



Universidad de Valladolid

**ANÁLISIS DE LAS ALTERACIONES EN EL LENGUAJE Y
LA COMUNICACIÓN EN PERSONAS CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE MEDIANTE LAS
ESCALAS TLC Y TALD**



TRABAJO FIN DE GRADO – GRADO EN MEDICINA – CURSO 2022/2023

Autor: Javier Alonso Alonso

Tutores: D^a. Natalia Jimeno Bulnes / D. Antonio Arjona Valladares

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	3
1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	6
3. Materiales y métodos.....	7
3.1. Participantes.....	7
3.2. Obtención de los datos.....	7
3.3. Escalas de evaluación.....	8
3.3.1. Escala de Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC).....	8
3.3.2. Escala de Disfunción del Pensamiento y el Lenguaje (TALD).....	9
3.4. Análisis estadístico.....	10
3.5. Gestor bibliográfico.....	10
4. Resultados.....	10
4.1. Datos sociodemográficos y clínicos de los participantes.....	10
4.2. Resultados obtenidos de las muestras de habla.....	11
4.3. Relación entre la puntuación de las escalas y las variables recogidas.....	14
5. Discusión.....	18
5.1. Relación de la puntuación obtenida con la producción verbal.....	18
5.2. Relación de la puntuación obtenida con el diagnóstico.....	19
5.3. Relación de la puntuación obtenida con la edad.....	19
5.4. Relación de la puntuación obtenida con el sexo.....	20
5.5. Relevancia clínica de la evaluación del trastorno formal del pensamiento.....	20
5.6. Fortalezas y limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.....	21
6. Conclusiones.....	21
7. Bibliografía.....	22
8. Anexos.....	24
Anexo 1. Hoja de información al participante y consentimiento informado.....	24
Anexo 2. Dictamen del Comité de Ética de Investigación.....	28
Anexo 3. Datos sociodemográficos de la muestra.....	29
Anexo 4. Datos clínicos de la muestra.....	30
Anexo 5. Correspondencia de los ítems de las escalas TALD y TLC.....	31
Anexo 6. Definiciones y ejemplos de los ítems de las escalas TALD y TLC.....	31

Anexo 7. Hoja de evaluación de la escala TLC.....	38
Anexo 8. Hoja de evaluación de la escala TALD.....	39
Anexo 9. Póster.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Puntuaciones totales obtenidas en cada muestra de habla.....	13
Tabla 2. Frecuencia de aparición de los ítems de las escalas.....	14

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribuciones de las puntuaciones totales de las escalas en la muestra.....	12
Figura 2. Correlación entre la puntuación total de la escala TLC y la puntuación de los factores objetivos de la escala TALD.....	12
Figura 3. Correlación entre las puntuaciones totales en las escalas TLC y TALD.....	12
Figura 4. Relación entre la puntuación total de la escala TLC y la edad de los participantes...	15
Figura 5. Puntuaciones medias obtenidas en la escala TLC en hombres y en mujeres.....	16
Figura 6. Puntuaciones medias obtenidas para cada ítem de la escala TLC por sexo.....	16
Figura 7. Relación entre la puntuación obtenida en el factor objetivo-negativo en la escala TALD y la edad de los participantes.....	17
Figura 8. Puntuaciones medias en el factor objetivo-positivo de la escala TALD por sexo.....	17
Figura 9. Puntuaciones medias obtenidas para cada ítem de la escala TALD por sexo.....	18

RESUMEN

Introducción: el trastorno formal del pensamiento (TFP) es un síntoma que incluye alteraciones del pensamiento, el lenguaje y la comunicación, y se encuentra con frecuencia en personas con trastorno mental grave.

Objetivos: determinar la presencia y la gravedad del TFP en una muestra de personas con trastorno mental grave y analizar su correlación con los datos recogidos.

Métodos: la muestra está compuesta por veinte participantes procedentes de una asociación de personas con trastorno mental grave (55% son hombres y 45% son mujeres, con una mediana de edad de 51,5 años). Se realizó una entrevista estandarizada grabada en audio y se recogieron datos sociodemográficos y clínicos (como nivel educativo alcanzado, edad de inicio del trastorno psiquiátrico o diagnóstico). Se aplicaron las escalas de Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC) y de Disfunción del Pensamiento y el Lenguaje (TALD).

Resultados: se ha obtenido una correlación significativa entre las puntuaciones totales de ambas escalas, aunque no de estas con las variables recogidas. La edad correlacionó directamente con la puntuación obtenida en la escala TLC e inversamente con la puntuación del factor objetivo-negativo de la escala TALD. Las mujeres obtuvieron puntuaciones medias más altas que los hombres en la escala TLC y en el factor objetivo-positivo de la TALD. No se ha observado una relación entre la gravedad del TFP y el diagnóstico de los pacientes.

Conclusiones: las escalas TLC y TALD son herramientas útiles y complementarias en la evaluación del lenguaje en personas con trastorno mental grave. La presencia de TFP afecta negativamente al funcionamiento global de los pacientes.

Palabras clave: trastorno formal del pensamiento, esquizofrenia, trastorno mental grave, lenguaje, evaluación.

ABSTRACT

Introduction: formal thought disorder (FTD) is a symptom that includes alterations of thought, language and communication, and is frequently found in people with severe mental disorders.

Objectives: establish the presence and severity of FTD in a sample of people with severe mental disorders and analyze its correlation with the collected data.

Methods: the sample is composed of twenty participants that come from an association of people with severe mental disorders (55% are men and 45% are women, with a median age of 51,5 years). An interview was performed for each participant, it was audio-recorded, and socio-demographic and clinical data were collected (such as reached educational level, age at the onset of the disease or diagnosis). The scales for the Assessment of Thought, Language and Communication (TLC) and Disfunction of Thought and Language (TALD) were applied to the samples of recorded speech.

Results: it has been found that the obtained scores of both scales correlated significantly with each other, although its correlation with the socio-demographic and clinical data was not significant. Ages of participants were directly related with the TLC scores and inversely related with the TALD's objective-negative factor score. Women reached higher average scores than men in TLC scale and TALD's objective-positive factor. No relation has been observed between the severity of FTD and the diagnosis of each patient.

Conclusions: TLC and TALD scales are useful and complementary tools in the assessment of language in people with severe mental disorders. The presence of FTD impairs global functioning of patients.

Key words: formal thought disorder, schizophrenia, severe mental disorder, language, assessment.

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los síntomas más característicos de los trastornos mentales graves, especialmente de la esquizofrenia, es el llamado «Trastorno Formal del Pensamiento» (TFP), dentro del que se incluyen alteraciones en el pensamiento, el lenguaje y la comunicación en el individuo que lo padece.

Desde que se describió este síntoma en el siglo XIX hasta nuestros días, el concepto de TFP ha dado lugar a varias controversias. En un primer momento, adoptó el nombre de «trastorno del pensamiento»; sin embargo, se hacía necesario diferenciar los trastornos del contenido del pensamiento, como los delirios, de los trastornos de la forma del pensamiento, debidos a fallos en el proceso de conexión y asociación de las ideas, que son los causantes de la disfunción comunicativa. Así, surgió el nuevo término de TFP [1].

Por otra parte, debido a la premisa de que el pensamiento de una persona se manifiesta mediante su lenguaje y su discurso, surgió la duda sobre si este síntoma, que objetivamente

consistía en alteraciones del lenguaje y la comunicación, realmente era una manifestación de un trastorno de la forma del pensamiento o más bien de un trastorno del propio lenguaje, el cual con frecuencia es también disfuncional en la esquizofrenia. Bleuler, uno de los autores que estudió más a fondo el TFP a principios del siglo XX, afirmó que se trataba de la expresión de un trastorno del pensamiento. Otros autores, sin embargo, propusieron el término «trastorno del discurso», y de esta forma cuestionaron la afirmación de Bleuler, al defender que lo único objetivable es el lenguaje y, como el lenguaje y el pensamiento de un individuo no están totalmente interrelacionados, este último no se puede explorar con los medios que hay a nuestro alcance [2]. Es decir, mediante el lenguaje el pensamiento se organiza internamente y se exterioriza, pero pueden darse situaciones en que la información que se transmite mediante el primero no refleje al segundo. Por ejemplo, una persona puede voluntariamente modificar su discurso, o en el caso de una persona con afasia, esta no es capaz de expresar verbalmente sus pensamientos [2,3]. Esta cuestión aún hoy sigue sometida a debate.

En 1979, con el objetivo de crear una terminología sobre las diferentes alteraciones psicopatológicas que se engloban dentro del TFP, que pudiese ser utilizada de forma universal, pues hasta entonces estos términos se utilizaban de forma imprecisa y confusa, Andreasen publicó una serie de definiciones [3], que más tarde aparecerían en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) [4]. Mediante estas definiciones se desarrolló la escala TLC (Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación) [3,5,6]. Tras esta escala se han desarrollado otras para evaluar el TFP en personas con trastorno mental grave, recogidas en la publicación de Jimeno [7]. Algunas de ellas son las escalas FTD-P y FTD-C (Trastorno Formal del Pensamiento-Paciente y Cuidador, respectivamente) [8] o TALD (Disfunción del Pensamiento y el Lenguaje) [9]. Esta última surgió como respuesta a la necesidad de evaluar dimensiones internas del individuo, que no son objetivables desde el exterior, por lo que incluye, además de síntomas objetivos, otros subjetivos.

Desde que se comenzó a utilizar el término de TFP, se ha indicado que este síntoma es característico de la esquizofrenia. Sin embargo, más tarde se ha visto que el TFP también está presente en otros trastornos mentales –si bien su forma de presentación es variable, lo cual nos puede ayudar a la hora de realizar el diagnóstico diferencial–, así como en algunos sujetos sanos [2]. Debido a la gran afectación de las funciones lingüística y comunicativa en la esquizofrenia, algunos autores han considerado este trastorno como una logopatía [2,10]. Las áreas del lenguaje más gravemente afectadas son la semántica y la pragmática, y la sintaxis y la fonética también se ven alteradas, aunque en menor medida [11]. Crow [12] ha sugerido que dicha afectación del lenguaje tiene un origen genético, y localiza el error en los

mismos genes cuyas mutaciones concedieron al ser humano la capacidad de desarrollar el lenguaje. Además, en otros estudios [13] se ha relacionado el TFP con diferencias en la estructura de ciertas áreas cerebrales en las personas que lo presentan. Así, reducciones del volumen de las áreas cerebrales de Broca y Wernicke serían las responsables de los síntomas positivos del TFP, mientras que reducciones del volumen en áreas de la corteza frontomedial y frontoorbitaria se relacionarían con pobreza del contenido del habla.

El TFP es clínicamente relevante por ser uno de los principales síntomas de los trastornos mentales, particularmente de la esquizofrenia, y asociarse a una disfunción global del individuo que lo padece. Además, sirve como biomarcador de la severidad del trastorno [14] y como predictor del pronóstico [15]. Por todo ello, es necesario evaluar de forma precisa, en personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves, la presencia de TFP y las diversas alteraciones del lenguaje por medio de instrumentos estandarizados, como las escalas TLC y TALD.

2. OBJETIVOS

Los objetivos principales del presente Trabajo de Fin de Grado son:

- Determinar la presencia de los diferentes ítems que se engloban dentro del concepto de «trastorno formal del pensamiento» en personas con trastorno mental grave crónico, así como la frecuencia o intensidad de aparición de dichos ítems, puesto que son un indicativo de la gravedad del trastorno.
- Analizar si existen correlaciones o diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones globales de las escalas TLC y TALD y las variables sociodemográficas y clínicas recogidas.

Como objetivos específicos encontramos:

- Determinar la presencia y frecuencia de aparición de los síntomas objetivo-positivos mediante las escalas para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC) y de Disfunción del Pensamiento y el Lenguaje (TALD).
- Establecer la presencia y frecuencia con la que los participantes expresan síntomas objetivo-negativos mediante las escalas TLC y TALD.
- Estudiar la presencia y frecuencia de aparición de síntomas subjetivo-positivos en las muestras de habla de los participantes mediante la escala TALD.
- Determinar la presencia y frecuencia de aparición de síntomas subjetivo-negativos mediante la escala TALD.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Participantes.

Este trabajo se trata de un estudio descriptivo y observacional, para el que ha sido necesario obtener una muestra de participantes en los que analizar las alteraciones del lenguaje y la comunicación.

En este proyecto solamente se ha trabajado con un grupo experimental, esto es, todos los participantes estaban diagnosticados de trastorno mental grave, sin contar con otro grupo de personas sin este trastorno (grupo control).

Los sujetos participantes son miembros de «El Puente Salud Mental Valladolid», una asociación de personas con trastornos mentales y sus familiares, que brinda apoyo social a este grupo de personas. Para la inclusión de los participantes en el estudio, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Individuos mayores de 18 años, de cualquier sexo, pertenecientes a esta asociación.
- Capacidad de mantener una conversación de unos treinta minutos de duración sobre temas generales y algunas opiniones o experiencias personales.
- Obtención de consentimiento informado.

Como criterios de exclusión se han tomado:

- Ausencia de colaboración.
- Incapacidad para mantener una conversación de unos treinta minutos de duración sobre temas generales y algunas opiniones o experiencias personales.
- Diagnóstico de enfermedad somática o mental grave que interfiera con la realización de la entrevista.

3.2. Obtención de los datos.

Con el fin de realizar entrevistas similares respecto al contenido de estas en todos los participantes, se ha optado por utilizar el modelo de entrevista de PRESEEA (Proyecto Para el Estudio del Español de España y América).

El proyecto PRESEEA surgió en abril de 1993, durante el X Congreso Internacional de la Asociación de Lingüística y Filología de América Latina, para realizar un estudio sociolingüístico en los núcleos urbanos de Hispanoamérica y España. Para lograr una uniformidad en las muestras de habla que permitiese posteriormente comparar los resultados obtenidos en diferentes comunidades, se creó este modelo de entrevista semidirigida. El

modelo de PRESEEA se divide en nueve módulos: saludos, tiempo/meteorología, lugar donde vive, familia y amistad, costumbres, peligro de muerte, anécdotas o experiencias propias importantes, deseo de mejora económica, y final. Para recoger información que nos permitiese evaluar los síntomas subjetivos, se añadieron a la entrevista una serie de preguntas en las que se preguntó directamente al participante sobre la presencia de dicho síntoma. Además, las muestras de habla fueron grabadas en audio.

Al finalizar la conversación, se recogieron los siguientes datos sociodemográficos y clínicos del entrevistado: fecha de nacimiento, dirección postal, edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, residencia (urbana, semiurbana, rural, otra), convivencia (familia primaria, familia propia, solo, piso protegido, otra), nivel educativo alcanzado, número de años de escolarización, actividad laboral actual (estudiante, ama de casa, obrero o empleado, funcionario, variable, otra), situación laboral actual (activo, en paro, jubilado, incapacidad laboral, no procede, otra), consumo o abuso de drogas, edad de inicio del trastorno psiquiátrico, tiempo de evolución del trastorno, diagnóstico, asistencia psiquiátrica actual, tratamiento farmacológico actual, tratamiento antipsicótico actual, intervenciones en el centro, intervenciones fuera del centro e intervención logopédica.

Las entrevistas se han llevado a cabo en los meses de marzo y abril de 2023, en la sede de la asociación «El Puente Salud Mental» en Valladolid, entidad colaboradora en la presente investigación. El motivo fue que los participantes, al ser usuarios de dicha asociación, se encuentran familiarizados con el lugar, y de esta forma la conversación es más natural y espontánea. Una vez finalizadas las entrevistas, se aplicaron a cada una de las muestras de habla las escalas TLC y TALD (explicadas a continuación) por un solo evaluador, autor de este trabajo, que fue entrenado previamente mediante un curso de unas 5 horas de duración.

Previo a la realización de las entrevistas y la recogida de datos, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Área de Salud Valladolid Este. En el Anexo 2 se incluye el dictamen favorable del comité.

3.3. Escalas de evaluación.

3.3.1. Escala de Evaluación de Trastornos de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC).

Esta escala se compone de 20 síntomas objetivos. La puntuación de ellos va desde 0 (ítem ausente) hasta 4 (extremo) en los ítems de 1 a 9 y el 20, y de 0 (ausente) a 3 (grave) en los ítems del 10 al 19. Esta escala tiene la particularidad de que se pueden emplear dos formas de puntuar: la clásica y la alternativa. En la forma clásica, todos los ítems tienen el mismo valor, por lo que la puntuación obtenida al analizar una muestra de habla irá desde 0 hasta 70

puntos. La puntuación alternativa fue planteada por Andreasen en 1986 [5], y en ella los ítems que considera más patológicos (del 1 al 11) valen doble y, en este caso, la puntuación obtenida será de entre 0 y 112 puntos. No obstante, en este trabajo se ha utilizado la puntuación clásica, por ser la más difundida y empleada en otros estudios. Para obtener resultados uniformes y comparables entre sí, Andreasen [6] estableció la duración de la muestra de habla en 45 minutos. En el Anexo 7 se incluye la hoja de evaluación de la escala TLC.

En las dos escalas (TLC y TALD) la puntuación obtenida está directamente relacionada con la gravedad del TFP, de tal manera que, a mayor puntuación, mayor es la afectación.

A día de hoy esta escala sigue siendo una de las herramientas más utilizadas en la evaluación del lenguaje y la comunicación en pacientes psiquiátricos [7], y también ha servido para comparar los resultados con las nuevas escalas que han ido apareciendo posteriormente.

3.3.2. Escala de Disfunción de Pensamiento y Lenguaje (TALD).

La escala TALD está formada por 30 ítems que se clasifican en cuatro categorías:

- Factor objetivo-positivo: descarrilamiento, pararrespuesta, disgregación del pensamiento, tangencialidad, logorrea, circunstancialidad, parafasia semántica, presión del habla, discurso manierista, neologismos, parafasia fonémica, pobreza del contenido del habla, perseveración, ruptura del pensamiento, pensamiento restringido, verbigeración, ecolalia y asociaciones fonémicas.
- Factor subjetivo-negativo: pobreza del pensamiento, pensamiento inhibido, disfunción de la iniciativa e intencionalidad del pensamiento, disfunción del habla receptiva, disfunción del habla expresiva, rumiación y bloqueo.
- Factor objetivo-negativo: pobreza del habla, pensamiento enlentecido y concretismo.
- Factor subjetivo-positivo: presión del pensamiento e interferencia en el pensamiento.

En este caso todos los ítems tienen el mismo valor y reciben una puntuación de 0 (síntoma ausente) a 4 (grave). Por ello, la puntuación total puede ir desde 0 hasta 120 puntos. La duración de las entrevistas utilizada durante el estudio de Kircher [9] fue de 50 minutos. En el Anexo 8 se encuentra la hoja de evaluación de la escala TALD.

Esta escala muestra una buena correlación con las escalas TLC y SAPS/SANS (desarrollada también por Andreasen en 1984) [16,17].

En el Anexo 5 se incluye una tabla en la que se expone la correspondencia de los ítems de ambas escalas. Además, en el Anexo 6 se muestran las definiciones de dichos ítems acompañados de ejemplos que se han encontrado en las muestras de habla.

3.4. Análisis estadístico.

Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante el programa SPSS (Statistics, versión 23.0. Chicago: SPSS Inc.). Las posibles correlaciones entre las puntuaciones totales de las escalas TLC y TALD, así como entre las puntuaciones de ambas escalas y las variables sociodemográficas, se examinaron mediante análisis de regresión lineal. Por su parte, las posibles diferencias estadísticamente significativas de las puntuaciones totales de ambas escalas basadas en variables sociodemográficas fueron analizadas mediante un ANOVA de un factor. Los valores de p se corrigieron con Greenhouse-Geisser cuando fue necesario.

3.5. Gestor bibliográfico.

Como herramienta para gestionar la bibliografía e insertar las referencias en el presente trabajo se ha utilizado Mendeley Reference Manager. Mediante este programa se pueden almacenar, organizar y compartir con otras personas las diferentes fuentes de información o artículos que se van a emplear en la elaboración de un trabajo, así como añadir las citas bibliográficas al programa que se utilice para su redacción.

4. RESULTADOS

4.1. Datos sociodemográficos y clínicos de los participantes.

La muestra de participantes está compuesta por un total de 20 individuos, de los cuales 11 (55%) son hombres y 9 (45%) son mujeres. De ellos 6 (30%) son usuarios tutelados, y 14 (70%) no lo son. El rango de edad de los participantes abarca desde los 32 hasta los 65 años, con una media de edad de 51,9 años (DE = 9,63) y una mediana de 51,5 años. En la tabla del Anexo 3 se muestran, entre otros datos, las frecuencias relativas de participantes que se encuentran en cada intervalo de edad, de 5 años cada uno: los intervalos que más usuarios incluyen son aquellos de 46 a 50 años, y de 56 a 60 años, con 5 personas (25%) en cada uno. Otros datos recogidos se resumen en la tabla del Anexo 3.

Respecto al consumo de drogas, se preguntó tanto por el consumo histórico de drogas o sustancias como por el consumo actual, que puede estar influyendo en la patología psiquiátrica. Nueve de los participantes (45%) aseguran no haber consumido nunca ninguna droga, 3 (15%) solo han consumido tabaco a lo largo de su vida, y 8 (40%) han consumido varias drogas. Actualmente, 9 participantes (45%) no consumen ninguna sustancia, 8 (40%) solo fuman tabaco, y 3 (15%) consumen varias drogas.

En la tabla del Anexo 4 se recogen los datos clínico-psiquiátricos de la muestra. Se ha clasificado a los participantes en cinco categorías, según su diagnóstico principal. Doce de ellos (60%) tienen solo un diagnóstico, pero 8 (40%) presentan más de uno, y por ello, se ha tenido en cuenta el diagnóstico más severo, es decir, el que más influencia ejerce y más perjuicio causa sobre el lenguaje, para incluir al participante en cada categoría. El grupo que más personas incluye, con un total de 14 (70%) es el de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en el que se engloban la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante de tipo paranoide y el trastorno esquizotípico de la personalidad. El trastorno predominante es el de esquizofrenia, con un total de 10 personas (50%). Se presenta la edad de inicio del trastorno psiquiátrico por intervalos de 5 años, con una edad mínima de 6 y máxima de 35 años; en este caso la media de la edad de inicio fue de 21,12 años (DE = 7,49) y la mediana fue de 20 años. El 90% de los participantes se encuentran en seguimiento psiquiátrico. Del total de la muestra, 16 personas (80%) toman actualmente algún fármaco antipsicótico y 4 (20%) no. Solamente una persona (5%) recibe tratamiento logopédico.

4.2. Resultados obtenidos de las muestras de habla.

En la Tabla 1 se recogen las puntuaciones que se obtuvieron tras aplicar las escalas a las muestras de habla de cada participante. Se exponen la puntuación total de la escala TLC y las puntuaciones de los cuatro factores que componen la escala TALD, que, al sumarlos, nos da como resultado la puntuación total de dicha escala.

En la Figura 1 se comparan las distribuciones de puntuaciones totales de ambas escalas en la muestra. La puntuación total de la escala TLC y la suma de las puntuaciones de los factores objetivo-positivo y objetivo-negativo de la TALD tienen poca variación entre sí, por lo que la diferencia entre ambas distribuciones puede ser atribuida principalmente a la puntuación de los factores subjetivo-positivo y subjetivo-negativo en la TALD, aunque en ambos casos (teniendo en cuenta la puntuación de los síntomas subjetivos o no) la correlación entre ambas escalas es estadísticamente significativa, como se muestra en las Figuras 2 y 3. El valor extremo observado en la distribución de la escala TLC de la Figura 1 y el valor más extremo de la distribución de TALD corresponden al mismo paciente, que obtuvo la puntuación máxima en ambas escalas.

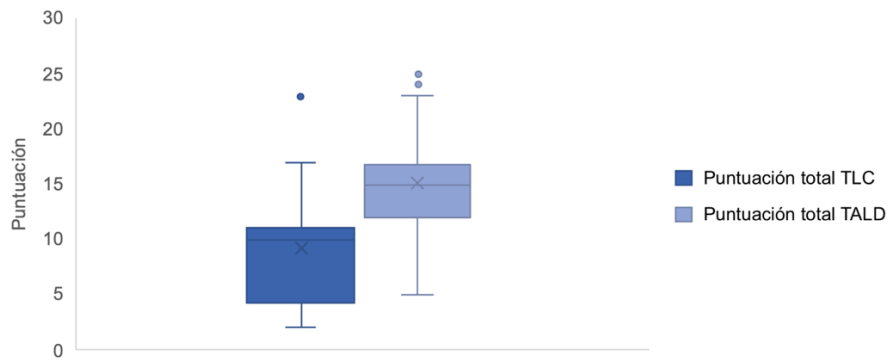


Figura 1. Distribución de las puntuaciones totales de las escalas TLC y TALD en la muestra.

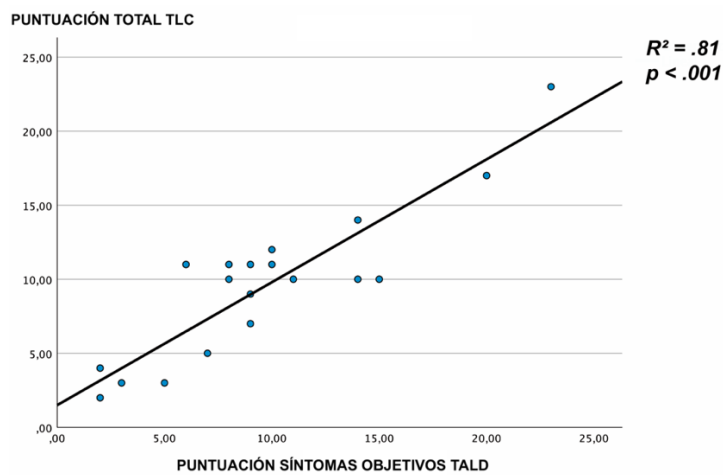


Figura 2. Correlación entre la puntuación total de la escala TLC y la puntuación de los factores objetivos (factor objetivo-positivo y objetivo-negativo) de la escala TALD.

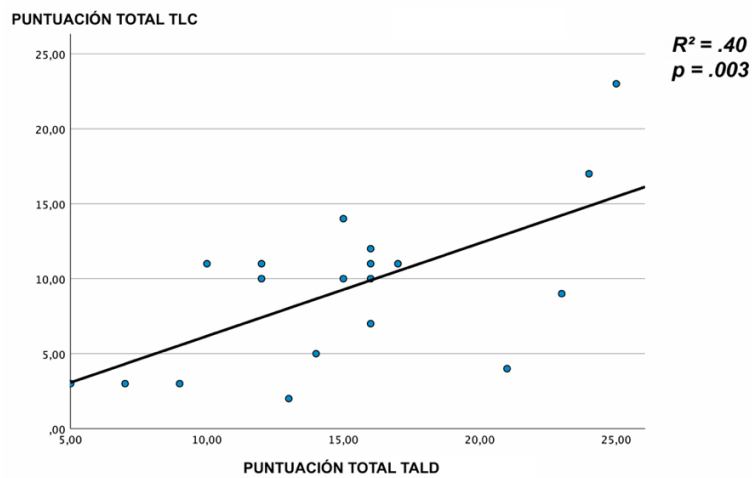


Figura 3. Correlación entre las puntuaciones totales obtenidas en las escalas TLC y TALD.

Participante	Puntuación total TLC	Factor objetivo-positivo TALD	Factor objetivo-negativo TALD	Factor subjetivo-positivo TALD	Factor subjetivo-negativo TALD	Puntuación total TALD
1	7	3	6	2	5	16
2	10	6	5	0	4	15
3	11	9	0	2	6	17
4	3	1	4	1	3	9
5	10	8	0	0	4	12
6	11	8	0	1	3	12
7	3	0	3	0	2	5
8	10	12	2	1	1	16
9	3	1	2	1	3	7
10	17	20	0	1	3	24
11	10	12	3	0	0	15
12	23	23	0	1	1	25
13	5	4	3	0	7	14
14	14	14	0	1	0	15
15	9	9	0	4	10	23
16	11	9	1	0	6	16
17	2	0	2	6	5	13
18	12	10	0	1	5	16
19	11	6	0	2	2	10
20	4	2	0	6	13	21
Mediana [Q ₁ -Q ₃]	10 [4,5-11]	8 [2,5-11]	0,5 [0-3]	1 [0-2]	3,5 [2-5,5]	15 [12-16,5]

Tabla 1. Puntuaciones totales obtenidas en cada muestra de habla.

En la Tabla 2 aparecen los diferentes ítems que componen las escalas TALD y TLC con la frecuencia de aparición de cada uno de ellos en el total de las muestras. Los síntomas más prevalentes son el descarrilamiento (común para TALD y TLC) y la pérdida de meta (incluido solo en la escala TLC), presentándolos un total de 16 participantes (80%). Otros síntomas también frecuentes que merecen ser destacados por aparecer en, al menos, el 50% de las muestras de habla son la tangencialidad, las parafasias semánticas y la pobreza del contenido del habla (comunes de las dos escalas), y el bloqueo subjetivo y la interferencia del pensamiento (que, al ser síntomas subjetivos, forman parte solo de la escala TALD). Los síntomas menos frecuentes son la ruptura del pensamiento o bloqueo objetivo, el habla manierista o afectación del habla, los neologismos, las asociaciones fonéticas, la ecolalia (comunes a las dos escalas), el concretismo (exclusivo de TALD), la distraibilidad y las aproximaciones de palabras (TLC), que no se han identificado en ninguna entrevista.

El patrón de aparición de los síntomas obtenido en este estudio es similar al obtenido por Andreasen [18] y Kircher [9] cuando desarrollaron las escalas TLC y TALD, respectivamente, especialmente en lo que respecta a los síntomas menos frecuentes.

Ítems de la escala TALD	N	Porcentaje	Ítems de la escala TLC	N	Porcentaje
1. Circunstancialidad	9	45%	1. Pobreza del habla	9	45%
2. Descarrilamiento	16	80%	2. Pobreza del contenido del habla	10	50%
3. Tangencialidad	12	60%	3. Presión del habla	5	25%
4. Disgregación del pensamiento	3	15%	4. Distraibilidad	0	0%
5. Pararrespuesta	2	10%	5. Tangencialidad	12	60%
6. Perseveración	7	35%	6. Descarrilamiento	16	80%
7. Verbigeración	1	5%	7. Incoherencia	3	15%
8. Ruptura del pensamiento	0	0%	8. Falta de lógica	1	5%
9. Presión del habla	3	15%	9. Asociaciones fonéticas	0	0%
10. Logorrea	4	20%	10. Neologismo	0	0%
11. Habla manierista	0	0%	11. Aproximaciones de palabras	0	0%
12. Parafasia semántica	10	50%	12. Circunstancialidad	9	45%
13. Parafasia fonémica	3	15%	13. Pérdida de meta	16	80%
14. Neologismo	0	0%	14. Perseveración	8	40%
15. Asociaciones fonética	0	0%	15. Ecolalia	0	0%
16. Ecolalia	0	0%	16. Bloqueo	0	0%
17. Pobreza del contenido del habla	10	50%	17. Afectación del habla	0	0%
18. Pensamiento restringido	3	15%	18. Autorreferencia	1	5%
19. Pensamiento enlentecido	6	30%	19. Parafasia fonémica	3	15%
20. Pobreza del habla	9	45%	20. Parafasia semántica	10	50%
21. Concretismo	0	0%			
22. Bloqueo	12	60%			
23. Rumiación	6	30%			
24. Pobreza del pensamiento	2	10%			
25. Pensamiento inhibido	9	45%			
26. Disfunción del habla receptiva	2	10%			
27. Disfunción del habla expresiva	6	30%			
28. Disfunción de la iniciativa del pensamiento	7	35%			
29. Interferencia del pensamiento	10	50%			
30. Presión del pensamiento	7	35%			

Tabla 2. Frecuencia de aparición de los ítems de las escalas TALD y TLC. N = número de individuos de la muestra que se encuentran en una determinada categoría de cada variable. Se presenta a su derecha el porcentaje sobre el total de individuos de la muestra.

En el Anexo 6 aparecen ejemplos de algunos ítems que se han encontrado en las muestras de habla analizadas.

4.3. Relación entre la puntuación de las escalas y las variables recogidas.

Cada una de las puntuaciones obtenidas de ambas escalas, tanto las totales de TLC y TALD, como las de cada uno de los factores en el caso de la escala TALD, fueron estudiadas y se analizó estadísticamente su relación con las otras puntuaciones y con diferentes variables sociodemográficas y clínicas. En particular, fueron estudiadas las diferencias en las puntuaciones entre hombres y mujeres, entre los grupos de edad, entre distintos niveles educativos, entre usuarios tutelados y no tutelados, entre los grupos de consumo de drogas y

entre categorías diagnósticas (grupo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos frente a los demás grupos diagnósticos).

Entre los resultados obtenidos no se encuentra ninguno estadísticamente significativo, condición que se daría si el p-valor fuese menor de 0,05. No obstante, sí se han obtenido valores cercanos a este en el estudio de algunas variables, lo que nos indica una tendencia. En las siguientes figuras se presentan los resultados.

En las Figuras 4, 5 y 6 se muestran los datos obtenidos relativos a la escala TLC. La Figura 4 nos da la relación obtenida entre la puntuación de la escala TLC y la edad de los participantes. En este análisis se ha realizado una regresión lineal, donde los valores de $R^2 = 0,15$ y $p = 0,087$ indican una tendencia que podría ser significativa si se ampliase el tamaño muestral. La regresión señala que, a medida que aumenta la edad de los participantes, aumentaría la puntuación obtenida en la escala TLC.

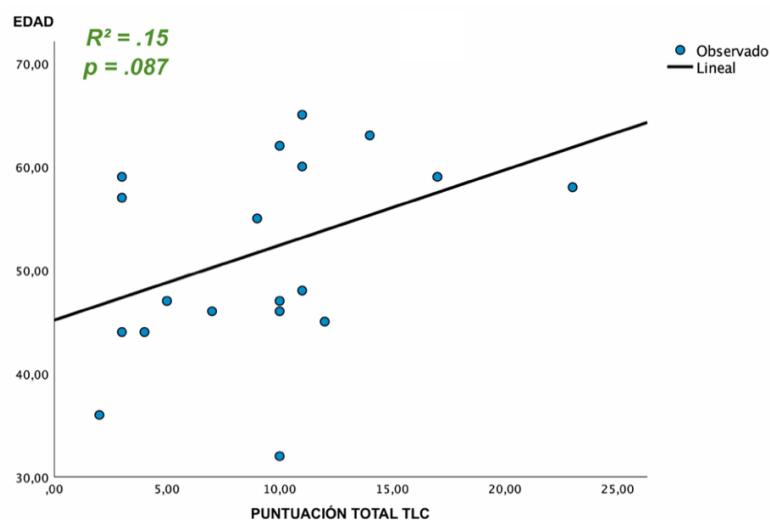


Figura 4. Relación entre la puntuación total obtenida en la escala TLC y la edad de los participantes.

En la Figura 5 se presentan las puntuaciones medias obtenidas en la escala TLC en el grupo de hombres y en el de mujeres. Se ve que las mujeres presentan una media de puntuación más alta (de 11,55) que los hombres (de 7,36). En este caso se ha realizado un ANOVA de un factor cuyos valores de $F = 3,9$ y $p = 0,064$ nos muestran también una tendencia que podría ser significativa con un mayor tamaño muestral.

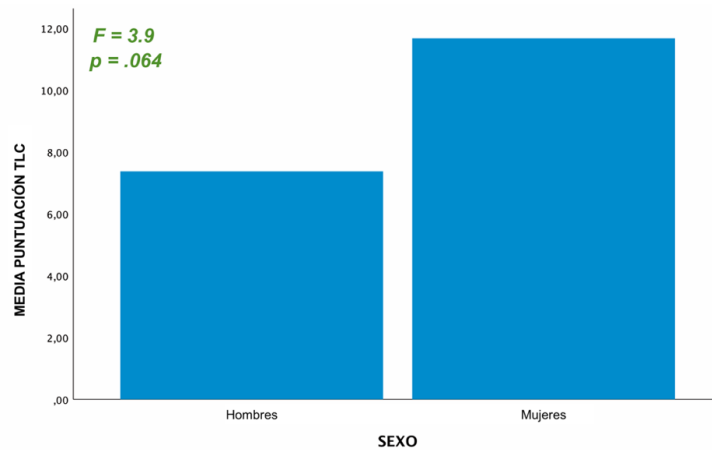


Figura 5. Puntuaciones medias obtenidas en la escala TLC en hombres y en mujeres.

En la Figura 6 se representan las puntuaciones medias obtenidas en cada ítem de la escala TLC en el grupo de hombres y en el de mujeres. En ningún ítem se observan grandes diferencias entre ambos sexos, con la excepción de la perseveración, que obtuvo una media de puntuación de 0,18 en el grupo de hombres y de 1 en el de mujeres. La perseveración en la escala TLC puntúa de 0 (síntoma ausente) a 3 (grave).

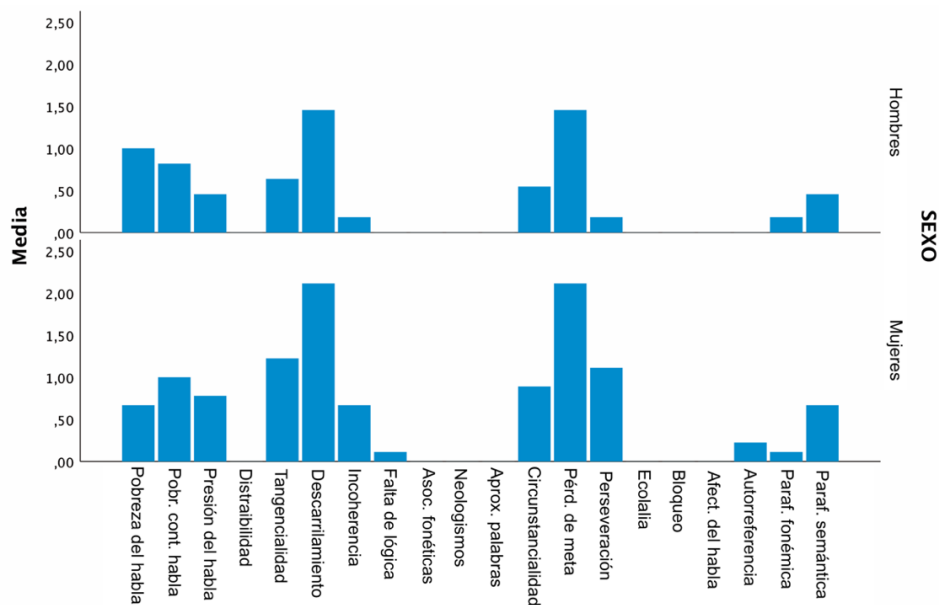


Figura 6. Puntuaciones medias obtenidas para cada ítem de la escala TLC por sexo de los participantes.

En las Figuras 7, 8 y 9 se muestran los resultados obtenidos para la escala TALD. En la Figura 7 se ha realizado una regresión lineal que relaciona la puntuación obtenida en el factor objetivo-negativo de la escala TALD y la edad de los participantes. Los valores de $R^2 = 0,19$ y $p = 0,05$ apuntan hacia una tendencia no estadísticamente significativa, pero que sí podría serlo si el tamaño de la muestra fuese mayor.

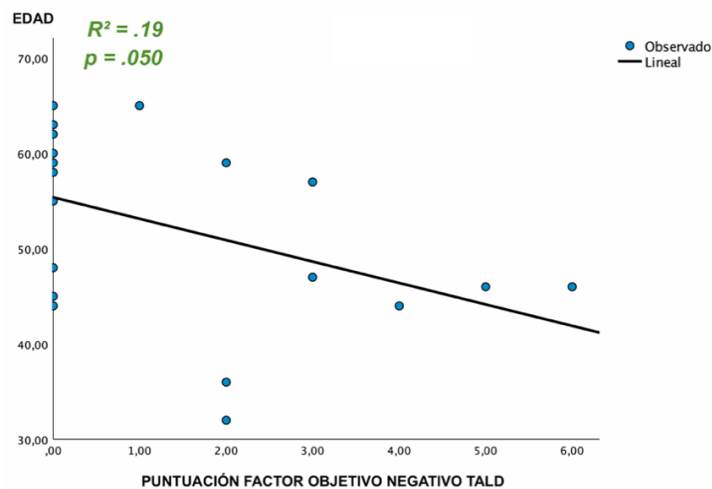


Figura 7. Relación de la puntuación obtenida en el factor objetivo-negativo en la escala TALD y la edad de los participantes.

En la Figura 8 se comparan las medias de las puntuaciones del factor objetivo-positivo de la escala TALD en los grupos de participantes masculinos y femeninos. Como sucedía con las puntuaciones medias obtenidas en la escala TLC (ver Figura 5), las puntuaciones medias obtenidas en hombres (5,45) es menor que en mujeres (10,78). Se ha realizado un ANOVA de un factor en los que los valores de $F = 4,11$ y $p = 0,058$ son indicativos de una tendencia que podría ser significativa si se ampliase la muestra.

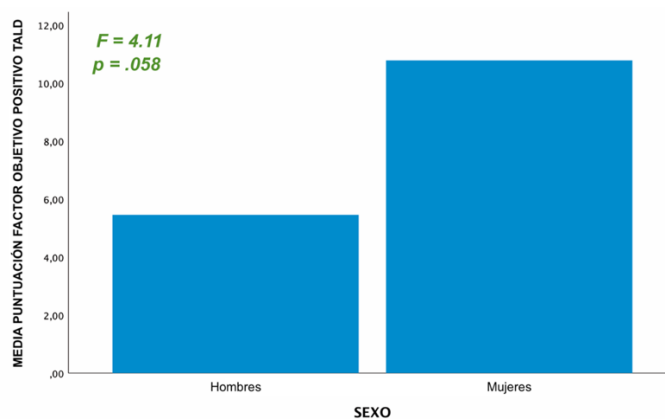


Figura 8. Puntuaciones medias obtenidas en el factor objetivo-positivo de la escala TALD en hombres y mujeres.

En la Figura 9 se representan las puntuaciones medias obtenidas para cada uno de los treinta ítems de la escala TALD según el sexo de los participantes. Respecto a los síntomas objetivos, llama particularmente la atención la diferencia entre ambos sexos en la puntuación media de la perseveración, siendo de 0,36 en hombres y de 1,44 en mujeres; esta diferencia también se encontraba en la escala TLC (ver Figura 6). En el caso de la escala TALD, la perseveración puntúa de 0 (ausente) a 4 (grave). En lo relativo a los síntomas subjetivos, se ve una diferencia

importante en el ítem disfunción del habla expresiva, con una media de 1,09 en hombres y 0,33 en mujeres.

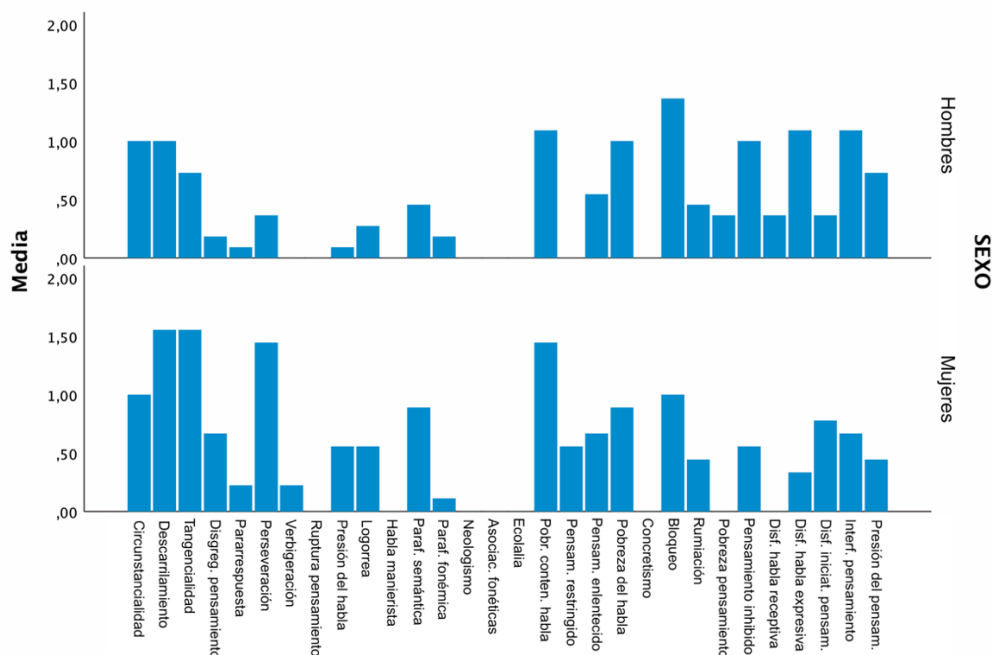


Figura 9. Puntuaciones medias obtenidas para cada ítem de la escala TALD por sexo de los participantes.

5. DISCUSIÓN

5.1. Relación de la puntuación obtenida con la producción verbal.

Los resultados obtenidos tras la aplicación de las escalas TLC y TALD a cualquier muestra de habla se interpretan como: a mayor puntuación obtenida, más grave es la afectación del lenguaje y la comunicación en dicha persona. Sin embargo, al aplicar estas escalas y observar los resultados, al evaluador le puede llamar la atención el siguiente hecho: algunos sujetos en los que subjetivamente se observa una gran afectación de la comunicación obtienen puntuaciones bajas, mientras que otros sujetos en los que no llama especialmente la atención el trastorno del lenguaje obtienen una puntuación más alta. Este suceso puede ser explicado por la evaluación simultánea de los síntomas positivos y negativos. En cada paciente predomina uno de los dos tipos de síntomas, de tal forma que un sujeto con una fuerte presencia de síntomas negativos, como puede ser la pobreza del habla, va a tener una puntuación baja, al ser este grupo de síntomas más reducido que el de síntomas positivos, que cuenta con una gran variedad de síntomas. Además, al disminuir la producción verbal, se reduce también la expresión de otros síntomas positivos patológicos. Estos hallazgos ya fueron comentados por Davidson *et al.* [19] y Ayuso *et al.* [20]. Ponemos el siguiente ejemplo

obtenido de nuestras muestras de habla: el participante número 7 (ver Tabla 1) tuvo una puntuación en la escala TLC de 3 puntos y de 5 puntos en la escala TALD. La puntuación total en la escala TLC y en los factores objetivos de la TALD en este sujeto resulta exclusivamente de la puntuación asignada por el ítem pobreza del habla (los 3 puntos en este ítem indican una pobreza del habla grave). En cambio, al tener tan limitada la producción verbal, no se manifestaron otros síntomas, que, por tanto, no fueron contabilizados. Si ahora comparamos a este participante con el número 6 (ver Tabla 1), aquí se obtuvieron unas puntuaciones de 11 en la escala TLC y de 12 puntos en la TALD. En este caso, no estaba presente la pobreza del habla y, al haber más cantidad de habla del participante, sí se objetivaron algunos síntomas positivos, que hicieron que la puntuación final fuese más alta. Ambos participantes pertenecen a la misma categoría diagnóstica.

Respecto a las formas de puntuar en ambas escalas, es necesario aclarar que algunos de los ítems comunes a ambas escalas no se puntúan de la misma manera. Por ejemplo, en el caso del descarrilamiento, la tangencialidad o la incoherencia, entre otros, en la escala TLC la gravedad de estos ítems viene dada por la frecuencia de aparición en la muestra de habla [5], mientras que en la escala TALD la gravedad está determinada por la intensidad o las características del síntoma expresado en la muestra de habla (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher). Por esto, y por la presencia de ítems exclusivos de cada escala, la puntuación total de TLC y de los factores objetivos de TALD no siempre coinciden, pero a pesar de ello, ambas puntuaciones presentan una correlación estadísticamente significativa, como muestra la Figura 2.

5.2. Relación de la puntuación obtenida con el diagnóstico.

A pesar de haber sido considerado el TFP como un síntoma característico de la esquizofrenia, en la muestra de este estudio no se han encontrado diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por los participantes pertenecientes a este grupo y las de los demás sujetos del estudio.

5.3. Relación de la puntuación obtenida con la edad.

Se han publicado varios trabajos [19–22] que identifican una mayor frecuencia de la pobreza del habla, siendo esta además más severa, en personas con esquizofrenia en edades avanzadas, mientras que los síntomas positivos (llamados en su conjunto en estas publicaciones “habla desconectada”) sufrirían en esta edad una disminución de la frecuencia de aparición y una leve mejoría. Esto, sin embargo, va en contraposición a los resultados

obtenidos en este estudio, donde se ha visto una relación inversa, no significativa, entre la edad de los participantes y la puntuación del factor objetivo-negativo de la TALD, como se muestra en la Figura 7, donde la línea de tendencia nos indica que las puntuaciones mayores en el factor objetivo-negativo las obtienen los sujetos de menor edad. Harvey *et al.* [21] además encontraron en su estudio que la menor severidad de los síntomas positivos en pacientes de mayor edad no era debida a la menor producción verbal.

5.4. Relación de la puntuación obtenida con el sexo.

Entre los resultados presentados, merece ser comentada la diferencia en las puntuaciones medias obtenidas en la TLC y en el factor objetivo-positivo de la TALD entre hombres y mujeres (Figuras 5 y 8). En ambos casos, la puntuación media fue mayor en el grupo de mujeres. Esta diferencia se podría explicar por un aumento en la emisión de lenguaje por este grupo de participantes, que da pie a una mayor producción de lenguaje patológico, como ha ocurrido con el ítem perseveración en ambas escalas, donde su puntuación media es superior en el grupo de mujeres (ver Figuras 6 y 9). Por exceder los objetivos de este trabajo, no se ha estudiado la relación entre la cantidad de habla emitida por cada participante y sus respectivas puntuaciones obtenidas, pero esto ayudaría a obtener unos resultados más precisos y, como consecuencia, más fiables. Con la ayuda de las emergentes herramientas de inteligencia artificial, en los estudios centrados en el lenguaje que se realicen en los siguientes años ya se podrían obtener unos resultados ajustados a la cantidad de habla producida.

Precisamente, Hartopo y Kalalo [23] proponen ayudarnos del análisis computacional del lenguaje para estudiar las alteraciones lingüísticas en la esquizofrenia y utilizarlas como biomarcadores del diagnóstico, el pronóstico y la evaluación de la respuesta al tratamiento.

5.5. Relevancia clínica de la evaluación del trastorno formal del pensamiento.

La utilidad de la evaluación del lenguaje y la comunicación en personas con trastornos mentales y de las escalas creadas para este fin es, mediante el lenguaje, identificar a los individuos en fases prodrómicas de la enfermedad, determinar qué pacientes se pueden beneficiar de un programa de rehabilitación y valorar el funcionamiento global del paciente [7]. Sobre esto último se han realizado varias publicaciones [24,25] que establecen que un individuo con esquizofrenia tiene dificultades en diferentes áreas del funcionamiento global. En el caso del Trastorno Formal del Pensamiento, se ha visto que guarda una relación inversa con el funcionamiento social, puesto que las alteraciones lingüísticas interfieren en los ámbitos social, académico-laboral y en la relación del paciente con los profesionales sanitarios que le

atienden. Es necesario tener en cuenta las dificultades particulares de cada individuo a la hora de planificar una intervención.

Por último, es necesario abordar la importancia de la intervención logopédica en las personas con TFP. Tan solo una reducida parte de los pacientes con trastorno mental grave reciben tratamiento rehabilitador del habla. Así ocurría particularmente en nuestra muestra de participantes, donde solo una persona (5% de la muestra) recibía este tipo de intervención (ver Anexo 4). Es un aspecto aún poco desarrollado, tanto en la investigación como en la práctica, pero al que algunas publicaciones [26,27] dan mucha importancia, pues ha demostrado mejorar ciertos componentes de la comunicación.

5.6. Fortalezas y limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.

La principal fortaleza es la recogida de una muestra de habla de cada participante mediante una entrevista individual y personal, evaluada posteriormente mediante dos pruebas complementarias, que permiten recoger la presencia no solo de síntomas objetivos, sino también subjetivos, que corresponden a los ítems 22 a 30 de la escala TALD.

En cambio, la principal limitación que ha habido en la realización de este trabajo, y por la que probablemente no se han llegado a obtener resultados estadísticamente significativos, es el bajo tamaño muestral. Debido a la limitación del tiempo, a la dificultad para obtener candidatos dispuestos a participar en el estudio y a tratarse de un solo evaluador y autor, no se ha podido obtener una muestra de participantes mayor y más diversa.

No obstante, esto abre la puerta a una futura ampliación de la muestra, en la que se podrían aplicar además otras pruebas de evaluación del lenguaje y la comunicación, e incluso añadir un grupo control en el que se estudiaran las alteraciones del lenguaje y la comunicación en la población sana. Además, en ambos casos sería útil incorporar programas informáticos de análisis lingüístico.

6. CONCLUSIONES

- Las escalas TLC y TALD son instrumentos útiles para evaluar las alteraciones en el lenguaje y la comunicación en personas con trastorno mental grave, aunque se debe ser cauto a la hora de interpretar sus resultados.
- Las puntuaciones obtenidas en las escalas TLC y TALD no se correlacionan con la categoría diagnóstica de los pacientes estudiados.

- La puntuación total obtenida en la escala TLC presenta una relación directa no significativa con la edad de los participantes: a mayor edad, mayor es la gravedad del TFP.
- Las puntuaciones medias obtenidas en la escala TLC y en el factor objetivo-positivo de TALD son más elevadas en el grupo de mujeres respecto al de hombres: las mujeres estudiadas presentaron una mayor gravedad del TFP, posiblemente debido a una mayor producción de habla.
- Los trastornos del lenguaje y la comunicación en personas con trastorno mental grave pueden afectar al funcionamiento global del sujeto, incluida la relación con los profesionales sanitarios que le atienden.
- En una persona con trastorno mental grave es necesario valorar la implantación de una intervención logopédica específica sobre las alteraciones del lenguaje.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Kircher T, Bröhl H, Meier F, Engelen J. Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology. *Lancet Psychiatry* 2018;5:515–26.
2. Radanovic M, de Sousa RT, Valiengo LL, Farid Gattaz W, Vicente Forlenza O. Formal Thought Disorder and language impairment in schizophrenia.
3. Andreasen NC. Thought, Language, and Communication Disorders I. Clinical Assessment, Definition of Terms, and Evaluation of Their Reliability [Internet]. 1979. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/>
4. American Psychiatric Association. DSM-III. Washington, DC.: 1980.
5. Andreasen NC. Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC) [Internet]. 1986. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/12/3/473/1866041>
6. Andreasen NC. Thought, Language, and Communication Disorders II. Diagnostic Significance [Internet]. 1979. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/>
7. Jimeno N. Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica Psychopathological assessment of language in schizophrenias: literature review [Internet]. 2019. Available from: www.sonepsyn.cl
8. Barrera A, McKenna PJ, Berrios GE. Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2008;157:225–34.
9. Kircher T, Krug A, Stratmann M, Ghazi S, Schales C, Frauenheim M, et al. A rating scale for the assessment of objective and subjective formal thought and language disorder (TALD). *Schizophr Res* 2014;160:216–21.
10. Otto Dörr. Esquizofrenia, lenguaje y evolución (o las esquizofrenias como logopatías). 2010.
11. Maluenda Toro SA. Esquizofrenia y alteraciones del lenguaje: revisión integrativa Schizophrenia and language disorders: integrative review. 2021.
12. Crow TJ. Schizophrenia as the price that Homo sapiens pays for language: a resolution of the central paradox in the origin of the species 1 [Internet]. Available from: www.elsevier.com/locate/bres

13. Sans-Sansa B, McKenna PJ, Canales-Rodríguez EJ, Ortiz-Gil J, López-Araquistain L, Sarró S, et al. Association of formal thought disorder in schizophrenia with structural brain abnormalities in language-related cortical regions. *Schizophr Res* 2013;146:308–13.
14. Roche E, Creed L, Macmahon D, Brennan D, Clarke M. The Epidemiology and Associated Phenomenology of Formal Thought Disorder: A Systematic Review. *Schizophr Bull* 2015;41:951–62.
15. Jimeno N, Gomez-Pilar J, Poza J, Hornero R, Vogeley K, Meisenzahl E, et al. Main symptomatic treatment targets in suspected and early psychosis: New insights from network analysis. *Schizophr Bull* 2020;46:884–95.
16. Andreasen NC. Scale for the Assessment of Negative Symptoms. 1984;
17. Andreasen NC. Scale for the Assessment of Positive Symptoms. 1984;
18. Andreasen NC, Grove WM. Thought, Language, and Communication in Schizophrenia: Diagnosis and Prognosis [Internet]. 1986. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/12/3/348/1865944>
19. Davidson M, Harvey PD, Powchik P, Parrella M, White L, Knobler HY, et al. Severity of Symptoms in Chronically Institutionalized Geriatric Schizophrenic Patients. 1995.
20. Ayuso Lanchares A, Botillo Martín C, González Pablos E, Martín Lorenzo C. Language disorder and receptive vocabulary in elderly patients with schizophrenia. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología* 2023;43.
21. Harvey FTDD, Leibman L, Al ET. Age-Related Differences in Formal Thought Disorder in Chronically Hospitalized Schizophrenic Patients: A Cross-Sectional Study Across Nine Decades. 1997.
22. Bowie CR, Tzapelas I, Joseph Friedman B, Parrella M, White L, Harvey PD. The Longitudinal Course of Thought Disorder in Geriatric Patients With Chronic Schizophrenia [Internet]. 2005. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org>
23. Hartopo D, Kalalo RT. Language disorder as a marker for schizophrenia. *Asia-Pacific Psychiatry* 2022;14.
24. Marggraf MP, Lysaker PH, Salyers MP, Minor KS. The link between formal thought disorder and social functioning in schizophrenia: A meta-analysis. *European Psychiatry* 2020;63.
25. González-Pablos E, Ayuso-Lanchares A, Botillo-Martín C, Martín-Lorenzo C. Relación entre discurso desorganizado, funciones cognitivas y funcionamiento social en personas con esquizofrenia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual* [Internet] 2023;31:165–78. Available from: <https://www.behavioralpsycho.com/producto/relacion-entre-discurso-desorganizado-funciones-cognitivas-y-funcionamiento-social-en-personas-con-esquizofrenia/>
26. Joyal M, Bonneau A, Fecteau S. Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2016;240:88–95.
27. Heim S, Dehmer M, Berger-Tunkel M. Impairments of language and communication in schizophrenia. *Nervenarzt* 2019;90:485–9.

8. ANEXOS

Anexo 1. Hoja de información al participante y consentimiento informado.



Universidad de Valladolid



HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título del estudio: «Análisis de las alteraciones en el lenguaje y la comunicación en personas con trastorno mental grave mediante las escalas TLC y TALD.»

Nombre del investigador principal: Javier Alonso Alonso

Correo electrónico:

Teléfono:

Centro: Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid (Avda. Ramón y Cajal, 7, Valladolid)

1. INTRODUCCIÓN

Mediante este documento, me dirijo a Usted para informarle sobre el estudio al que ha sido invitado a participar. La finalidad de esta hoja informativa es explicarle los objetivos y funcionamiento del estudio, así como otros aspectos relevantes, para que Usted los conozca y los tenga en cuenta a la hora de decidir, de forma voluntaria, si participa o no en el estudio.

Por ello, lea con atención la hoja informativa. Le aclararé las dudas que le puedan surgir. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en el estudio es voluntaria y puede decidir no participar, o retirar su consentimiento en cualquier momento del proceso, sin estar obligado a dar explicaciones sobre el motivo, y sin que ello afecte a la atención que recibe actualmente.

En caso de que Usted esté tutorizado, será su tutor legal quién firme el consentimiento informado, pero además se tendrá en cuenta su conformidad para incluirle en el estudio.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se enmarca en mi Trabajo de Fin de Grado (TFG) del Grado en Medicina.

El objetivo del estudio es analizar la presencia o ausencia de diferentes alteraciones en el pensamiento, el lenguaje y la comunicación, así como la gravedad o intensidad de cada una de ellas en caso de que estén presentes. Se utilizarán dos escalas que recogen estas manifestaciones: la Escala de Trastornos del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC) y la Escala de Disfunción del Pensamiento y el Lenguaje (TALD).



Universidad de Valladolid



La importancia de estudiar estas alteraciones es que pueden dar lugar a dificultades en la interacción con otras personas o en la realización de actividades diversas, como habituales de la vida diaria, ocio, consultas médicas, etc. Muchos de los tratamientos actuales tratan de mejorar estas alteraciones. Por otra parte, recientemente se están desarrollando programas más específicos.

Se trata de un estudio de tipo observacional y descriptivo, esto es, solo se observa la presencia o ausencia de las variables de interés en los participantes, sin realizar ninguna intervención sobre ellos. En el estudio participarán veinte personas con trastorno mental grave, todas ellas miembros de la asociación "FEAFES – El Puente" de Valladolid, a las que los coordinadores de dicha asociación han propuesto formar parte del proyecto.

Su participación en el estudio consistirá en mantener una conversación de entre treinta a cuarenta minutos de duración con D. Javier Alonso Alonso (como investigador principal), en la que se tratarán temas tanto generales como personales del participante (como preferencias o experiencias diversas), para fomentar una conversación variada. Asimismo, se recogerán algunos datos de filiación y de su patología. Por último, debe saber también que la entrevista será grabada en audio, para utilizarla posteriormente con fines docentes y de investigación.

4. CONFIDENCIALIDAD

Aunque previamente a la entrevista se recojan datos de filiación de los participantes, estos serán anonimizados y se tratarán conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y de garantía de los derechos digitales.

Solo se tramitarán a terceros los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador principal del estudio, colaboradores o al Comité Ético de Investigación Clínica, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero en cualquier caso manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Como se ha indicado, la entrevista será grabada en audio para utilizarlo posteriormente con fines docentes y de investigación.

5. OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si Usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, no se añadirá ningún dato nuevo a la base de datos, y puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente obtenidas.



Universidad de Valladolid



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE

Título del estudio: «Análisis de las alteraciones en el lenguaje y la comunicación en personas con trastorno mental grave mediante las escalas TLC y TALD.»

Yo, _____,
con DNI/Pasaporte _____

Declaro que:

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

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento y, por tanto, abandonar el estudio:

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

En _____, a ____ de _____ de 20__

Firma del participante:	Firma del estudiante:	Vº Bº del Centro:



Universidad de Valladolid



RETIRADA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____,
con DNI/Pasaporte _____

Retiro mi consentimiento para participar en el estudio.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Firma del participante:

Trabajo de Fin de Grado. Grado en Medicina. Curso 2022-2023.

Realizado por **Javier Alonso Alonso**. Estudiante de Medicina.

Tutora: **Prof. Natalia Jimeno Bulnes**. Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Dirección de correo electrónico:

Información sobre protección de datos:

Según lo establecido en la vigente normativa de protección de datos, se le comunica que la Universidad de Valladolid tratará los datos aportados, con la finalidad de gestionar su participación en el presente proyecto de investigación. La legitimación de este tratamiento se basa en su consentimiento y en el cumplimiento, por parte de la Universidad, de misiones realizadas en interés público y de las obligaciones que tiene legalmente asignadas. No se cederán sus datos a terceros. Le informamos de que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación y supresión, entre otros, a través de la dirección electrónica delegado.proteccion.datos@uva.es o la dirección postal: Secretaría General de la Universidad de Valladolid (Plaza de Santa Cruz, 8, 47002 – Valladolid). Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en <https://prodat.uva.es/tto?id=50> y en la web www.uva.es/protecciondedatos.

Anexo 3. Datos sociodemográficos de la muestra de participantes.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N	Porcentaje del total
Tutelado		
Sí	6	30%
No	14	70%
Sexo		
Masculino	11	55%
Femenino	9	45%
Edad		
31 a 35 años	1	5%
36 a 40 años	1	5%
41 a 45 años	3	15%
46 a 50 años	5	25%
51 a 55 años	1	5%
56 a 60 años	5	25%
61 a 65 años	4	20%
Mediana	51,5 años	
Estado civil		
Soltero	16	80%
Casado/convive	0	0%
Separado/divorciado	4	20%
Otro	0	0%
Nivel socioeconómico		
Bajo	4	20%
Medio	15	75%
Alto	1	5%
Lugar de residencia		
Urbana (más de 100.000 habitantes)	20	100%
Semiurbana (de 10.000 a 100.000 habitantes)	0	0%
Rural (menos de 10.000 habitantes)	0	0%
Otros	0	0%
Lugar de procedencia		
Urbana (más de 100.000 habitantes)	17	85%
Semiurbana (de 10.000 a 100.000 habitantes)	3	15%
Rural (menos de 10.000 habitantes)	0	0%
Otros	0	0%
Convivencia		
Familia primaria	3	15%
Familia propia	0	0%
Solo	2	10%
Piso protegido	15	75%
Otro	0	0%
Nivel educativo alcanzado		
Sin estudios	1	5%
Estudios primarios	10	50%
Estudios secundarios	6	30%
Estudios superiores	2	10%
Otros	1	5%
Situación laboral actual		
Activo	2	10%
En paro	3	15%
Jubilado	0	0%
Incapacidad laboral (transitoria o permanente)	12	60%
No consta	3	15%
Otra	0	0%
Consumo histórico de drogas		
Ninguna	9	45%
Tabaco	3	15%
Alcohol	0	0%
Cocaína	0	0%
Heroína	0	0%
Cannabis	0	0%
Otra	0	0%
Varias	8	40%
Consumo actual de drogas		
Ninguna	9	45%
Tabaco	8	40%
Alcohol	0	0%
Cocaína	0	0%
Heroína	0	0%
Cannabis	0	0%
Otra	0	0%
Varias	3	15%

Anexo 4. Datos clínicos de la muestra de participantes.

DATOS CLÍNICOS	N	Porcentaje del total
Categoría diagnóstica		
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	14	70%
Trastornos del estado de ánimo	3	15%
Trastornos por abuso de sustancias	1	5%
Trastornos de la personalidad (diagnóstico principal)	1	5%
Otros diagnósticos	1	5%
Número total de diagnósticos		
1	12	60%
Más de 1	8	40%
Edad de inicio del trastorno		
Menor o igual a 10 años	1	5%
11 a 15 años	2	10%
16 a 20 años	6	30%
21 a 25 años	2	10%
26 a 30 años	5	25%
31 a 35 años	1	5%
Desconocido	3	15%
Mediana	20 años	
Asistencia psiquiátrica actual		
Sí	18	90%
No	2	10%
Tratamiento farmacológico actual		
Sí	20	100%
No	0	0%
Tratamiento antipsicótico actual		
Sí	16	80%
No	4	20%
Intervenciones fuera del centro		
Sí	3	15%
No	17	85%
Intervención logopédica		
Sí	1	5%
No	19	95%

Anexo 5. Correspondencia de los ítems de las escalas TALD y TLC.

Tipo de ítems	ÍTEMS DE LA ESCALA TALD	ÍTEMS DE LA ESCALA TLC
Síntomas objetivos	1. Circunstancialidad	12. Circunstancialidad
	2. Descarrilamiento	6. Descarrilamiento
	3. Tangencialidad	5. Tangencialidad
	4. Disgregación del pensamiento	7. Incoherencia
	5. Pararrespuesta	
	6. Perseveración	14. Perseveración
	7. Verbigeración	
	8. Ruptura del pensamiento	16. Bloqueo
	9. Presión del habla	3. Presión del habla
	10. Logorrea	3. Presión del habla
	11. Habla manierista	17. Afectación del habla
	12. Parafasia semántica	20. Parafasia semántica
	13. Parafasia fonémica	19. Parafasia fonémica
	14. Neologismo	10. Neologismo
	15. Asociaciones fonéticas	9. Asociaciones fonéticas
	16. Ecolalia	15. Ecolalia
	17. Pobreza del contenido del habla	2. Pobreza del contenido del habla
	18. Pensamiento restringido	14. Perseveración
	19. Pensamiento enlentecido	
	20. Pobreza del habla	1. Pobreza del habla
	21. Concretismo	
Síntomas subjetivos	22. Bloqueo	4. Distrabilidad
	23. Rumiación	8. Falta de lógica
	24. Pobreza del pensamiento	11. Aproximaciones de palabras
	25. Pensamiento inhibido	13. Pérdida de meta
	26. Disfunción del habla receptiva	18. Autorreferencia
	27. Disfunción del habla expresiva	
	28. Disfunción de la iniciativa del pensamiento	
	29. Interferencia del pensamiento	
	30. Presión del pensamiento	

Anexo 6. Definiciones y ejemplos de los ítems de las escalas TALD y TLC.

Los ítems que conforman las escalas TLC y TALD, y que, por tanto, son los que se han buscado al analizar las muestras de habla, son los siguientes (acompañados de ejemplos vistos en las muestras de habla analizadas):

- Circunstancialidad (común a las escalas TALD y TLC): es aquel discurso en el que el paciente, sin perder la idea directriz, no es capaz de omitir los asuntos menos relevantes y aporta gran cantidad de detalles innecesarios. Por ello, suelen ser monólogos largos en

los que muchas veces hay que interrumpir al paciente [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

Entrevistador: «¿Cómo estás?»

Sujeto: «Bien, estoy bien. Ahora lo único que he estado mala, enferma con las rodillas, que tengo los líquidos retenidos, y me ha dicho la médica de cabecera, que he ido, que eso que tenía que ser, eh, hablar con ella, con las del cardiólogo y las señoritas más de medicina general, las doctoras de medicina general, que la sitúen a ver lo que vaya a tomar después el día 4, el día 9 de agosto, que me han dicho que tengo que ir al cardiólogo, y que me den unos antiinflamatorios más fuertes...»

- Descarrilamiento (TALD y TLC): es un patrón de discurso en el que las ideas se deslizan hacia otros pensamientos con los que están relacionados de forma oblicua, e inconscientemente el paciente se va alejando del tema inicial [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

E: «Este año yo creo que va a hacer más calor que el anterior, ¿no?»

S: «Eso decían, que iba a hacer este año más calor, pero no sé. Eso va bien, bien para... luego iríamos si se pone mi madre la boca a Benidorm a pasar quince días o un mes, porque nos gusta, porque la playa está muy cerca de allí, y dice que seguramente si no vamos este año, para el año siguiente, porque ella se quiere arreglar la boca.»

- Tangencialidad (TALD y TLC): la persona, tras realizarle una pregunta, responde a esta de forma oblicua. Aunque la respuesta no es adecuada, puede estar relacionada con el tema sobre el que se le pregunta [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

E: «¿Cómo es tu familia actualmente?»

S: «Pues es que con mi familia... como me llevaba tan mal, pues preferí irme a vivir al piso compartido con los chicos, y eso.»

- Disgregación del pensamiento (TALD) o incoherencia (TLC): es un discurso en el que las diferentes ideas que el paciente expresa no tienen relación entre sí. En casos más graves, ni siquiera dentro de una oración los elementos tienen relación, siendo una mezcla de palabras o estructuras sin coherencia [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

E: «¿Y a tus conocidos cómo les tratas, de tú o de usted?»

S: «Yo, todos los que estáis, doctores, y a todas de tú, doctoras. Los amigos míos, estas chicas, como amigas, las quiero mucho, está [nombre], mucho la quiero y compañía, me hace compañía y xxxxx con mi madre, y xxxxxx está con mi madre y mi padre y mis perros.»

- Pararrespuesta (exclusivo de la escala TALD): es una respuesta a una pregunta que pasa por alto el punto en cuestión. El paciente, a pesar de haber comprendido la pregunta que se le formula, continúa hablando sin considerar la pregunta (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

E: «¿Crees que la ciudad va a cambiar a mejor o a peor?»

S: «A lo mejor hay sequía, no lo sé.»

- Perseveración (TALD y TLC): durante la conversación, el paciente recurre a ciertos temas o ideas mencionados previamente (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher). Según las definiciones de la escala TLC [3], en este ítem se incluye, además, la repetición de palabras.
- Verbigeración: consiste en la repetición innecesaria de una palabra (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

E: «A una persona joven que no conoces, ¿cómo le tratas, de tú o de usted?»

S: «Pues también le trataría de usted, pero... pero depende como, como, como, como no eso, pues nada.»

- Ruptura del pensamiento (TALD) o bloqueo (TLC): es una interrupción repentina del discurso, tras la cual la persona refiere explícitamente que ha perdido la fluidez del pensamiento [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Presión del habla (TALD y TLC): consiste en un aumento de la velocidad del habla. En el caso de la escala TLC este ítem incluye también la logorrea (explicado a continuación) [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Logorrea (TALD): el paciente muestra un intenso impulso por hablar, aunque el discurso puede ser totalmente coherente y no presentar otras alteraciones. Dependiendo de la intensidad, el entrevistador puede fracasar al tratar de interrumpir al paciente (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher). Este ítem se incluye dentro de la presión del habla según la definición de Andreasen [3].
- Habla manierista (TALD) o afectación del habla (TLC): consiste en un habla demasiado sofisticada, exagerada y antinatural [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

- Parafasia semántica (TALD y TLC): es la sustitución de una palabra por otra inapropiada, estando ambas relacionadas semánticamente [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

S: «Si llueve, no salgo, y si hace verano, salgo a dar un paseín.» (Utiliza “verano” en lugar de “calor”.)

- Parafasia fonémica (TALD y TLC): el paciente pronuncia una palabra de forma incorrecta. Puede darse cuenta del error e intentar corregirlo [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

E: «¿A qué crees que se puede deber esto de que cada vez haga más calor?»

S: «Al clima climático, como dicen, al clima climático.»

- Neologismo (TALD y TLC): es una palabra nueva formada por el paciente, que no corresponde a las convenciones léxicas. La mayoría de los neologismos no son inteligibles [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Asociación fonética (TALD y TLC): es un patrón de habla en el que la formación de las oraciones se rige por el sonido de las palabras, más que por el significado de estas [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Ecolalia (TALD y TLC): es una repetición sin sentido de palabras o frases (como un eco) del mismo discurso del hablante o de aquel del entrevistador [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Pobreza del contenido del habla (TALD y TLC): el discurso es adecuado en cantidad, pero transmite poca información, o bien para transmitir suficiente información da una respuesta demasiado extensa, que puede ser resumida [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

E: «¿Cómo crees que va a hacer este año?»

S: «Pues es que comentaron que... en veranos sucesivos iban a hacer... iban a tender a hacer más... más calor, entonces yo preveo, vamos, creo, por lo que oí, que iba a hacer... más calor, o sea, pues como el año pasado, o más calor incluso, pero vamos, es lo que creo, no sé.»

- Pensamiento restringido (TALD): durante la entrevista, el paciente se adhiere a determinados temas o ideas y muestra dificultades para cambiar de tema de conversación (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher). Este ítem se debe diferenciar de la perseveración.

- Pensamiento enlentecido (TALD): desde el punto de vista del observador, el pensamiento del individuo está ralentizado, resultando en un discurso lento y tórpido (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

E: «¿Cómo es tu casa?»

S: «Bueno, es... es grande y... sí, es grande y... mi habitación es grande, tiene tres habitaciones grandes y una pequeña y... y el comedor es grande, la cocina es... de un tamaño considerable y el pasillo tiene dos cuartos de baño, uno grande y uno pequeño... (pausa) y el pasillo es... (pausa) es un poco... no es tan largo y... el hall es pequeño.»

- Pobreza del habla (TALD y TLC): es una disminución en la cantidad de habla. Las respuestas a las preguntas son breves (a veces monosilábicas) y poco elaboradas, sin transmitir más información de la solicitada. En casos más graves, algunas preguntas pueden quedar sin respuesta [3] (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

E: «¿Cuántas habitaciones tiene tu piso?»

S: «Cuatro.»

E: «¿Cómo es el piso?»

S: «El piso es grande.»

E: «O sea, que tenéis una habitación para cada uno, ¿no?»

S: «Sí.»

E: «¿Y cuál es tu parte preferida de la casa?»

S: «La cocina.»

- Concretismo (TALD): es la dificultad para comprender frases abstractas, solo se interpreta el significado concreto de las palabras (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Bloqueo (TALD): es la autopercepción de pérdida de la línea del pensamiento. Es, por tanto, un síntoma subjetivo (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Rumiación (TALD): el paciente expresa que constantemente le vienen a la mente ciertos pensamientos, generalmente desagradables, siendo difícil evitarlos (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Pobreza del pensamiento (TALD): es la sensación de que los pensamientos están limitados a unos pocos temas (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).

- Pensamiento inhibido (TALD): el paciente percibe un enlentecimiento del curso del propio pensamiento (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Disfunción del habla receptiva (TALD): a la persona le supone un esfuerzo entender el discurso de otros interlocutores porque le cuesta entender los significados de las palabras o las frases (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Disfunción del habla expresiva (TALD): al paciente le resulta difícil expresarse, al encontrarse afectadas la elección de palabras, la precisión lingüística y la fluidez del lenguaje (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Disfunción de la iniciativa del pensamiento (TALD): es la sensación de tener una ausente o baja iniciativa e intencionalidad para pensar (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Interferencia del pensamiento (TALD): la línea de pensamiento está interferida por otras ideas o estímulos, internos o externos, que llegan a la mente del sujeto (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Presión del pensamiento (TALD): una serie de ideas y pensamientos llegan atropelladamente a la mente de la persona, perdiendo ésta el control sobre ellos (manual de la escala TALD en castellano no publicado, Jimeno y Kircher).
- Distraibilidad (TLC): es la interrupción del discurso y cambio de tema en la conversación como respuesta a un estímulo del entorno [3].
- Falta de lógica (TLC): es un patrón del habla en el que el paciente llega a conclusiones sin seguir una secuencia lógica [3].

S: «¿No crees que tenga un hechizo o algo? Es que de pequeña... mi padre me pegó. Me dio golpes en la cabeza con la puerta del coche. Tendría un año o dos... me lo contó mi madre. Yo creo que ahí me dejó tonta perdida.»

- Aproximaciones de palabras (TLC): es la utilización de palabras de una forma poco convencional o la creación de nuevas palabras mediante las reglas convencionales de formación de palabras [3].
- Pérdida de meta (TLC): es el defecto en llegar hasta la conclusión de una línea de pensamiento. Puede ocurrir por diferentes mecanismos, por ejemplo, el descarrilamiento [3].

E: «Ahora que se acercan las vacaciones de verano, ¿qué sueles hacer tú en verano? ¿Qué has hecho otros años?»

S: «Otros años me iba con mis padres, pero después de que surgió la pandemia me dio miedo, y ya, ya no me fui con ellos, por miedo a los contagios. La verdad es que lo del COVID lo he vivido

con mucho temor y... que, por cierto, yo sí que me he contagiado. Bueno, de mi familia nos hemos contagiados todos menos mi hermano, que yo sepa.»

- Autorreferencia (TLC): el paciente hace referencias constantemente a sí mismo y se relaciona de alguna forma con el tema que se está tratando, aun cuando este es un tema neutral [3].

E: «El año pasado vimos que llovía muy poco y que había mucha sequía.»

S: «No sé, yo y [nombre], yo no veo la tele, vamos a misa, vamos a misa, Radio maría, no ve mucho la tele, no ve mucho la tele, no.

Otros errores: en algunas muestras de habla se han objetivado otros errores, como juegos de palabras o malinterpretaciones del significado de algunas palabras, que no son necesariamente patológicos y, por ello, no se han tenido en cuenta durante la aplicación de las escalas. Por ejemplo:

E: «¿Te gustaría que Valladolid tuviera alguna actividad que a ti te guste hacer?»

S: «Hombre, tiene puénting y eso, es lo único, pero...»

E: «¿Te gusta hacer puénting? ¿Lo has hecho alguna vez?»

S: «Sí, es cruzar un puente, eso es el puénting.»

Anexo 7. Hoja de evaluación de la escala TLC.

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

Datos del usuario	
Identificador	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de exploración	
Entrevista	

Síntomas ¹	Ausencia (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Grave (3)	Extremo (4)
1. Pobreza del habla	0	1	2	3	4
2. Pobreza del contenido del lenguaje	0	1	2	3	4
3. Presión del habla	0	1	2	3	4
4. Distrabilidad en el habla	0	1	2	3	4
5. Tangencialidad	0	1	2	3	4
6. Descarrilamiento (fuga de ideas)	0	1	2	3	4
7. Incoherencia	0	1	2	3	4
8. Falta de lógica	0	1	2	3	4
9. Asociaciones fonéticas (rimas)	0	1	2	3	4
10. Neologismos	0	1	2	3	
11. Aproximaciones de palabras	0	1	2	3	
12. Circunstancialidad	0	1	2	3	
13. Pérdida de meta	0	1	2	3	
14. Perseveración	0	1	2	3	
15. Ecolalia	0	1	2	3	
16. Bloqueo	0	1	2	3	
17. Afectación del habla	0	1	2	3	
18. Autorreferencia	0	1	2	3	
19. Parafasia fonémica	0	1	2	3	
20. Parafasia semántica	0	1	2	3	4
<i>Subtotal</i>					
Puntuación total en TLC (habitual)					
Puntuación total en TLC (alternativa)	<i>Puntuación en síntomas más patológicos:</i> <i>Puntuación en síntomas menos patológicos:</i> Total: x 2 + =				

¹ En cursiva, los ítems considerados más patológicos (Andreasen 1979, 1986).

Anexo 8. Hoja de evaluación de la escala TALD.

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

Datos del usuario	
Identificador	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de exploración	
Entrevista	

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



ANÁLISIS DE LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE MEDIANTE LAS ESCALAS TLC Y TALD



Autor: Javier Alonso Alonso

Tutores: D^a Natalia Jimeno Bulnes / D. Antonio Arjona Valladares

INTRODUCCIÓN

El trastorno formal del pensamiento (TFP) es un síntoma manifestado frecuentemente por las personas con trastorno mental grave, que incluye alteraciones del pensamiento, el lenguaje y la comunicación.

Desde que este término se describió se han desarrollado diferentes escalas para su evaluación, entre las que destacan las escalas TLC [1,2,3] y TALD [4].

La importancia de este síntoma radica en que causa una gran disfunción en el paciente, y puede ser utilizado como biomarcador de la severidad y el pronóstico del trastorno.

OBJETIVOS

1. Determinar la presencia y gravedad de cada uno de los síntomas que componen el trastorno formal del pensamiento.
2. Analizar si existen correlaciones entre las puntuaciones de las escalas TLC y TALD y las variables sociodemográficas y clínicas recogidas.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Se trata de un estudio descriptivo y observacional.
- **Participantes:** la muestra está formada por 20 personas procedentes de una asociación de personas con trastorno mental grave. El 55% son hombres y el 45 % mujeres, con mediana de edad de 51,5 años.
- **Obtención de las muestras de habla:** se mantuvo una entrevista personal e individual, estandarizada, de unos 35 minutos, y que fue grabada en audio.
- **Escalas de evaluación:** a las muestras de habla se aplicaron las escalas TLC y TALD.
 - TLC (Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación) [1,2,3]: recoge solo síntomas objetivos positivos y negativos.
 - TALD (Disfunción del Pensamiento y el Lenguaje) [4]: se compone de los factores objetivo-positivo, objetivo-negativo, subjetivo-positivo y subjetivo-negativo.

RESULTADOS

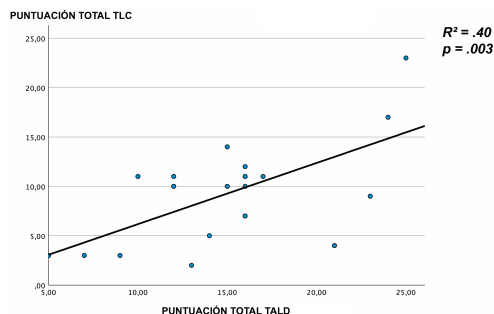


Figura 1. Relación entre las puntuaciones obtenidas en ambas escalas.

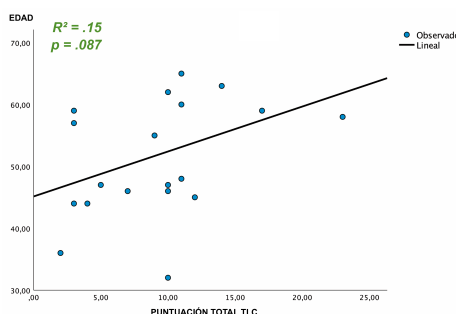


Figura 2. Relación entre las puntuaciones obtenidas en la escala TLC y la edad de los participantes.

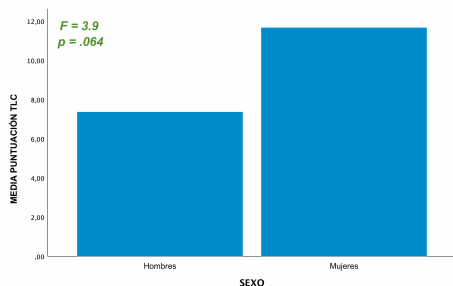


Figura 3. Puntuaciones medias obtenidas en la escala TLC en hombres y en mujeres.

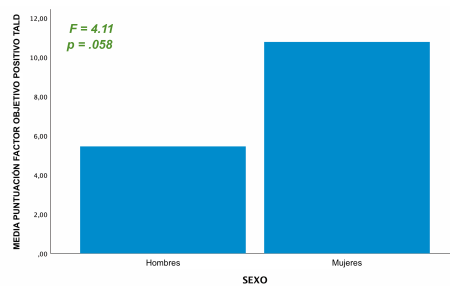


Figura 4. Puntuaciones medias obtenidas en el factor objetivo-positivo de la escala TALD en hombres y en mujeres.

- Los síntomas más frecuentes son el descarrilamiento y la pérdida de meta (80%).
- Las puntuaciones obtenidas en ambas escalas muestran una correlación estadísticamente significativa (fig.1).
- Se observa una correlación directa entre la edad y la puntuación obtenida en la escala TLC (fig. 2) e inversa con la puntuación del factor objetivo-negativo de la escala TALD.
- El grupo de mujeres obtuvo una puntuación media más elevada que los hombres en la escala TLC (fig. 3) y en el factor objetivo-positivo de la escala TALD (fig. 4).
- No se ha observado correlación entre la puntuación obtenida y el diagnóstico.
- Se ha visto que el TFP afecta negativamente al funcionamiento global de la persona, especialmente al área social [5].

CONCLUSIONES

- Las escalas TLC y TALD son instrumentos útiles para evaluar el trastorno formal del pensamiento en personas con trastorno mental grave.
- Las alteraciones en el lenguaje y la comunicación en personas con trastorno mental grave afectan al funcionamiento social del paciente.
- Ante la presencia de trastorno formal del pensamiento, se debe valorar realizar una intervención logopédica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreasen NC. Thought, Language, and Communication Disorders I. Clinical Assessment, Definition of Terms, and Evaluation of Their Reliability [Internet]. 1979.
2. Andreasen NC. Thought, Language, and Communication Disorders II. Diagnostic Significance [Internet]. 1979.
3. Andreasen NC. Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC) [Internet]. 1986.
4. Kircher T, Krug A, Stratmann M, Ghazi S, Schales C, Frauenheim M, et al. A rating scale for the assessment of objective and subjective formal thought and language disorder (TALD). Schizophr Res 2014;160:216-21.
5. González-Pablos E, Ayuso-Lanchares A, Botillo-Martín C, Martín-Lorenzo C. Relación entre discurso desorganizado, funciones cognitivas y funcionamiento social en personas con esquizofrenia. Behavioral Psychology/Psicología Conductual [Internet] 2023;31:165-78