecuada sobre las características del estudio de Alba Guiomar Cano Alonso, con DNI 12423853-N.
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.
- He decidido participar voluntariamente en el estudio.
- Se me ha informado con claridad de que mis datos personales y clínicos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la normativa vigente de protección de datos.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

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

Lugar y fecha: _____

Firma paciente

Firma estudiante

Vº Bº Centro

Trabajo de Fin de Grado de la Titulación de Logopedia. Universidad de Valladolid.

Realizado por **Alba Guiomar Cano Alonso**. Estudiante de Logopedia.

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

ANEXO 2: PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

Prof. Natalia Jimeno Bulnes, Valladolid, 2014

Número de registro:

Fecha de reclutamiento:

I Características socio-demográficas

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

15. Actividad laboral actual:

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

16. Situación laboral actual:

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

II Datos clínicos:

1. Fecha de entrada al centro:

2. Duración en el centro:

3. Diagnóstico:

4. Edad de inicio de la enfermedad:

5. Asistencia psiquiátrica actual:

0. No

1. Si

6. Tratamiento farmacológico

0. No

1. Si

7. Antipsicóticos

0. No

1. Si

8. Ansiolíticos

0. No

1. Si

9. Antidepresivos

0. No

1. Si

10. Estabilizantes del humor (Litio)

0. No

1. Si

11. Otros tratamientos farmacológicos:

12. Otros tratamientos

0. No

1. Si

13. Otras actividades dentro del centro (Habilidades sociales, logopedia... en el momento actual):

14. Otras actividades fuera del centro (Hospital de día, terapias de grupo, arte... en el momento actual):

ANEXO 3: ENCUESTA PRESEEA

ENCUESTA

1. SALUDOS

Presentación

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

¿Cómo estás/ está? ¿Estás animado/a?

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

2. EL TIEMPO

¡Qué calor/frío ha hecho hoy!

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

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

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

¿por qué será?

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

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

3. LUGAR DONDE VIVE

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Y la gente de otras edades, tus padres, tus hijos..., qué suele hacer cuando sale?

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

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

4. FAMILIA Y AMISTAD

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

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

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

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

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

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

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

5. COSTUMBRES

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

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

¿Qué planes tienes para las próximas navidades/verano?

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

6. PELIGRO DE MUERTE

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

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

7. ANÉCDOTAS IMPORTANTES EN LA VIDA

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

8. DESEO DE MEJORA ECONÓMICA

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

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

9. FINAL

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

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

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

Espero que volvamos a repetirlo ¿eh?

Adiós.

Módulos temáticos

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

ANEXO 4: FTD-P (Barrera y cols., 2005)

1

La Escala de TFP (FTD-p) (Barrera et al, 2005)

Nombre:

Edad:

Sexo:

Instrucciones: por favor lea cada frase y marque la respuesta que mejor describe lenguaje y conversación durante el último mes. Hay cuatro respuestas posibles: 'casi nunca', 'a veces', 'a menudo', y 'casi siempre'. Por favor responda cuidadosamente pero no se detenga mucho tiempo en cada frase.

TODA LA INFORMACION SERA TRATADA CONFIDENCIALMENTE.

		<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Casi siempre</i>
1	Me resulta difícil iniciar una conversación.				
2	Uso demasiadas palabras para decir cosas sencillas.				
3	En una conversación tiendo a dar vueltas a las cosas.				
4	Hablo en susurros y murmullos bajos sin razón.				
5	En las conversaciones no me concentro plenamente.				
6	En una conversación olvido lo que trataba de decir.				
7	Es difícil encontrar las palabras de lo que quiero decir.				
8	Hablo de un modo que otras personas considerarían extraño.				
9	Me cuesta trabajo hablar mucho tiempo.				
10	Uso un lenguaje raro y rebuscado para decir cosas sencillas.				
11	Durante las conversaciones tengo tendencia a quedarme sin cosas que decir.				
12	No sé cómo pedirles a otras personas que me aclaren lo que quieren decir.				
13	I find myself talking without meaning to. Hablo sin pretenderlo.				
14	I loose track of what I have just said in conversations. En una conversación olvido lo que acabo de decir.				
15	Me gusta inventar palabras que sólo significan algo para mí.				
16	Me lleva demasiado tiempo responder a preguntas.				
17	Cuando hablo, me vienen a la mente demasiadas palabras.				
18	Cuando estoy hablando, de repente me quedo "bloqueado" y no puedo continuar.				

19	Cuanta más gente participa en una conversación, más perdido me siento.				
20	I speak too fast and it may appear inappropriate. Hablo demasiado rápido y esto puede parecer inapropiado.				
21	Noto que hablar me deja mentalmente agotado.				
22	Me voy por las ramas en lugar de centrarme en la conversación.				
23	Me resulta difícil dar instrucciones verbales, como indicar dónde se encuentra un lugar.				
24	Me gusta repetir palabras que me acaban de decir otras personas.				
25	Cuando estoy hablando, de repente me quedo "en blanco".				
26	En una conversación olvido lo que otras personas acaban de decir.				
27	Después de una conversación no recuerdo bien lo que se ha dicho.				
28	Durante las conversaciones saco extrañas conclusiones.				
29	Involuntariamente repito cosas que acaban de decir otras personas.				

¡Muchas gracias!

ANEXO 5: FBF-3 (Süllwold & Huber, 1986)

INVENTARIO PSICOPATOLOGICO DE FRANKFURT (FBF-3)

Apellidos y nombre **Fecha.....**

Para obtener mejores datos acerca de cómo se encuentra usted, le rogamos conteste al siguiente cuestionario. Todas las contestaciones quedarán bajo secreto profesional. Cuando usted tenga el síntoma o molestia en cuestión, haga una cruz en la casilla correspondiente al SI. Conteste un NO si no tiene ese síntoma. Si alguno de los síntomas lo ha tenido hace meses o hace aún más tiempo, conteste SI pero añadiendo la palabra “antes”.

Debajo de cada pregunta hay un sitio libre. Usted puede completar o anotar lo que desee. Por ejemplo, con qué frecuencia le sucede, o qué particularidades tiene ese síntoma en su caso.

SI **NO**

1.- Tengo miedo porque me parece que mi capacidad de pensar disminuye cada vez más.

2.- Me abruma darme cuenta que desde hace algún tiempo aparecen muchos pensamientos a la vez en mi cabeza.

3.- A veces me parece que todo pasa delante de mí como en una película, es como si mis ojos no pudieran captar nada.

4.- Mis pensamientos son a veces tan imperiosos que parece como si algo pensase en voz alta dentro de mí.

5.- A veces no puedo hablar bien aunque tengo en la cabeza las palabras que quiero decir.

SI **NO**

6.- Las pequeñas actividades de cada día me resultan más difíciles que antes, tengo que pensar cada uno de los pasos antes de hacerlo.

7.- De vez en cuando me sucede que no puedo pensar ni reaccionar, y tengo que esperar hasta que me recupero.

8.- Últimamente aparecen en mi memoria grandes lagunas, muchas cosas que sabía han desaparecido.

9.- A veces al realizar movimientos no siento adecuadamente ni mis brazos ni mis piernas.

10.- Pequeños ruidos que antes no hacía caso, me distraen ahora continuamente.

11.- Al andar tengo que dar cada uno de los pasos muy conscientemente.

12.- Mis propios pensamientos pueden a veces darme miedo.

13.- Con frecuencia al pensar se me ocurren cosas que no vienen al caso.

15.- Mis impulsos sexuales se han debilitado.

16.- Ya no puedo alegrarme de verdad por nada.

17.- Incluso para actividades corrientes tengo dudas sobre si lo estoy haciendo bien.

18.- A veces tengo una sensación como de que floto en el vacío.

19.- De vez en cuando algunas cosas me aparecen como desencajadas y torcidas.

20.- Cuando por ejemplo quiero mover mi brazo sucede que en vez de eso muevo otra cosa o no muevo nada.

21.- Con frecuencia no puedo diferenciar bien los sonidos y escucho todo mezclado.

22.- No puedo determinar claramente lo que digo o lo que hago.

14.- A veces me ha pasado que las caras de las personas tienen aspecto raro y desenchajado.

SI **NO**

24.- Alguna vez han aparecido como cambiados los colores de cosas habituales.

25.- Los ruidos y los sonidos tienen a veces un timbre desacostumbrado.

26.- A veces no entiendo claramente lo que está a mi alrededor.

27.- A veces a pesar de estar viendo una cosa no la percibo claramente y estoy como inseguro.

28.- Verdaderamente no tengo ya buen apetito para comer.

29.- Algunas veces todo lo que me rodea parece extrañamente pequeño.

30.- Algunas veces tengo que concentrar rígidamente mis ojos en algún objeto, pues si no aparece todo como borroso.

31.- Últimamente al hablar o escribir me cuesta mucho pronunciar frases largas.

32.- Cuando miro alrededor, alguna cosa se destaca extrañamente sobre las demás, aunque no le haga caso directamente.

SI **NO**

33.- Con frecuencia me doy cuenta de que digo unas palabras completamente distintas de las que quiero decir.

34.- Cuando por ejemplo quiero levantarme de la silla, a veces no estoy seguro de si podré hacerlo inmediatamente.

35.- Me cuesta un gran esfuerzo continuo ordenar mis pensamientos.

36.- Mi capacidad de concentración es cada vez peor porque sin que yo pueda remediarlo mis pensamientos se mezclan unos con otros.

37.- Cuando leo alguna frase larga, casi siempre me olvido del principio y por eso no lo entiendo.

38.- Al realizar pequeñas tareas de cada día tengo que esforzarme penosamente en cada uno de los detalles y pasos.

39.- Me sucede como si no pudiera concentrar mis pensamientos en una cosa concreta.

40.- A veces al leer me sucede que tropiezo con una palabra corriente que sin embargo me obliga a pensar qué significa.

SI **NO**

41.- Ya no duermo tan bien como antes lo hacía.

42.- Al hablar, con frecuencia, se me va la palabra que justamente iba a decir.

43.- A veces mi cerebro parece totalmente borrado.

44.- A veces tengo que pararme en medio de un movimiento, para pensar cómo tengo que continuar.

45.- A veces veo todas las cosas como alejadas.

46.- Mis actividades de cada día se han desorganizado porque he olvidado mis costumbres habituales.

47.- Algunas veces parece que parpadea y oscila lo que tengo delante de los ojos.

48.- Con frecuencia comienzo a hacer algo y de repente me doy cuenta de que no sabía realmente lo que iba a hacer.

50.- Alguna vez me ha sucedido que en la calle o en una habitación parecía que las paredes o las cosas se caían encima de mí.

51.- A veces tengo que estarme muy quieto para que los objetos de mi alrededor dejen de oscilar.

52.- Cuando quiero acordarme de algo concreto no lo consigo porque se me ocurre otra cosa distinta.

53.- De repente puede sucederme que un ruido suene extrañamente fuerte.

54.- Cuando quiero pensar concentradamente me distraen constantemente otras palabras inadecuadas que me vienen a la cabeza.

55.- Últimamente tengo miedo de casi todas las cosas que me esperan a lo largo del día.

56.- En la calle me he vuelto muy inseguro porque por ejemplo a veces no me doy cuenta cuando se acerca a mí de repente un coche.

SI **NO**

58.- Me encuentro como demasiado despierto y tengo que hacer caso a todo aunque no quiera.

59.- Con frecuencia los gestos de mi cara son distintos a los que quiero.

60.- Muchas veces no sé lo que sucede a mi alrededor.

61.- A veces, cuando habla o se mueve gente a mi alrededor, me molesta y tengo que marcharme para no perder mi equilibrio interior.

62.- Me sucede a veces que estando haciendo alguna cosa, de repente y sin motivo dejo de hacerla.

63.- Me sucede a veces al mirar que no veo el conjunto de las cosas sino sólo partes

sueltas, por ejemplo, partes de una casa o de una hilera de casas.

64.- A veces tengo que esforzarme mucho para mantener a mis músculos en el movimiento o posición que quiero.

65.- Cuando hablo con alguien, no puedo distraerme porque si no, no puedo seguir la conversación.

66.- No hablo tan bien como antes porque las palabras necesarias no me vienen a la cabeza con suficiente rapidez.

SI **NO**

67.- A veces todo lo veo como borroso sin estar mareado.

68.- Cuando quiero imaginarme una cosa me sucede a veces que no puedo conjuntar los detalles.

69.- Cuando alguien me habla, escucho las palabras pero no entiendo adecuadamente lo que quieren decir.

70.- Es muy desagradable que de vez en cuando mis pensamientos se esfumen sin dejar rastro.

71.- Con frecuencia sucede que voy a hablar y no puedo porque las palabras se me han ido.

72.- La música no me suena como antes.

73.- Noto con frecuencia que no sé de momento lo que acabo de hacer o de decir.

74.- De vez en cuando me sobrevienen extrañas situaciones que me producen miedo.

SI **NO**

75.- Todo sucede con mucha más lentitud que antes, porque para concentrarme tengo que esforzarme mucho.

76.- A veces veo una cosa y no estoy seguro de si es solamente una imaginación mía.

77.- Con frecuencia me cuesta mucho hacer cosas fáciles como lavarme o vestirme,

porque tengo que pensar continuamente qué viene primero y qué viene después.

78.- Mi memoria no está bien, noto últimamente que tengo fallos y trozos en blanco.

79.- Algunas cosas me parece que se mueven al mirarlas, aunque no lo haga de forma especialmente larga o intensa.

82.- Con frecuencia paso la vista por los renglones de letras que tengo escritos, y sucede que no lo entiendo.

83.- Aún en situaciones sencillas tengo que tener mucho cuidado para comportarme adecuadamente.

84.- Cuando leo me ha sucedido que las letras aparecen borrosas o cabeza abajo, o tienen sencillamente un aspecto cambiado.

85.- Ya no puedo decidir en qué quiero pensar.

86.- A veces me quedo un momento como rígido y no puedo reaccionar.

87.- Cuando me excito, a veces ya no sé si presento alegría o cólera.

SI **NO**

91.- No puedo reconocer bien las caras de las personas muy conocidas.

92.- Al mirarme al espejo me encuentro tan extraño que me asusto.

93.- Procuro alejarme del contacto con las personas porque me cuesta mucho seguir la conversación.

94.- Cuando alguien hace al hablar frases demasiado largas resulta especialmente difícil entender su significado.

95.- Incluso en trabajos rutinarios tengo que esforzarme mucho, porque tengo que fijarme en todo como si fuera nuevo.

96.- Noto con frecuencia que actúo de forma diferente a como quiero, no puedo determinarlo con suficiente precisión.

97.- Ya no puedo ver bien la televisión, me cansa atender a la vez a las figuras y a los sonidos, no lo entiendo.

98.- Tengo miedo de que mi capacidad de concentración disminuya cada vez más.

88.- A veces sin pretenderlo me quedo parado en mitad de una frase.

89.- Todo actúa con mucha fuerza sobre mí y con nada puedo protegerme de ello.

90.- No me gusta leer porque me cuesta mucho comprender el sentido.

91.- No puedo a la vez pensar y darme cuenta de lo que pasa a mi alrededor, tengo que concentrarme totalmente en una cosa o en otra.

92.- A veces cualquier movimiento sigue por sí solo, no lo puedo parar inmediatamente.

93.- Como me encuentro mejor es cuando todo sucede de forma regular y acostumbrada.

94.- Las comidas no me saben como antes.

ITEM COMPLEMENTARIOS:

Me ayuda y me encuentro mejor...

SI NO

1.- Si me aísla mucho.

2.- Si trabajo lentamente.

3.- Si me concentro en pocas actividades y dejo todo lo demás.

4.- Si hablo poco.

5.- Si evito jaleo a mi alrededor.

6.- Si evito emocionarme o enfadarme.

TENGO ADEMAS LAS SIGUIENTES MOLESTIAS:

INVENTARIO PSICOPATOLOGICO DE FRANKFURT (FBF-3)

(SÜLLWOLD y HUBER, 1986)

Versión española: Jimeno-Bulnes N, Jimeno-Valdés A, Vargas ML. *El síndrome psicótico y el Inventario de Frankfurt. Conceptos y resultados*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1996.

Nº DE PACIENTE:	EDAD:	
APELLIDOS:	FECHA DE NACIMIENTO:	
NOMBRE:	SEXO:	ESTADO CIVIL:
FECHA DE EXPLORACION:		

MAXIMO NIVEL ESCOLAR ALCANZADO:

ACTIVIDAD LABORAL ACTUAL:

FECHA DE INICIO DE LOS PRODRAMOS PSICOTICOS:

FECHA DEL PRIMER BROTE PSICOTICO AGUDO:

FECHA DEL PRIMER INGRESO PSIQUIATRICO:

PACIENTE INGRESADO PACIENTE AMBULATORIO

DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO EN EL MOMENTO DE LA EXPLORACION (indicar todos los psicofármacos, dosis, antigüedad del tratamiento y cumplimiento):

FBF-3: CORRECCION E INTERPRETACION

ITEMS CORRESPONDIENTES A CADA ESCALA CLÍNICA Y A CADA FACTOR DIMENSIONAL.

ESCALAS CLINICAS		
NOMBRE	ABREVIATURA	ITEM
Pérdida de control	PC	7, 22, 33, 74, 83, 85, 86, 96.
Percepción simple	PS	19, 24, 25, 29, 45, 47, 63, 67, 84, 92.
Percepción compleja	PCP	14, 23, 26, 27, 30, 50, 51, 76, 79, 97.
Lenguaje	L	31, 40, 42, 66, 69, 71, 82, 90, 93, 94.
Cognición y pensamiento	CP	2, 4, 12, 13, 35, 36, 39, 43, 54, 70.

Memoria	ME	8, 37, 52, 60, 62, 68, 73, 78, 88, 91.
Motricidad	MO	5, 9, 11, 18, 20, 34, 44, 59, 64, 81.
Pérdida de automatismos	PA	6, 17, 38, 46, 48, 56, 57, 75, 77, 95.
Anhedonia y angustia (depresión)	D	1, 15, 16, 28, 41, 49, 55, 72, 87, 98.
Irritabilidad por sobreestimulación	I	3, 10, 21, 32, 53, 58, 61, 65, 80, 89.

FACTORES DIMENSIONALES		
NOMBRE	ABREVIATURA	ITEM*
Alteraciones cognitivas centrales (pérdida de la automatización)	F1	94, 68, 69, 73, 48, 52, 88, 95, 71, 60, 70, 66, 91, 35, 36, 85, 54, 33, 96, 89, 42, 63.
Percepción y motórica	F2	45, 14, 19, 29, 25, 76, 81, 51, 23, 24, 50, 20, 32, 67, 47, 21, 84, 18, 34, 64, 59, 87, 79, 92, 30, 9, 11, 5, 3, 40.
Depresividad	F3	16, 17, 1, 8, 55, 6, 97, 98, 27, 75, 77, 49, 26, 39, 15, 78, 82, 22, 43, 72, 37, 90, 31, 93, 28, 38, 57.
Sobreestimulación interna y externa (hipervigilancia, confusión)	F4	61, 10, 53, 2, 4, 13, 12, 62, 80, 56, 83, 7, 46, 65, 58, 44, 86, 74.

* Los ítem de cada factor están ordenados por orden descendente de su peso específico en el factor.

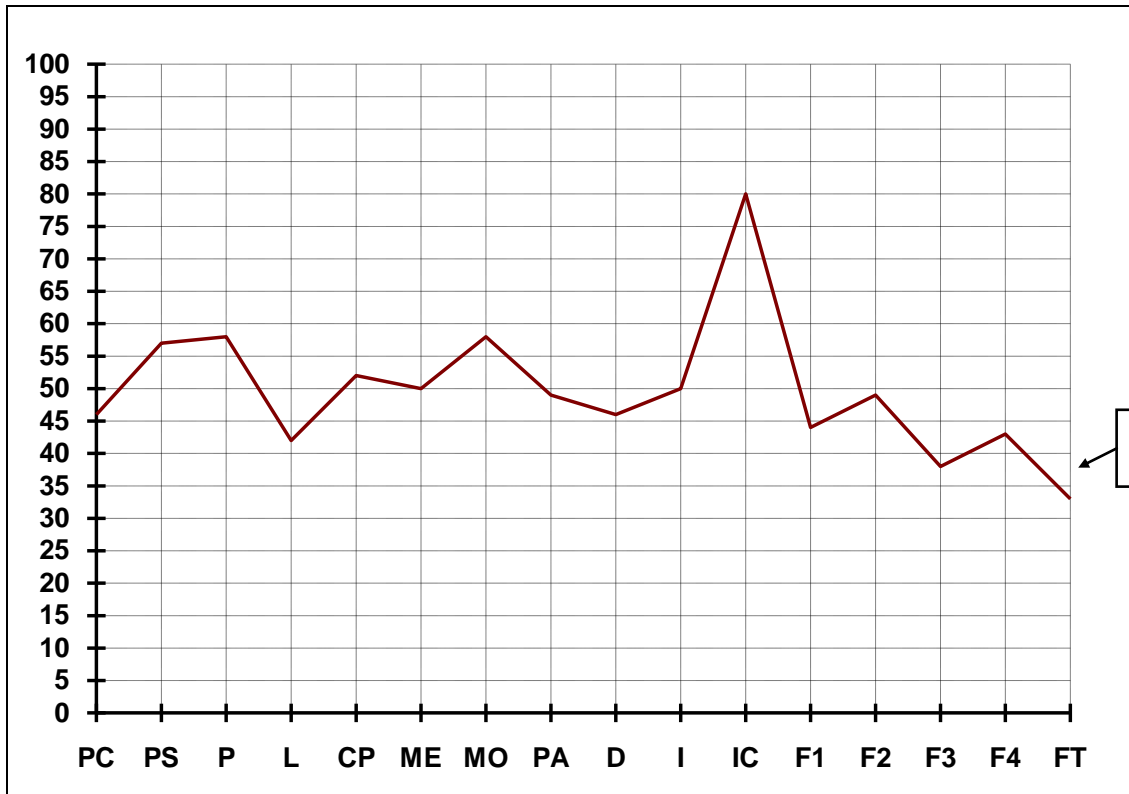
PUNTUACIONES DIRECTAS:

ESCALAS:		
PC:		ITEM COMPLEMENTARIOS:
PS:		
P:	FACTORES:	
L:		
CP:	F 1:	
ME:	F 2:	
MO:	F 3:	

PA:	F 4:
D:	FBF-3 TOTAL:
I:	

PUNTUACIONES NORMALIZADAS:

Percentil



* En las TABLAS 4.6 a 4.10 aparecen los criterios para transformar las puntuaciones directas en puntuaciones percentiles y para interpretar éstas puntuaciones percentiles en función de la vulnerabilidad a la esquizofrenia.

TABLA 4.10: EVALUACION DE LA VULNERABILIDAD A LA ESQUIZOFRENIA EN FUNCION DE LA PRESENCIA DE SINTOMAS BASICOS.

VULNERABILIDAD	PERCENTIL	FBF-3 TOTAL DIRECTA
AUSENTE	0 - 25	0 - 9
DUDOSA	26 - 33	10 - 14
MEDIA-BAJA	34 - 50	15 - 29
MEDIA-ALTA	51 - 74	30 - 50
ALTA	75 - 94	51 - 73
MUY ALTA	95 - 100	74 - 98