

# TRABAJO DE FIN DE GRADO



---

**Universidad de Valladolid**

---

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN MEDIANTE LA ESCALA TLC EN UN GRUPO CONTROL PAREADO A UNA MUESTRA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

---



**AUTORA: ANDREA RODRÍGUEZ VEGA**  
**TUTORES: PROF. DRA. NATALIA JIMENO BULNES**  
**Y DR. D. ANTONIO ARJONA VALLADARES**  
**GRADO EN LOGOPEDIA. CURSO 2022-2023**

# AGRADECIMIENTOS

---

En primer lugar, me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han prestado su ayuda de forma desinteresada para la realización del presente trabajo, pues sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

En segundo lugar, a la Profesora Natalia Jimeno Bulnes y al Profesor Antonio Arjona Valladares, que me ofrecieron la oportunidad de formar parte de este excelente proyecto y que, gracias a su experiencia, he tenido la suerte de ampliar mis conocimientos sobre la relación que existe entre la Psiquiatría y la Logopedia. Para mí, son un gran ejemplo a seguir en mi presente y futuro profesional.

Por último, a mi familia, un pilar fundamental a lo largo de este trayecto. Gracias por vuestro apoyo durante estos cuatro años.

## RESUMEN

---

**INTRODUCCIÓN.** Los trastornos mentales graves se caracterizan por alteraciones del lenguaje y la comunicación. Su estudio requiere una evaluación precisa mediante pruebas específicas y una comparación con un grupo control.

**OBJETIVO.** Evaluar las alteraciones del lenguaje y la comunicación mediante la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC) en muestras de habla de un grupo de sujetos control pareado por edad y sexo a un grupo de personas con trastorno mental grave (TMG).

**METODOLOGÍA.** Se ha realizado un estudio observacional en un grupo de sujetos adultos control de ambos sexos procedentes de Benavente. Se han utilizado la entrevista PRESEEA y la escala TLC para la obtención y análisis de muestras de habla, así como un cuestionario de hábito lector. Se ha realizado un análisis descriptivo y correlacional de los datos sociodemográficos, clínicos, lingüísticos y lectores obtenidos.

**RESULTADOS.** La muestra consistió en un grupo control formado por 20 sujetos (60% varones, 40% mujeres) con una edad media de 48.2 años. En la TLC, la puntuación total clásica fue 16 [0-1] y los síntomas más prevalentes fueron pobreza del contenido, pobreza del habla, tangencialidad, perseveración, descarrilamiento, circunstancialidad y parafasias fonémicas. En la escala de hábito de lectura, la dimensión con mayor puntuación fue la motivación. Se observó una diferencia significativa tanto de cada uno de los síntomas que componen la TLC como de las puntuaciones totales habituales entre el grupo control y el grupo de personas con TMG.

**CONCLUSIONES.** Los resultados sugieren que: 1. La puntuación total en la TLC fue significativamente inferior en los sujetos control respecto al grupo con TMG. 2. La mayoría de los sujetos del grupo control presenta un buen hábito de lectura. 3. El logopeda tiene un papel fundamental en la evaluación y rehabilitación de las alteraciones del lenguaje y la comunicación de las personas con TMG.

**Palabras clave.** Comunicación, evaluación, grupo control, lectura, lenguaje, logopedia, psicopatología, trastorno mental grave.

*“A descriptive study of language and communication impairments using the TLC scale in a between-subjects experiment with control and serious mental illness patient groups”*

## **ABSTRACT**

---

**INTRODUCTION.** Most serious mental illnesses (SMI) feature language and communication impairments. The study thereof requires an accurate evaluation throughout specific tests and a comparison to a control group.

**AIM.** To assess language and communication impairments by means of the Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC) in oral samples of a control group matched for age and gender to a serious mental illness (SMI) patient group.

**METHOD.** An observational study was conducted on a control group consisting of female and male adults from Benavente (Spain). In order to obtain and analyze the oral samples, we implemented an interview from PRESEEA (Sociolinguistic Study Project on European and Latin Spanish) and the TLC scale, along with a questionnaire on reading habits. A descriptive and correlational analysis of the obtained sociodemographic, clinical, linguistic, and reading data was conducted.

**RESULTS.** The sample under study consisted of a 20-people control group (60% male and 40% female composed) with an average age of 48.2 years old. In the TLC scale, the regular total score was 16 [0-1] and most prevalent symptoms were poverty of content of speech, poverty of speech, tangentiality, perseveration, digression, circumstantiality, and phonemic paraphasia. On the reading habits scale, the most scored scope was motivation. A considerable difference was spotted in each of the symptoms that constitute the TLC scale, as well as in the regular total scores registered for the control group and those diagnosed with a SMI.

**CONCLUSIONS.** Findings suggest that: 1. The total score in the TLC scale was significantly lower in the control group compared to the SMI group. 2. Most of the participants in the control group exhibit proper reading habits. 3. Speech therapists play a key role in assessing and rehabilitating the language and communication impairments that those diagnosed with SMI might develop.

**Key words:** Assessment, communication, control group, language, psychopathology, reading, serious mental illnesses, speech and language therapy.

# ÍNDICE GENERAL

---

<b>RESUMEN</b> .....	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>4</b>
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	<b>5</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>6</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Justificación</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Fundamentación teórica</b> .....	<b>8</b>
2.1 Lenguaje y comunicación oral y escrita .....	8
2.2 Aspectos básicos del trastorno mental grave y de la esquizofrenia .....	10
2.3 Lenguaje y comunicación en la esquizofrenia.....	12
<b>3. Objetivos e hipótesis</b> .....	<b>13</b>
<b>4. Material y métodos</b> .....	<b>15</b>
4.1 Sujetos .....	15
4.2 Datos sociodemográficos y clínicos.....	16
4.3 Evaluación psicopatológica de una muestra de habla .....	16
4.4 Evaluación del hábito de lectura .....	18
4.5 Procedimiento .....	19
4.6 Análisis estadístico .....	20
<b>5. Resultados</b> .....	<b>21</b>
5.1 Resultados sociodemográficos y clínicos .....	21
5.2 Resultados de la evaluación psicopatológica de las muestras de habla.....	24
5.3 Resultados de la escala de hábito de lectura del grupo control .....	33
<b>6. Discusión</b> .....	<b>35</b>
6.1 Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.....	35
6.2 Evaluación psicopatológica de las muestras de habla .....	36
6.3 Evaluación del hábito de lectura .....	38
6.4 Limitaciones y fortalezas del estudio .....	40
6.5 Futuras líneas de investigación .....	42
<b>7. Conclusiones</b> .....	<b>43</b>
<b>8. Bibliografía</b> .....	<b>44</b>

<b>9. Anexos.....</b>	<b>48</b>
Anexo 1: Modelo de consentimiento informado.....	48
Anexo 2: Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y clínicos.....	50
Anexo 3. Encuesta PRESEEA.....	53
Anexo 4. Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC).....	57
Anexo 5. Cuestionario de hábito de lectura.....	58
Anexo 6. Informe favorable por parte del Comité de Ética.....	59
Anexo 7. Autorización Biblioteca Pública de Benavente.....	60
Anexo 8. Hoja de información.....	61
Anexo 9. Justificante de entrenamiento en la Escala TLC.....	63

## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos del grupo control.....	22
Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en cada ítem en la escala TLC.....	30
Tabla 3. Puntuación total clásica y puntuación alternativa obtenidas en la escala TLC.....	30
Tabla 4. Puntuación obtenida en la escala de hábito de lectura.....	34

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1. Distribución por edades de los sujetos de la muestra del grupo control.....	23
Figura 2. Edad media del grupo control y del grupo de pacientes.....	23
Figura 3. Nivel socioeconómico del grupo control y del grupo de pacientes.....	24
Figura 4. Puntuación total clásica y alternativa del grupo control.....	31
Figura 5. Comparación de puntuaciones clásicas entre controles y pacientes.....	32
Figura 6. Comparación de los ítems de la escala TLC entre controles y pacientes.....	32
Figura 7. Relación entre el hábito de lectura y la convivencia.....	34

## 1. Justificación

La Logopedia es una disciplina científica, independiente, consolidada y universal que se encarga de estudiar científica y técnicamente las alteraciones de la comunicación verbal y no verbal, del lenguaje oral y escrito, del habla, de la audición, de la voz y de las funciones orales no verbales, en sus aspectos normales y patológicos. Se ocupa de la prevención, detección, evaluación, diagnóstico e intervención reeducadora y rehabilitadora de dichos trastornos.

Una de las competencias vinculadas con la Logopedia que establece el libro blanco del título de Grado en Logopedia es la investigación. Actualmente, puede considerarse que en España es necesario fomentar la investigación en logopedia para favorecer la mejoría de los pacientes. Así bien, creo que esta es una actividad excelente de investigación científica que no se limita a los ámbitos de la patología y está enfocada al estudio del lenguaje y la comunicación de las personas, ya que la principal función del logopeda es mantener y/o mejorar las funciones lingüísticas y comunicativas.

En los últimos años, la salud mental y la atención a los trastornos mentales han ocupado un lugar destacado en la sociedad, debido a la alta incidencia y prevalencia que existe. La rama de la medicina que se ocupa de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental y de sus alteraciones es la Psiquiatría. Durante el 2º curso del Grado en Logopedia, cursé esta asignatura y me surgió un especial interés en investigar y formar parte de algún proyecto relacionado con los trastornos del lenguaje y la comunicación en las enfermedades mentales que, con el paso del tiempo, se van relacionando más estrechamente con la Logopedia. Por ello, es relevante destacar la figura del logopeda como miembro integrado en un equipo multidisciplinar, formado por médicos especialistas (entre ellos, psiquiatras, neurólogos y otorrinolaringólogos), psicólogos o trabajadores sociales entre otros, que trabajan conjunta y eficazmente para mejorar la calidad de vida de las personas.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, he decidido realizar el presente TFG siguiendo la línea de investigación de los trastornos del lenguaje y la comunicación en las esquizofrenias, que se desarrolla desde hace años en el Grado en Logopedia de la Universidad de Valladolid, y más recientemente en el grado en Medicina.

## **2. Fundamentación teórica**

### **2.1 LENGUAJE Y COMUNICACIÓN ORAL Y ESCRITA**

El lenguaje está presente en todas las actividades de nuestra vida, por ello, juega un papel fundamental en las prácticas sociales. Se trata de una capacidad humana específica. Es una herramienta que permite al ser humano construirse y reconstruirse, intercambiar ideas, sentimientos y experiencias y, de esta forma, poder comunicarse con los demás. Se manifiesta en forma de conducta observable consistente en signos verbales o de otro tipo y tiene una realidad mental, fisiológica, psicológica y biológica (Giménez & Nohales, 2022).

Se considera que el lenguaje es un proceso cognitivo complejo, que gira en torno a la comprensión y a la producción de emisiones orales o escritas. La comprensión es la capacidad de entender e interpretar el lenguaje, para ello, intervienen algunos factores cognitivos como la atención, la memoria o la percepción. Por otro lado, la producción del lenguaje es el proceso de programación y realización de signos verbales o de otro tipo que permiten al sujeto comunicarse eficazmente (Garayzábal-Heinze, 2009).

Las habilidades que subyacen al lenguaje y permiten a los hablantes comunicarse e interactuar socialmente son la pragmática, la semántica, el léxico, la morfología, la fonología y la fonética. Todas ellas están íntimamente relacionadas entre sí y no pueden funcionar de manera independiente. Por otra parte, se pueden distinguir tres dimensiones del lenguaje, desde la doble vertiente de la expresión y la comprensión respectivamente: forma, contenido y uso. La primera, se refiere a los niveles fonémico, morfosintáctico, y léxico, a la correcta selección de fonemas, morfemas y gramemas, y al uso de las reglas de combinación. El contenido se refiere a los conceptos, es decir, al pensamiento que se traduce en lenguaje expresivo o que se deduce al escuchar al interlocutor. Finalmente, el uso está relacionado con las reglas de uso del lenguaje, los efectos buscados y esperados en el interlocutor y los medios específicos utilizados en el proceso de comunicación (Pérez Pedraza & Salmerón López, 2006).

La comunicación es el proceso más importante cuando hablamos de la interacción humana. El lenguaje es el centro del equilibrio del proceso comunicativo, por ello, para que la comunicación sea eficaz y este proceso sea considerado “normal”, deben seguirse las siguientes características que predominan en la actualidad: las conexiones entre las palabras



y las frases deben ser lógicas y estar orientadas hacia una idea final, se debe establecer contacto visual, ya que demuestra interés y cercanía, no deben existir digresiones como para crear dificultad al interlocutor a la hora de continuar la línea de pensamiento, la cantidad de información transmitida dentro de un marco de tiempo debe ser adecuada (ni tan grande ni tan pequeña como para disminuir la atención o la comprensión del receptor), las palabras y las frases deben ser apropiadas y comunicar un contenido significativo, la comunicación debe fluir rítmicamente y no estar cortada, y el hablante debe mantener una postura corporal correcta, mostrando interés hacia la conversación (Montalván García et al., 2022).

Otra forma de comunicación diferente a la expresión oral es el lenguaje escrito. El conocimiento tanto de los componentes como de las funciones del texto escrito es imprescindible hoy en día para los seres humanos. Son muchas las funciones del lenguaje escrito, siendo la principal, transmitir un mensaje para que pueda permanecer en el tiempo (Giménez & Nohales, 2022). Desde esta perspectiva, surgió la lectura, como un acto consciente, es decir, una práctica dinámica e interactiva entre el interlocutor y el texto. Además, se trata de una competencia compleja en la que convergen diversos componentes emocionales, cognitivos, metacognitivos, estratégicos y automáticos, individuales y sociales. Así bien, a partir de la lectura, nació la competencia lectora. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2009) propone una definición ambiciosa y ampliamente conocida para representar este concepto, que trata de la capacidad de una persona para comprender, utilizar, reflexionar e interesarse por los textos escritos con la finalidad de conseguir los objetos propuestos, desarrollar el conocimiento y el potencial personal y formar parte de la sociedad. A medida que participamos en situaciones significativas y provocadoras de la lectura, esta habilidad se reconstruye y se hace más compleja. Los niveles que intervienen en la lectura son el ejecutivo, que implica el conocimiento y el uso del código escrito, el reconocimiento de los grafemas, de las palabras y de las oraciones; el funcional, a través del cual la lectura permite responder a las exigencias que plantea la vida cotidiana; el instrumental, que destaca la importancia de la lectura para obtener información y acceder al conocimiento de otros y; el epistémico o de lectura crítica, en el que la lectura se utiliza para pensar y contrastar el propio pensamiento, es decir, sirve para identificar, evaluar y contrastar estas ideas en el proceso de cuestionar, reforzar o modificar el conocimiento previo (Solé, 2012).

## **2.2 ASPECTOS BÁSICOS DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DE LA ESQUIZOFRENIA**

Durante el presente TFG, se emplea el concepto de Trastorno Mental Grave para referirse a un grupo de personas que sufren alteraciones psiquiátricas graves y que cursan con trastornos mentales de duración prolongada. Esta condición les lleva a tener un grado variable de discapacidad y de disfunción social que debe ser atendido mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (Del Río Noriega et al., 2020).

Para definir el TMG de la manera más completa posible, se han contemplado las tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno y el nivel de discapacidad de la persona afectada (Espinosa-López, 2017):

- Diagnóstico clínico: presentan un trastorno psicótico (excluyendo los orgánicos) o de la personalidad, con graves alteraciones en la conducta, de acuerdo con los criterios de enfermedad mental correspondientes a los manuales psiquiátricos actuales, DSM-5 y CIE-11.
- Duración de la enfermedad y del tratamiento: duración superior a los dos años.
- Presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento global, evidenciándose alteraciones a nivel labora, social y familiar.

Por tanto, cuando hablamos de trastorno mental grave, nos referimos al conjunto de personas que sufren diferentes entidades clínicas, como esquizofrenia, trastornos delirantes, trastorno bipolar, etc.

Una de las enfermedades mentales más importantes, dado su elevado índice de prevalencia y las repercusiones que genera en la persona que la sufre y su entorno, es la esquizofrenia. La undécima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) vigente desde el 01 de enero de 2022, atribuye a esta enfermedad trastornos en múltiples modalidades mentales, como el pensamiento, la percepción, la propia experiencia, la cognición, la voluntad, el afecto y el comportamiento. Además, puede provocar alteraciones psicomotoras, como la catatonía. Los síntomas centrales que contempla este trastorno son las ideas delirantes, las alucinaciones persistentes, los trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control (Wenzel, 2017).

Esta enfermedad mental provoca uno de los trastornos de la salud mental más complejos que existen. En la antigüedad, las distintas manifestaciones clínicas de la

esquizofrenia tuvieron diferentes denominaciones. Kraepelin reunió todos los términos en uno sólo, “demencia precoz”, diferenciando tres formas clínicas: simple, catatónica y paranoide (Belloch et al., 2020). Posteriormente, Bleuler designó el concepto de esquizofrenia, “mente escindida”, con el que hoy en día, se hace referencia a un trastorno mental grave y, en numerosas ocasiones, crónico e incapacitante (Belloch et al., 2020). Debido a su naturaleza heterogénea y escasamente conocida, este término no tiene un concepto unitario, razón por la que se conocen diferentes síndromes de esquizofrenia. Actualmente, el DSM-5 la categoriza como “espectro de la esquizofrenia” y es considerada la duodécima causa de discapacidad en el mundo, así como el tercer trastorno mental con mayor número de años de vida con discapacidad, ya que, frecuentemente, se produce un deterioro de las esferas personales, familiares, sociales, educativas, laborales y ocupacionales (Belloch et al., 2020).

Con respecto al comienzo de los síntomas psicóticos de esta enfermedad, existen dos posibilidades; que sea brusco o gradual. Habitualmente, se observa un comienzo más insidioso, con síntomas psicóticos subclínicos y signos de perturbación cognitiva y conductual, lo que constituye la “fase prodrómica”. Estos síntomas suelen iniciarse en la adolescencia y seguir un curso evolutivo negativo. De esta forma, las principales manifestaciones clínicas de la esquizofrenia se clasifican en síntomas positivos y negativos. Los primeros, se manifiestan como un exceso o distorsión de las funciones normales, aparecen “*de novo*” con la enfermedad, y, entre ellos, podemos diferenciar las distorsiones de la percepción (alucinaciones), del pensamiento inferencial (delirios o ideas delirantes), del lenguaje y de la comunicación (discurso desorganizado), así como de la organización del comportamiento (comportamiento catatónico y conducta gravemente desorganizada). Por otra parte, los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales, restando capacidades a consecuencia del trastorno y se clasifican en abulia o apatía, anhedonia, pensamiento estereotipado, desatención, retraso psicomotor, alogia y pobreza del lenguaje entre otros (Sebastián et al., 2022).

La dificultad para establecer un diagnóstico, un tratamiento y una rehabilitación, junto a la etiología de carácter multidimensional y su elevada morbimortalidad, convierten este trastorno en uno de los más costosos para los servicios de salud y para la sociedad en general. Esto hace que sea necesario profundizar en su conocimiento para poder prevenirla (González Romero, 2023).

Actualmente, el estigma hacia las personas con esta enfermedad es intenso y generalizado, siendo causa de la exclusión social que sufre este colectivo. Por ello, las relaciones que establecen con los demás, en concreto, con familiares y amigos cercanos, se ven comprometidas. De esta forma, se puede afirmar que la esquizofrenia afecta al contacto del sujeto con la realidad, reduciendo su relación con los otros y, por tanto, afectando a la comunicación y al lenguaje (Sebastián et al., 2022).

### **2.3 LENGUAJE Y COMUNICACIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA**

Las alteraciones del lenguaje y la comunicación se han considerado desde la época de Bleuler y Kraepelin como uno de los elementos más significativos de la esquizofrenia. Por ello, uno de los síntomas más importantes y con mayor relevancia clínica de esta enfermedad son los trastornos del lenguaje o “logopatías” (Dörr, 2010).

Estos pueden ser de dos tipos: puede existir una disminución en la producción verbal, asociada a una reducción en la sintaxis compleja y, por otra parte, pueden darse alteraciones en la comprensión y coherencia del discurso, también conocidas como Trastornos Formales del Pensamiento (TFP), que se clasifican en positivos (presión del habla, tangencialidad, falta de lógica, descarrilamiento e incoherencia) y negativos (pobreza del habla, pobreza del contenido) (Salavera et al., 2013).

Como se ha mencionado previamente, las personas con esquizofrenia muestran una amplia gama de anormalidades en su conducta comunicativa. Por otro lado, los trastornos del lenguaje de estos sujetos son principalmente una pérdida del control voluntario del proceso de generación de palabras. Así pues, estos trastornos provocan un déficit en todos los niveles del lenguaje: fonético/fonológico, morfológico, sintáctico, semántico y pragmático (Salavera Bordas & Puyuelo Sanclemente, 2010).

Es relevante destacar que existe una relación directa entre padecer esquizofrenia y tener una disminución del rendimiento en el apartado de pragmática y semántica, así bien, lo más común en estos sujetos, es la afectación de estos niveles superiores. Desde el punto de vista semántico, una de las alteraciones más frecuentes es el lenguaje disgregado o lenguaje que carece de una idea central, que puede resultar incomprensible para el interlocutor, estando compuestos por frases adecuadas tanto sintáctica como semánticamente. En relación

con la pragmática, el análisis del lenguaje en este tipo de sujetos refleja diferentes aspectos de la comunicación deficitarios, como la pobreza del habla, el descarrilamiento, la pobreza de contenido, la perseveración o la circunstancialidad. El discurso esquizofrénico a menudo es descrito como “incoherente” (Belinchón Carmona, 1979).

A la hora de realizar la evaluación de las manifestaciones lingüísticas de las personas con esquizofrenia surgen diversas dificultades, ya que puede existir una posible confusión en la clasificación y terminología acerca de la psicopatología del lenguaje o un parcial solapamiento de los trastornos del lenguaje con los trastornos formales del pensamiento. Además, existe una heterogeneidad de métodos y modelos utilizados para estudiar este aspecto. Uno de los principales instrumentos desde el punto de vista psiquiátrico para evaluar las manifestaciones psicopatológicas del lenguaje y la comunicación de los pacientes que padecen esquizofrenia es la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (Andreasen, 1986). Esta herramienta de evaluación de los síntomas objetivos del lenguaje, de manera global, tiene los siguientes objetivos: elevar el acuerdo y unificar criterios sobre los trastornos del pensamiento y lenguaje en pacientes con patología psiquiátrica (en particular, esquizofrenia y manía), incrementar la fiabilidad en la recogida de datos sobre estos trastornos y cuantificar la intensidad de los mismos (Andreasen, 1979).

### **3. Objetivos e hipótesis**

El objetivo general del presente Trabajo de Fin de Grado es evaluar las alteraciones del lenguaje y la comunicación mediante la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC) en muestras de habla de un grupo de sujetos control pareado por edad y sexo a un grupo de personas con TMG.

Los objetivos específicos son:

- Describir las características sociodemográficas de un grupo control de personas adultas y compararlas con las de una muestra de personas con TMG pareada en sexo y edad.
- Conocer la frecuencia y la intensidad de los ítems recogidos en la escala TLC relativos a los trastornos del lenguaje y la comunicación de un grupo control mediante la escala TLC.

- Comparar la frecuencia de las manifestaciones psicopatológicas del lenguaje según la puntuación obtenida en los ítems de la escala TLC entre un grupo control y otro pareado de personas con TMG.
- Describir las particularidades de los hábitos de lectura en un grupo control de personas adultas mediante el cuestionario de hábito lector.
- Estudiar las posibles correlaciones entre la puntuación total de la escala TLC y las variables sociodemográficas registradas (edad, sexo, etc.) así como las puntuaciones en el cuestionario de hábito lector.

Se establecen las siguientes hipótesis:

- Existen diferencias significativas respecto la puntuación total de la escala TLC entre personas con trastorno mental grave y sujetos control, mostrando mayor afectación y, por tanto, mayor puntuación los primeros.
- Las diferencias en las puntuaciones de la escala TLC entre personas con TMG y sujetos control son más intensas en los ítems de mayor gravedad: pobreza del habla, pobreza del contenido del habla, presión del habla, distraibilidad (en el habla), tangencialidad, descarrilamiento, incoherencia, falta de lógica, rimas, neologismos y aproximaciones de palabras.
- El hábito de lectura, evaluado por el cuestionario de hábito lector, es mayor en las personas que viven solas y/o presentan estudios universitarios en comparación con las que poseen una familia propia y/o tienen estudios secundarios o menos.
- En el grupo control existen diferencias significativas en el hábito de lectura entre las personas que consumen tóxicos y las que no, mostrando menor puntuación las primeras.
- En el grupo control existe una relación inversa entre la puntuación obtenida en el cuestionario de hábito lector y la puntuación alcanzada en la escala TLC.

## 4. Material y métodos

Se desarrolla un estudio de campo con carácter descriptivo, transversal y observacional en un grupo control pareado de personas adultas en sexo y edad a un grupo de personas con TMG.

### 4.1 Sujetos

La muestra de sujetos de estudio se estableció de acuerdo con los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:
  1. Personas de ambos sexos entre 24 y 69 años sin ninguna patología psiquiátrica previa.
  2. Capacidad para mantener una entrevista de unos 30 minutos de duración sobre temas generales y algunas opiniones o experiencias personales en el marco de un centro cívico o consulta no psiquiátrica.
  3. Obtención de consentimiento informado (Anexo 1).
  
- Criterios de exclusión:
  1. Ausencia de colaboración en el estudio.
  2. Ausencia de capacidad para mantener una entrevista de unos 30 minutos de duración sobre temas generales y algunas opiniones o experiencias personales.
  3. Diagnóstico actual o previo de algún trastorno mental.

A partir de los tres primeros criterios de inclusión se obtuvo una muestra control formada por 20 sujetos, pareada en sexo y edad con el grupo de personas con TMG.

Dada la dificultad que supone la obtención de un grupo pareado por las variables indicadas, la muestra de sujetos estudiados se obtuvo a través de dos medios:

- a. Por medio de una red social. Se publicó una breve presentación personal y del estudio, la hoja de información y el formulario de consentimiento informado en la red social Facebook de la localidad, en la que participan unas 500 personas de las características requeridas. De este modo, se les ofrecerá la participación en el estudio, así como mi contacto para posibles aclaraciones o dudas. Se recogerán de forma sucesiva todos los consentimientos informados de los solicitantes, una vez comprobados los criterios de inclusión.

- b. Por medio de la Biblioteca pública. En caso de que la muestra anterior no fuese suficiente, se procedería a la publicación de varios carteles en la misma (vestíbulo, salas...) indicando brevemente las características principales del estudio y el modo de contacto (teléfono y correo electrónico). Después de este primer contacto, que permitiría proporcionar la hoja de información y formulario de consentimiento informado, se resolverían las posibles aclaraciones o dudas. Una vez comprobados los criterios de inclusión, se recogerían de forma sucesiva todos los consentimientos informados de los solicitantes.

En ambos casos, una vez captada una persona, se acordaría una cita en una sala de la Biblioteca Municipal de Benavente (Zamora). Dicha sala reuniría las condiciones necesarias para la recogida de datos y obtención de la muestra de habla por medio de la entrevista semiestructurada PRESEEA.

#### **4.2 Datos sociodemográficos y clínicos**

Los datos sociodemográficos y clínicos pertinentes se obtuvieron mediante un Protocolo de Recogida de Datos (Anexo 2) que recoge las siguientes variables:

Datos sociodemográficos: edad (años), sexo (hombre o mujer), estado civil (soltero, casado, separado, otros), nivel socioeconómico (bajo, medio, alto), residencia (urbana y semiurbana, rural, otros), convivencia (familia primaria, familia propia, solo, otros), nivel educativo alcanzado (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores, otros), número de años de escolarización alcanzados (primaria, secundaria, universidad, otro tipo de formación o formación adicional), actividad laboral actual (estudiante, ama de casa, obrero o empleado, funcionario, variable, otros), situación laboral actual (activo, paro, jubilado, incapacidad laboral, no procede, otros).

Datos clínicos: antecedentes psiquiátricos (no, consulta por trastornos leves, trastornos mentales graves), consumo habitual de tóxicos (no, sí), en caso de consumir tóxicos, cuál/cuáles (cafeína, alcohol, tabaco, medicinas, cannabis, estimulantes, alucinógenos, otros).

#### **4.3 Evaluación psicopatológica de una muestra de habla**

Para obtener las muestras de habla de los sujetos se realizó una entrevista clínica, individual y semiestructurada mediante la Encuesta PRESEEA (Proyecto para el Estudio



Sociolingüístico del Español de España y de América) (Anexo 3). Se trata de una actividad desarrollada por la Comisión Sociolingüística de ALFAL con el objetivo de crear un Corpus Sociolingüístico y sincrónico de la lengua española. La encuesta se estructura teniendo en cuenta los siguientes módulos temáticos: saludos, el tiempo, lugar donde vive, familia y amistad, costumbres, peligro de muerte, anécdotas importantes de la vida, deseo de mejora económica y final. El orden de tratamiento de los bloques temáticos puede variar según las circunstancias de cada entrevista (Moreno Fernández, 2021).

Una vez reclutadas las muestras de habla, se ha utilizado la Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC) (Andreasen, 1986) (Anexo 4) para realizar la evaluación psicopatológica del lenguaje. Esta prueba es una herramienta para la evaluación del lenguaje de pacientes con trastornos mentales graves, traducida y adaptada a diversos idiomas, entre ellos el español (Jimeno-Bulnes, 2022). Dispone de un manual de aplicación, que se ha seguido rigurosamente a la hora de realizar el presente estudio.

La prueba recoge un total de 20 manifestaciones objetivas característicos de los trastornos de la comunicación, del lenguaje y del pensamiento, que se describen a continuación: pobreza del habla, pobreza del contenido, presión del habla, distraibilidad (en el habla), descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, falta de lógica, rimas, neologismos, aproximaciones de palabras, circunstancialidad, falta de meta, perseveración, bloqueo, ecolalia, afectación del habla, autorreferencia, parafasia fonémica y parafasia semántica. La definición de cada uno de los ítems de la escala se presenta en el apartado *5.2 Resultados de la evaluación psicopatológica del lenguaje*, para así acompañarla de un ejemplo obtenido en las muestras de habla del presente estudio.

La aplicación de esta prueba requiere realizar previamente una entrevista clínica de unos 30-45 minutos de duración y obtener una muestra de habla de cada paciente. A continuación, cada uno de los síntomas ha de puntuarse en una escala de 0 (ausente) a 3 (severo) o 4 (extremo), en función de su intensidad o frecuencia.

Para obtener la puntuación total clásica de la escala se suman las puntuaciones obtenidas en cada uno de los síntomas. De esta forma, el rango de puntuación total clásica es de 0 a 70 puntos. Sin embargo, para conocer la valoración global de la gravedad de los trastornos de pensamiento, lenguaje y comunicación de forma alternativa se propone la multiplicación por dos en el caso de las variables más patológicas, y por uno las de las menos

patológicas. Las primeras (más patológicas) son: pobreza del habla, pobreza del contenido, presión del habla, distraibilidad (en el habla), descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, falta de lógica, rimas, neologismos y aproximaciones de palabras. A su vez, las segundas (menos patológicas) son: circunstancialidad, falta de meta, perseveración, bloqueo, ecolalia, afectación del habla y autorreferencia, parafasia fonémica y parafasia semántica. Así, el rango de puntuación total alternativa es de 0 a 84 puntos.

Por tanto, en esta prueba se ha recogido la prevalencia y los ejemplos de cada uno de los ítems y la puntuación total clásica y alternativa de la escala.

#### **4.4 Evaluación del hábito de lectura**

El cuestionario de hábito lector creado por (Del Valle, 2012) y titulado: *Factores que inciden en la adquisición de hábitos de lectura*, ha sido adaptado por (Aguilar Rojas, 2018) de acuerdo con la teoría de aprendizaje significativo, que menciona que es muy importante enseñar el hábito lector a partir del conocimiento que ya tiene adquirido el sujeto (Anexo 5).

En el presente trabajo, el objetivo de este instrumento es describir las particularidades del hábito lector en el grupo control. Su estructura consta de 16 ítems de opción múltiple, tipo Likert, como: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4) y Siempre (5). El rango de puntuación es de 16 a 80 puntos.

Este cuestionario mide 4 dimensiones que se describen a continuación:

- El tiempo que dedican los sujetos a la lectura, que consta de 5 ítems (durante tus momentos libres te dedicas a leer algún texto previo a la clase/curso, durante los fines de semana te dedicas a leer algún libre en especial que te ayude con el aprendizaje, durante las vacaciones dedicas más tiempo de lectura voluntaria, durante tus ratos libres lees mucho más tiempo del que dispones, durante el último año has incrementado el tiempo de lectura).
- La motivación que presentan a la hora de leer (cuando te recomiendas un libro tratas de conseguirlo, ves películas basadas en argumentos de libros).
- Los recursos que utilizan para acceder a la lectura (consigues los libros que te recomiendan, lees libros de ediciones actuales).

- La metodología que siguen para lograr con los objetivos que requiere la lectura, formada por 6 ítems (puedes predecir o que sucederá cuando lees un texto, cuando lees haces subrayados, cuando lees haces resúmenes, redactas textos donde se evidencia la influencia de lo que has leído, después de leer reflexionas sobre tus avances en lectura, muestras tus dudas respecto a las preguntas que realiza el docente sobre el texto leído, utilizas organizadores visuales para comprender un texto).

#### **4.5 Procedimiento**

El presente TFG contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, por consiguiente, el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este hace constar el informe favorable para la realización de este proyecto (Anexo 6).

Como se ha indicado previamente, el estudio se enmarca en la línea de investigación del área de Psiquiatría de la Universidad de Valladolid, en particular en personas con TMG procedentes de la Asociación El puente de Valladolid (Cano Pérez, 2018; Alonso Alonso, 2023).

En primer lugar, se realizó una actualización de la bibliografía relacionada con el objetivo de esta investigación. Se utilizaron diferentes bases de datos (Dialnet, Google Académico, Pubmed, etc.) para seleccionar la información necesaria, tanto en inglés como en español. Se utilizó la aplicación Mendeley para gestionar la bibliografía utilizada.

Respecto al grupo control, se concertó una reunión con la directora de la Biblioteca Pública de Benavente, para presentar el proyecto y obtener en su caso la autorización (Anexo 7) para el uso de las instalaciones y así realizar la captación de sujetos y la elaboración de las entrevistas.

A continuación se realizó la captación del grupo control pareado en sexo y edad ( $\pm 2$  años) respecto al grupo de personas con TMG, mencionado anteriormente. El siguiente paso fue explicar a los sujetos seleccionados el estudio mediante una hoja de información (Anexo 8) y ofrecerles la posibilidad de colaborar en él. Seguidamente, se repartieron los formularios de consentimiento informado para su cumplimentación y se procedió a concertar una entrevista para la evaluación de los sujetos. Después de comprobar que la persona voluntaria

cumplía con los criterios de inclusión, se realizó una única entrevista durante los meses de enero hasta abril en la que se recogieron sucesivamente los datos sociodemográficos y clínicos necesarios mediante el protocolo de recogida de datos, el cuestionario de hábito de lectura y, finalmente, se realizó la entrevista clínica, individual y semiestructurada mediante la Encuesta PRESEEA.

De esta forma, se procedió a pasar la entrevista a cada participante y se grabó una muestra de habla de unos 30-45 minutos en formato de audio. Después de finalizar las entrevistas, la autora del proyecto, que había sido previamente entrenada por los tutores del TFG en la aplicación de la escala (Anexo 9), evaluó los síntomas psicopatológicos del lenguaje mediante la hoja de registro de escala TLC. Las dudas que surgieron a lo largo del proceso se resolvieron por la alumna y los tutores de manera consensuada.

El desarrollo de las pruebas tuvo lugar del 01/02/2023 al 30/04/2023 en una sala de la Biblioteca Municipal de Benavente (Zamora). Dicha sala reúne las condiciones necesarias ser un entorno natural y que el paciente se sienta cómodo. En todo momento se siguió la normativa vigente referida a los aspectos éticos y la protección de datos, para lo que se obtuvo anteriormente un consentimiento informado firmado voluntariamente por el participante.

Para finalizar, se recogieron todos los resultados en una base de datos en formato Excel y se realizó el análisis estadístico oportuno, descrito en el siguiente apartado.

#### **4.6 Análisis estadístico**

Los valores que pertenecen a las variables cualitativas se presentan como N y en porcentaje (%). Los valores de las variables cuantitativas se muestran como medias con desviación estándar (SD) o mediana con rangos intercuartílicos [Q1-Q3], dependiendo de si la distribución de valores es compatible con la distribución normal.

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa SPSS (Statistics, versión 23.0. Chicago: SPSS Inc.). Se utilizó la regresión lineal para examinar las correlaciones entre las puntuaciones totales de la escala TLC y el cuestionario de hábitos de lectura, así como diversas variables sociodemográficas. Además, se utilizó un ANOVA de un factor para analizar las posibles diferencias estadísticamente significativas.

## 5. Resultados

### ***5.1 Resultados sociodemográficos y clínicos***

#### ***5.1.1 Resultados sociodemográficos y clínicos del grupo control***

A continuación se muestran los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra (Tabla 1): edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, residencia, convivencia, nivel educativo alcanzado, número de años de escolarización alcanzados, actividad laboral actual, situación laboral actual, antecedentes psiquiátricos, consumo habitual de tóxicos y, en caso de consumir tóxicos, cuál/cuáles.

La muestra está constituida por un total de 12 hombres y 8 mujeres. La edad media de la muestra es de 48.2 años (DT= 9.821) (Fig. 1). El 20% de los sujetos vive con su familia primaria, el 65% vive con su familia propia y el 15% vive solo. En relación al nivel socioeconómico, el 10% de los sujetos presenta un nivel bajo y el 90% restante presenta un nivel medio.

Con respecto a los años de escolarización alcanzados, el 5% de la muestra ha cursado estudios primarios, el 30% estudios secundarios, el 50% estudios universitarios y el 15% otro tipo de formación. En relación con la actividad laboral actual, el 5% de los sujetos de la muestra son estudiantes, el 45% obrero o empleado, el 30% funcionario, el 5% tiene un empleo variable y el 15% tiene un empleo diferente. En cuanto a la situación laboral actual, el 85% está activo, el 5% en paro, el 5% jubilado y el 5% tiene incapacidad laboral.

Con relación a los antecedentes psiquiátricos, el 19% no presenta y el 5% presenta trastornos leves. El 50% de los sujetos no presentan consumo habitual de tóxicos y el otro 50% sí consume. Dentro de los tóxicos consumidos, la cafeína la consume el 5% de los sujetos, el alcohol el 6% y el tabaco el 3%.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos del grupo control

<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>	Hombre	12	60%
	Mujer	8	40%
<b>EDAD</b>	(20-25] años	1	5%
	(25-30] años	0	0%
	(30-35] años	0	0%
	(35-40] años	3	15%
	(40-45] años	4	20%
	(45-50] años	4	20%
	(50-55] años	4	20%
	(55-60] años	1	5%
	(60-65] años	2	10%
	(65-70] años	1	5%
	Mediana	47.5 [41.5 - 54]	
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero	11	55%
	Casado/convive	6	30%
	Separado/divorciado	2	10%
	Otros	1	5%
	<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	Bajo	2
	Medio	18	90%
	Alto	0	0%
<b>RESIDENCIA</b>	Urbana o semiurbana	15	75%
	Rural	5	25%
	Otros	0	0%
<b>CONVIVENCIA</b>	Familia primaria	4	20%
	Familia propia	13	65%
	Solo	3	15%
	Otros	0	0%
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	Sin estudios	0	0%
	Estudios primarios	3	15%
	Estudios secundarios	5	25%
	Estudios superiores	12	60%
	Otros	0	0%
<b>NÚMERO DE AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN ALCANZADOS</b>	Primarios	1	5%
	Secundarios	6	30%
	Universitarios	10	50%
	Otro tipo de formación o formación adicional	3	15%
	<b>ACTIVIDAD LABORAL ACTUAL</b>	Estudiante	1
	Ama de casa	0	0%
	Obrero o empleado	9	45%
	Funcionario	6	30%
	Variable	1	5%
	Otros	3	15%
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Activo	17	85%
	Paro	1	5%
	Jubilado	1	5%
	Incapacidad laboral	1	5%
	No procede	0	0%
	Otros	0	0%
	<b>ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS</b>	No	19
	Trastornos leves	1	5%
	Trastornos mentales graves	0	0%
<b>CONSUMO HABITUAL DE TÓXICOS</b>	No	10	50%
	Sí	10	50%
<b>TÓXICOS CONSUMIDOS</b>	Cafeína	5	50%
	Alcohol	6	60%
	Tabaco	3	30%
	Medicinas	0	0%

Cannabis	0	0%
Estimulantes	0	0%
Alucinógenos	0	0%
Otros	0	0%

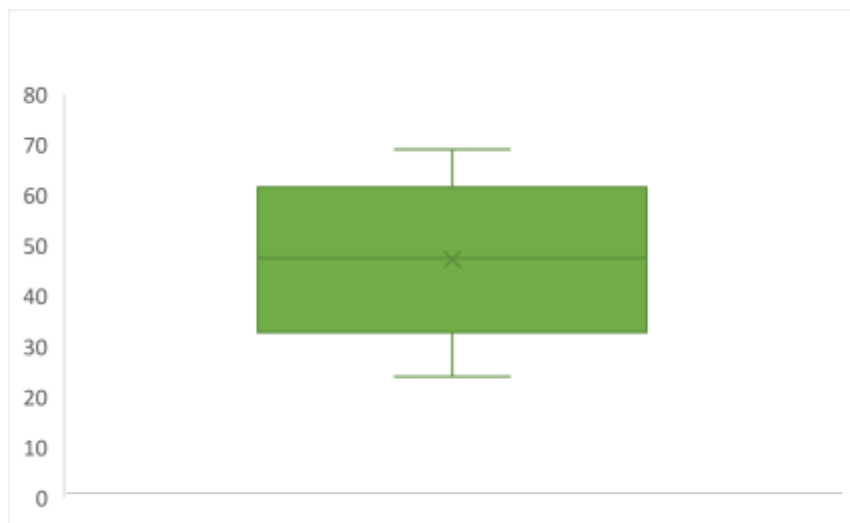


Figura 1. Distribución por edades (en años) de los sujetos de la muestra del grupo control

### 5.1.2 Comparación de resultados sociodemográficos entre el grupo control y el grupo de pacientes

Al tratarse de un estudio pareado en sexo y edad ( $\pm 2$  años) al de una muestra de personas con TMG, se puede observar que no existen diferencias significativas en las variables más relevantes: sexo, edad, y nivel socioeconómico (Figs. 2 y 3). Ambas muestras están compuestas por 12 hombres y 8 mujeres. Con respecto a la edad de los sujetos de las muestras, no existe casi diferencia entre ambos grupos. En relación con el nivel socioeconómico, los resultados del grupo control son escasamente mayores que los del grupo de pacientes, aunque la diferencia entre ambos es mínima.

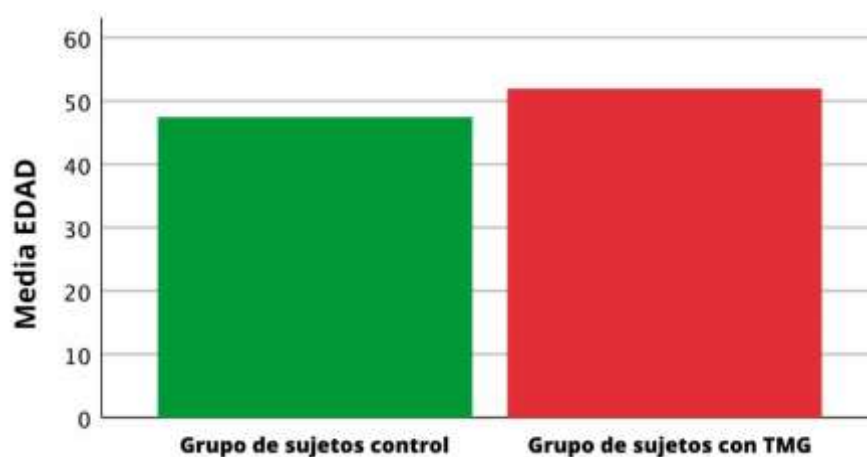


Figura 2. Edad media del grupo control y del grupo de pacientes

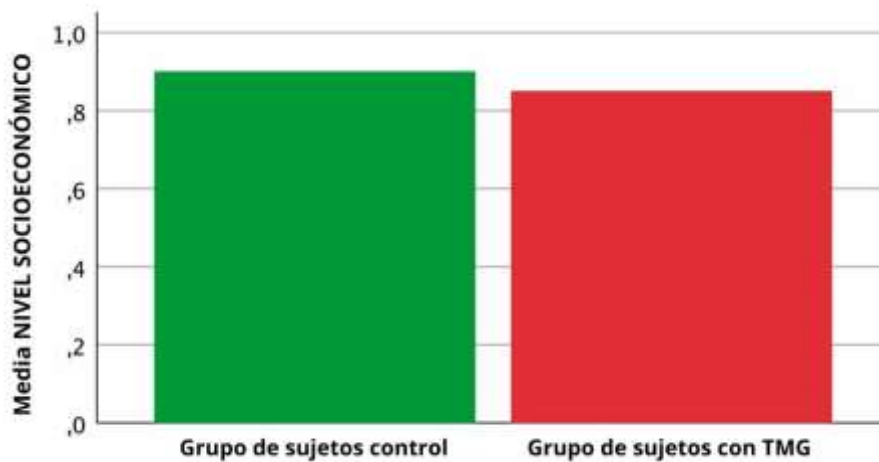


Figura 3. Nivel socioeconómico del grupo control y del grupo de pacientes

## 5.2 Resultados de la evaluación psicopatológica de las muestras de habla

### 5.2.1 Resultados de la evaluación psicopatológica del lenguaje del grupo control

A continuación se muestran de manera individual los ítems que componen la escala, exponiendo los ejemplos concretos obtenidos en las muestras de habla de los sujetos. Los ítems se presentan siguiendo su orden de aparición en la escala (Andreasen, 1979). Además, se describen las puntuaciones obtenidas en cada ítem en la escala TLC en el grupo control de sujetos (Tabla 2) y la puntuación total clásica y alternativa obtenidas en la escala TLC (Tabla 3). Se observa que la puntuación total de la TLC clásica y la alternativa no tiene diferencias significativas, las dos se correlacionan linealmente (Fig. 4). De esta forma, se puede indicar que ambas puntuaciones equivalen al mismo resultado.

- **Pobreza del habla**

“Restricción de la cantidad de habla espontánea, de manera que las respuestas a las preguntas tienen a ser breves, concretas y poco elaboradas”.

- E: *¿Y, por ejemplo, a tu médico?*  
S: *Pues no sé.*
- E: *¿Y qué es lo que más te gusta de tu casa?*  
S: *Pues todo.*
- E: *¿Cómo es tu hija? Descríbemela físicamente.*  
S: *Grande.*



- **Pobreza del contenido**

“Las respuestas son suficientemente largas y el lenguaje es adecuado en cantidad, pero conlleva poca información. Además, tiende a ser vago, a menudo muy abstracto o demasiado concreto, repetitivo y estereotipado”.

➤ *E: ¿Tú que crees que va a pasar si deja de llover y continúa la sequía en los próximos años?*

*S: Buf, ¿qué va a pasar? Pues que nos vamos a matar entre todos. No es que nos vayamos a matar así físicamente, vamos a, que diría, es que, vamos a buscar la manera de seguir adelante, como te diría, pero si ya de por si nos está costando las envidias, como veamos lo que nos están haciendo ahora los políticos y eso como vayan por este estilo y vamos eso es que no vamos a poder nosotros salir adelante, no nos van a dejar, la juventud de ahora lo vais a pasar mal y nosotros peor todavía.*

- **Presión del habla**

“Aumento en la cantidad de habla espontánea en comparación con lo que se considera normal o lo que es habitual en el medio social del paciente”.

➤ *E: ¿Qué cambiarías?*

*S: Pues hubo un momento de inflexión que yo me iba a desviar, digámoslo así, por una chica, y lo que cambiaría sería que, en esta vida ahora mismo, yo se lo digo a mi hija, creo, cada vez creo más que solo hay dos tipos de personas, los rompe espaldas y los que mandan a romperse la espalda, no va a haber más. Y cambiaría que los estudios son súper importantes porque por lo menos te van a dar oportunidades en la vida y si no tienes estudios a lo único que vas a poder dedicarte es a romperte la espalda, sinceramente. En trabajos duros de esta vida y cada vez peor pagados o peor hasta vistos, sabes, del trato humano, sabes, y si por lo menos tienes estudios, puede que caigas en un trabajo de rompe espalda, yo no digo que no, pero podrás tener en algún momento de tu vida otras, y yo, pues, por circunstancias estuve ahí un par de unos años por eso me mandaron a Barcelona que yo iba camino pues no a la delincuencia pero si al vaguismo total y bueno pues eso es lo que cambiaría pero bueno al final no me desvié ósea o creo que no me desvié.*

- **Distraibilidad**

“El paciente deja de hablar en medio de una frase o idea y cambia de tema en respuesta a un estímulo cercano”. No se han encontrado indicios de esta alteración en ninguno de los sujetos.

- **Tangencialidad**

“Contestar a una pregunta de una forma oblicua, indirecta o irrelevante”.

- *E: ¿Y son iguales los amigos que se tiene en la infancia a los que se tienen ahora?*  
*S: Pues yo a algunos los conservo. De hecho, dos de mis mejores amigas ahora eran mis amigas desde el colegio.*
- *E: ¿Y qué tal te llevas con ella?*  
*S: Pues mira solemos quedar todas las semanas amigos de la universidad, amigos de mi mujer, con familiares.*

- **Descarrilamiento**

“Las ideas se van del hilo hacia otro que está relacionado de forma clara pero oblicua, o bien hacia otro contenido con el que no tiene ninguna relación”.

- *E: ¿Y qué sueles hacer en un día normal? Cuéntame un poco, desde que te levantas hasta que te acuestas.*  
*S: Pues trabajo por la noche. Es un matadero de pollos y tengo que hacer un control del bienestar animal tengo que hacer una supervisión del matadero antes de empezar de que todo funcione correctamente los procesos de higiene desinfección que está todo limpio los manipuladores que tienen que estar limpios con su traje adecuado que no fumen que se pongan los guantes los manguitos el mono el delantal y luego controlar los pollos el bienestar animal como dije antes y luego pues eso la inspección post mortem por si son aptos para el consumo o no son aptos para el consumo más luego el almacenamiento tienen que almacenarse en frío una temperatura entre cero y cuatro grados y después hay una sala de despiece anexa que también trabaja la gente y tengo que controlar la sala de despiece y y la clasificación el etiquetado y el transporte de los pollos.*

- **Incoherencia**

“Es un tipo de habla que puede llegar a ser esencialmente incomprensible”. Esta alteración no ha sido hallada en ninguna de las muestras de habla.

- **Falta de lógica**

“Patrón del habla en el que se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica”. No se han observado ejemplos de esta alteración en ninguna de las muestras.

- **Asociaciones fonéticas**

“Patrón de habla en el que la elección de palabras parece estar determinada por los sonidos y no por sus relaciones de significado”. Esta alteración no se ha observado en ningún sujeto.

- **Neologismos**

“Formación de palabras nuevas o grupo de palabras con un significado completamente nuevo y cuyo origen no es comprensible”.

➤ S: “*Jasca*”

- **Aproximaciones de palabras**

“Palabras antiguas que se usan de una forma nueva poco convencional, o palabras nuevas que se desarrollan con las reglas convencionales de formación de palabras”.

➤ S: “*Salazona*” “*Fifty fifty*”

- **Circunstancialidad**

“Patrón de discurso que es muy indirecto y que tarda mucho tiempo en llegar a la idea final”.

➤ E: *¿Y eso es lo que siempre has querido ser realmente?*

S: *Bueno ser profesor de historia sí, ser jefe de estudios no, ser jefe de estudios me ha tocado y espero que se acabe pronto, pero sí. Realmente siempre me gustó la historia y y la formación también me gustó porque yo antes de acabar la carrera trabajaba en trabajos relacionados, era monitor de ocio y tiempo libre, trabajaba los veranos también en un centro de disminuidos o discapacitados psíquicos y luego pues probé con cuando acabé la carrera probé con el máster y me gustó la enseñanza y desde entonces pues pues me encuentro cómodo, me gusta lo que hago y soy feliz laboralmente.*

- **Pérdida de meta**

“Incapacidad de seguir una cadena de pensamiento hasta su conclusión natural”.

➤ E: *Y la gente cada vez sale menos por la noche por miedo a que les ocurra algo desagradable (atracos, violaciones, peleas). ¿Cómo ves la delincuencia en esta zona?*

S: *Pues aquí en Villabrázaro supongo que no haya ningún tipo de delincuencia y en Benavente, que es lo que está al lado, pues pues al final no es que haya*

*delincuencia, es que es eso, el móvil, las redes sociales, todo el mundo quiere grabarse, todo el mundo quiere ser el más guay, salto de una tapia soy el más guay, entro a un edificio que está vacío o no vacío soy el más guay, pero a dos o tres grabándome soy el más guay y las chicas pues bueno que todo lo quieren hacer antes y de otra manera, no lo sé.*

- **Perseveración**

“Repetición persistente de palabras, ideas o temas”.

- *E: Claro es que antes todo el mundo se conocía ahí.*  
*S: Yo salía con, salía en la pandilla con la mujer de XXX el primo de XXX, con XXX. Salíamos en la misma pandilla. Siempre íbamos en la misma pandilla porque éramos de la misma peña, la Peña Garrafón. Y salíamos en la misma pandilla y nos conocimos así por mediación de XXX que era amigo del hermano de una amiga mía, nos fuimos conociendo así.*
- *E: ¿Estás casada, como conociste a tu pareja, tienes o piensas tener hijos? Cuéntame.*  
*S: Conocí a mi pareja en el año 94, cuando lo conocí con toda la jasca del pueblo, conocí a tu tío, conocí a XXX, conocí a XXX. A XXX lo conocí por mediación de su primo. Conocí a XXX, conocí a XXX que en paz descanse, conocí a toda la jasca, a todos los que iban y los conocí en la calle los carros.*

- **Ecolalia**

“El paciente actúa como el eco de las palabras del entrevistador”. Esta alteración no ha sido observada en ninguna de las muestras.

- **Bloqueo**

“Interrupción del hilo del habla, antes de que se haya completado una idea o pensamiento”.

- *E: Y cuéntame más cosas importantes o curiosas que te hayan ocurrido, algún robo, algún premio, algún viaje especial, días importantes en relación con tus hijos...*  
*S: Jolines así, muy importantes muy importantes... hija mía, pues es que no me pasa nada en esta vida. Yo qué sé, no no lo sé, ahora mismo cosas curiosas, me he atascado un poco ahora mismo. Curiosas, pues no sé, anécdotas pues... Ayúdame.*

- **Afectación del habla**

“Habla que tiene una cualidad excesivamente afectada o formal. Puede parecer rebuscada o pasada de moda, pomposa, distante o excesivamente educada”. No se han observado indicios de que esta alteración esté presente en las muestras de habla.

- **Autorreferencia**

“El paciente repetidamente refiere a sí mismo temas de los que se está hablando o temas aparentemente neutrales”.

- *E: Bueno, ahora vamos a hablar del lugar donde vives. Me tienes que contar dónde vives, cómo es tu casa. Descríbemela un poco.  
A ver, mi casa es muy humilde. Es una casa humilde de una persona trabajadora normal y corriente. Es pequeña, una casa de sesenta metros cuadrados, que estoy súper orgullosa de haberla hecho yo, haber hecho la masa yo, haber subido los ladrillos yo, de haberlos puesto yo, los azulejos yo, con mi marido los dos.*

- **Parafasias fonémicas**

“Pronunciación errónea reconocible de una palabra porque los sonidos o las sílabas no corresponden a la secuencia correcta”.

- *S: Por circunstancias de que lo mismo pues no iba bien “encaminao” (en vez de encaminado).*

- **Parafasias semánticas**

“Sustitución de una palabra inadecuada por otra, al tratar de decir algo específico”. No se han encontrado ejemplos de este ítem en las muestras de habla.

Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en cada ítem en la escala TLC.

SÍNTOMAS	AUSENTE (0)		PRESENTE		LEVE (1)		MODERADO (2)		GRAVE (3)		EXTREMO (4)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Pobreza de habla	17	85%	3	15%	2	10%	1	5%	0	0%	0	0%
2. Pobreza del contenido del lenguaje	16	80%	4	20%	4	20%	0	0%	0	0%	0	0%
3. Presión de habla	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
4. Distraibilidad	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
5. Tangencialidad	18	90%	2	10%	2	10%	0	0%	0	0%	0	0%
6. Descarrilamiento	19	95%	1	5%	1	5%	0	0%	0	0%	1	5%
7. Incoherencia	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
8. Falta de lógica	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
9. Asociaciones fonéticas	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
10. Neologismos	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
11. Aproximaciones de palabras	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	*	*
12. Circunstancialidad	19	95%	1	5%	1	5%	0	0%	0	0%	*	*
13. Perdida de meta	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	*	*
14. Perseveración	18	90%	2	10%	2	10%	0	0%	0	0%	*	*
15. Ecolalia	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	*	*
16. Bloqueo	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	*	*
17. Afectación del habla	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	*	*
18. Autorreferencia	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	*	*
19. Parafasia fonémica	19	95%	1	5%	1	5%	0	0%	0	0%	*	*
20. Parafasia semántica	20	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabla 3. Puntuación total clásica y puntuación alternativa obtenidas en la escala TLC

Nº	Puntuación total TLC clásica	Puntuación total TLC alternativa
1	2	3
2	0	0
3	1	2
4	1	2
5	0	0
6	0	0
7	2	4
8	1	2
9	2	3
10	0	0
11	0	0
12	0	0
13	0	0
14	0	0
15	0	0
16	6	10
17	0	0
18	0	0

19	0	0
20	1	2
Mediana	0	0
Rango intercuartílico	0-1	0-2

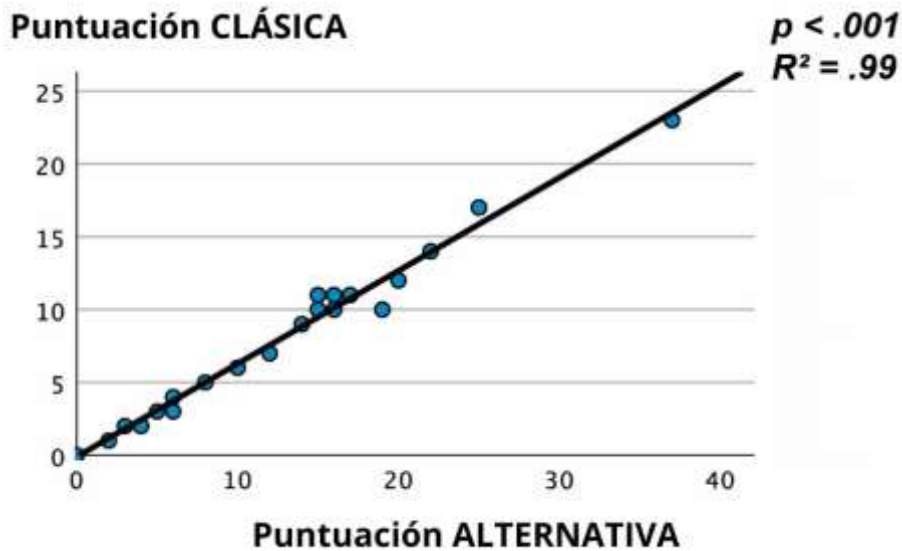


Figura 4. Puntuación total clásica y alternativa del grupo control

### 5.2.2 Comparación de resultados de la evaluación psicopatológica del lenguaje entre el grupo control y el grupo de pacientes

Como no existen contrastes relevantes entre la puntuación clásica y la alternativa, se tiene en cuenta la puntuación clásica o habitual para comparar los resultados del grupo control con los del grupo de pacientes, en los cuales se observan discrepancias (Fig. 5). Existen diferencias significativas entre el grupo control, que tiene una puntuación media total clásica de 0.8 y el grupo de pacientes en cuanto a la puntuación de la TLC, siendo mucho más elevada la de estos últimos. Además, se expone la comparación de los diferentes ítems que componen la escala TLC entre el grupo control y el grupo de sujetos (Fig. 6). En primer lugar, los ítems que están presentes en el grupo control también aparecen en el grupo de pacientes y son: pobreza del habla, pobreza del contenido, tangencialidad, descarrilamiento, circunstancialidad, perseveración y parafasias fonémicas. Los dos primeros tienen mayor puntuación en el grupo control. Además, el grupo de pacientes también presenta presión del habla, incoherencia, falta de lógica, pérdida de meta, autorreferencia y parafasias semánticas. Destaca por su elevada

puntuación el descarrilamiento y la pérdida de meta, que, de manera frecuente, aparecen conjuntamente y les sigue la tangencialidad y la pobreza del contenido.

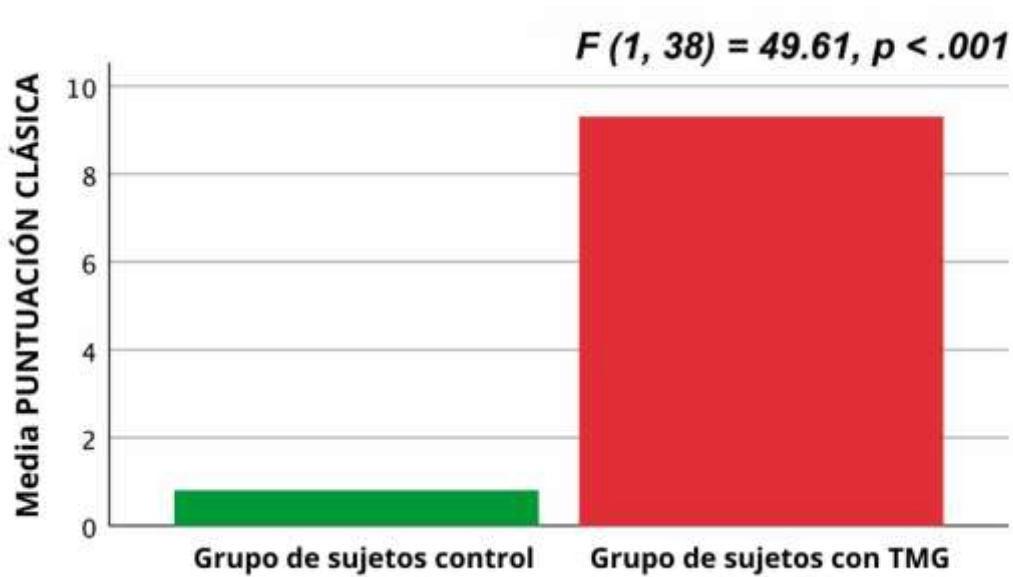


Figura 5. Comparación de puntuaciones clásicas entre controles y pacientes

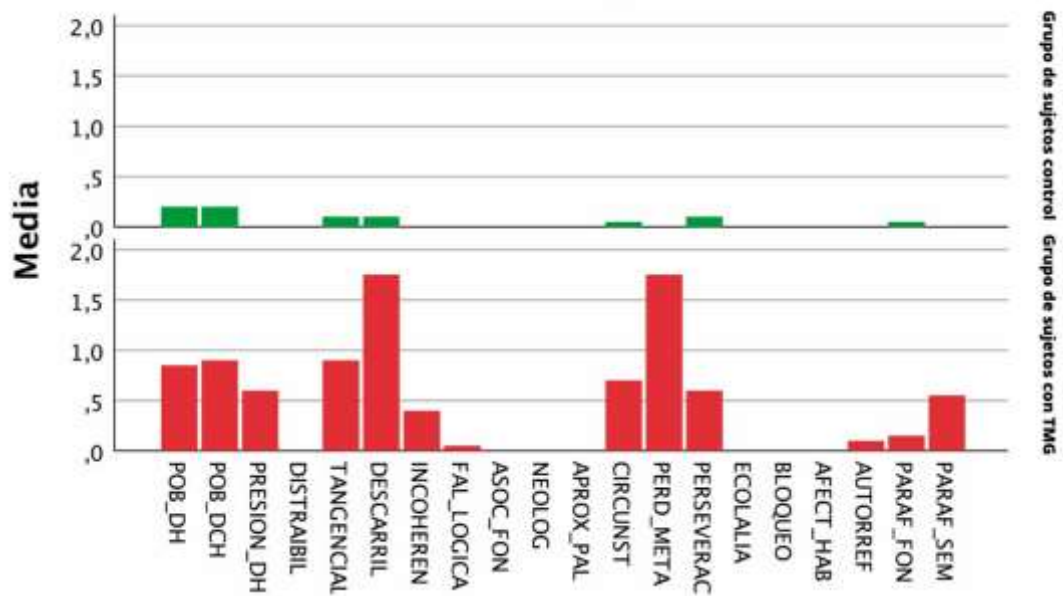


Figura 6. Comparación de los ítems de la escala TLC entre controles y pacientes



### **5.3 Resultados de la escala de hábito de lectura del grupo control**

A continuación se muestran las puntuaciones obtenidas por los sujetos en esta escala, así como el total de puntos alcanzados en cada pregunta (Tabla 4). La dimensión que más puntuación ha alcanzado es la motivación, con una media de 69.5 puntos (DT=6.285). Le siguen los recursos, con una media de 67 puntos (DT=4.243) y la metodología, con una media de 63.5 puntos (DT=7.368). Sin embargo, el tiempo ha obtenido una puntuación media de 59, siendo esta la más baja de las cuatro dimensiones evaluables. Los ítems que han alcanzado menor puntuación son el 2 (*durante los fines de semana te dedicas a leer algún libre en especial que te ayude con el aprendizaje*) y el 5 (*durante el último año has incrementado el tiempo de lectura*), ambos relacionados con el tiempo de lectura. Los acompaña el 12 (*cuando lees haces resúmenes*). Sin embargo, los ítems 7 (*ves películas basadas en argumentos de libros*) y 10 (*puedes predecir o que sucederá cuando lees un texto*) son los que más puntuación han alcanzado, con 77 y 76 puntos respectivamente.

La puntuación total alcanzada de los participantes tiene una media de 43.85 (DT=11.797).

El sujeto que más puntuación ha alcanzado (71 puntos) es un varón de 39 años que presenta un nivel socioeconómico medio, vive solo, tiene estudios universitarios, actualmente es funcionario, no tiene antecedentes psiquiátricos y consume habitualmente alcohol.

La menor puntuación (23 puntos) pertenece a un varón de 42 años que presenta un nivel socioeconómico medio, tiene familia propia, estudios secundarios, es empleado, no tiene antecedentes psiquiátricos y consume habitualmente café y tabaco.

No se han hallado asociaciones entre el hábito de lectura y los factores sociodemográficos analizados, a excepción de la convivencia, ya que existe una relación directa entre las personas que viven solas y la puntuación en la escala del hábito de lectura. Por ende, se puede visualizar la presencia de una tendencia significativa asociada a tener un mejor hábito de lectura si el sujeto vive solo (Fig. 7).

Tabla 4. Puntuación obtenida en la escala de hábito de lectura

PREGUNTAS		SUJETOS																				TOTAL PREGUNTAS
Nº	DIM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	TIEMPO	4	3	5	2	2	3	3	2	4	3	4	5	5	4	3	1	5	1	3	5	68
2		5	3	3	2	1	3	2	2	3	4	3	1	5	4	2	1	3	1	2	1	53
3		5	3	1	2	1	3	3	2	3	5	5	1	5	3	2	1	3	4	3	1	60
4		5	3	5	3	1	3	2	2	3	4	4	1	5	3	3	1	2	4	2	1	61
5		5	2	1	3	1	1	3	2	3	4	3	1	5	2	3	1	3	1	1	3	53
6	MOTIVACIÓN	3	4	3	4	1	3	2	3	3	3	3	2	4	3	3	2	2	3	4	1	62
7		4	4	3	4	3	5	4	2	4	4	3	3	3	3	4	5	5	1	3	3	77
8	RECURSOS	3	4	3	4	1	4	3	3	4	3	4	1	3	4	3	1	3	4	4	3	70
9		3	3	5	4	1	4	2	2	3	3	3	1	4	3	3	1	2	3	4	1	64
10	METODOLOGÍA	5	3	5	3	3	3	2	3	3	4	4	3	3	3	4	1	4	3	4	3	76
11		5	1	5	1	5	2	3	2	4	1	4	1	5	1	2	1	1	1	3	1	60
12		5	2	1	1	1	2	3	2	3	1	3	1	5	2	2	1	1	3	1	1	53
13		1	2	5	1	3	2	2	2	3	2	3	3	4	2	3	1	1	3	3	1	60
14		1	3	3	3	4	4	2	2	4	3	3	1	5	3	3	2	3	2	2	1	69
15		1	3	5	2	1	4	2	2	3	2	2	1	5	3	3	1	1	2	3	1	62
16	1	3	5	2	1	2	2	2	2	2	4	1	5	4	3	1	2	2	4	1	65	
TOTAL SUJETOS		56	46	58	41	30	48	40	35	52	48	55	27	71	47	46	23	41	38	47	28	

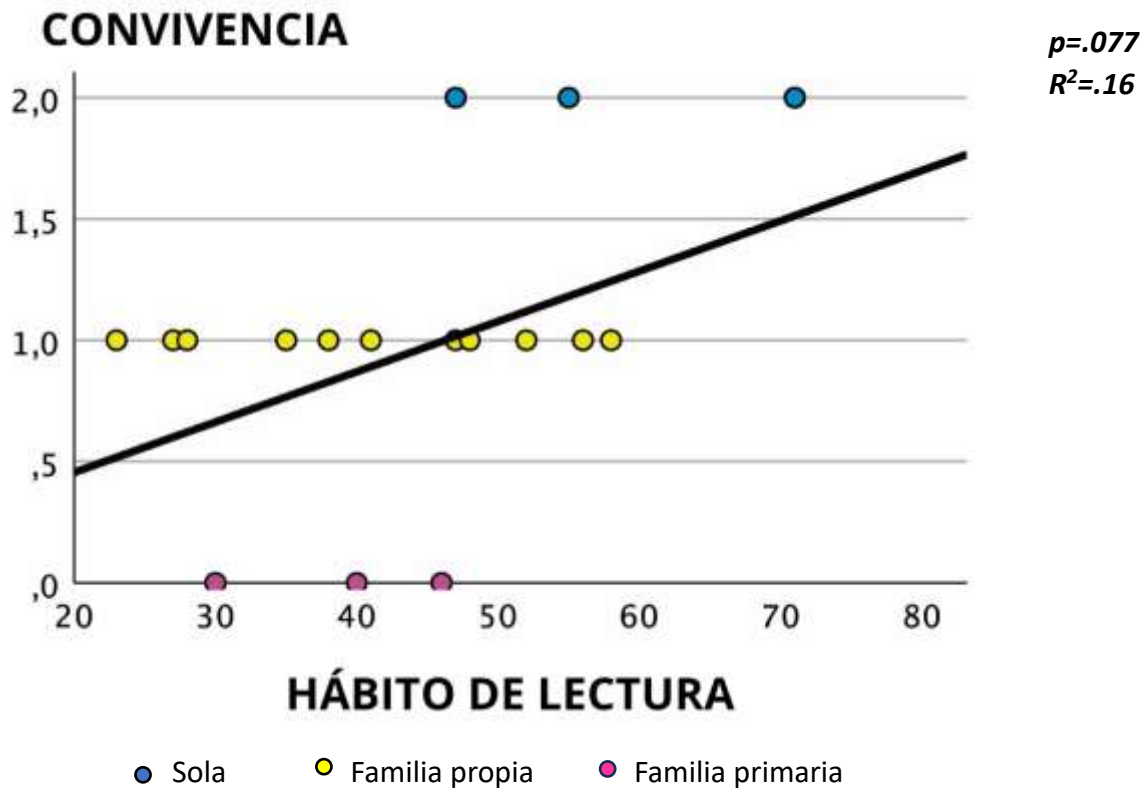


Figura 7. Relación entre el hábito de lectura y la convivencia

## 6. Discusión

El presente trabajo consistió en un estudio de campo de carácter observacional y descriptivo en el que se llevó a cabo la evaluación psicopatológica de las muestras de habla obtenidas en un grupo control, pareado por sexo y edad, a una muestra de 20 sujetos con trastorno mental grave. Además, estos resultados se complementaron con la evaluación del hábito lector de estos sujetos.

### ***6.1 Características sociodemográficas y clínicas de la muestra***

Cuando estudiamos las características del lenguaje, es necesario recoger determinadas variables sociodemográficas y clínicas que pueden afectar directa o indirectamente al funcionamiento global, lingüístico y comunicativo de las personas. Gracias a la exploración de estos aspectos, se puede identificar la presencia y el grado de las alteraciones del lenguaje y la comunicación que muestran los sujetos control evaluados.

La muestra de sujetos del grupo control (N=20) presenta un valor central de 48.2 [41.5-54] para la variable edad y estaba constituida por un total de 12 hombres y 8 mujeres. Además, los sujetos contaban principalmente con estudios superiores (60%) y la mayoría estaban activos laboralmente (85%). Si seleccionamos la muestra de sujetos control del estudio de otro autor (Grijalvo et al., 2001) podemos observar que tiene un tamaño muestral de 11 sujetos, 4 mujeres y 7 hombres, que tenían un nivel educativo de bachillerato superior en mayor medida y la mayoría se encontraban solteros. Existe otro proyecto (Galaverna, F., Marino, J., & Abraham, M., 2008) que tiene un tamaño muestral de controles más amplio (N=71). Por otro lado, uno de los criterios de inclusión del presente trabajo hace referencia a no presentar alteraciones psiquiátricas graves, lo que implica necesariamente no padecer TMG ni otras alteraciones severas. En el estudio inicial del grupo de pacientes es necesario que los sujetos presenten TMG, lo que implica necesariamente el carácter crónico de la enfermedad. En otro proyecto (Galaverna, F., Marino, J., & Abraham, 2008) las personas voluntarias necesitaban tener estudios secundarios o universitarios, finalizados o en curso, y uno de los requisitos para considerar a un sujeto sano era que no presentara antecedentes de abuso de consumo de sustancias tóxicas. Con respecto a este aspecto, el 50% del grupo control consume alguna sustancia tóxica, predominando el alcohol (60%), seguido de la cafeína (50%) y del tabaco

(30%). Si lo comparamos con el grupo de pacientes, el 45% de los sujetos no consumen ninguna sustancia tóxica, el 15% consume únicamente tabaco y el 40% consume varias sustancias tóxicas que no se especifican. En cuanto a la edad y al sexo, no se observan diferencias significativas entre el grupo de pacientes y el grupo control, ya que es un estudio pareado que puede presentar una diferencia máxima de 2 años. Teniendo en cuenta el nivel socioeconómico, este aspecto es estrechamente más elevado en los sujetos que forman parte del grupo control. Por otra parte, los sujetos del grupo de pacientes se encuentran la mayoría solteros, y en menor medida divorciados, así bien, los sujetos del grupo control también están en mayor medida solteros o casados.

## **6.2 Evaluación psicopatológica de las muestras de habla**

La aplicación de la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación ha revelado la presencia de síntomas objetivos en el 40% de los sujetos de la muestra. Se obtuvo una puntuación total habitual de 0 [0-1] y una puntuación total alternativa de 0 [0-2]. Los trastornos más frecuentes que se han registrado son pobreza del contenido (presente en el 20% de los sujetos de la muestra) y pobreza del habla (presente en el 15%), seguidos de tangencialidad y perseveración (aparece en el 10% de los sujetos de la muestra). En menor frecuencia aparece el descarrilamiento, la circunstancialidad y las parafasias fonémicas (presentes en el 5% de los sujetos). Otro estudio relevante que analiza las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia (Grijalvo et al., 2001) muestra que, a la hora de pasar la escala TLC a sujetos controles normales, se han evidenciado puntuaciones excesivamente bajas.

Si comparamos estos resultados con los del grupo de pacientes (Alonso Alonso, 2023), encontramos que todos los síntomas presentes en el grupo control también aparecen en los sujetos con TMG. Además, es relevante mencionar que los síntomas que no se encuentran presentes en el grupo control, tampoco se hallan en el grupo de pacientes. Por tanto, no se observan ejemplos en ninguna de las muestras de habla de distraibilidad en el habla, asociaciones fonéticas, neologismos, aproximaciones de palabras, ecolalia, bloqueo y afectación del habla. No obstante, los síntomas como la presión del habla, la incoherencia, la falta de lógica, la pérdida de meta, la autorreferencia o las parafasias semánticas están presentes en los sujetos con TMG y no aparecen en el grupo de sujetos control.

Si observamos los resultados obtenidos en un estudio previo (Cano Pérez, 2018), encontramos una alta presencia de numerosos síntomas explorados en la TLC. Dentro de estos, los más frecuentes son la circunstancialidad, la perseveración y la presión del habla, con un 55% de aparición los dos primeros y un 50% el último. Sin embargo, los menos frecuentes son las asociaciones fonéticas, la ecolalia y los neologismos, con un porcentaje menor al 5%. A la hora de comparar los resultados de este estudio anterior con los alcanzados en el presente TFG, encontramos que los síntomas que tienen mayor prevalencia (>50%), se encuentran presentes en menor medida en las muestras de habla del grupo control.

Una vez identificadas las diferencias significativas que existen en cuanto a los componentes lingüísticos y comunicativos, ¿por qué los sujetos con trastorno mental grave no son considerados personas susceptibles de intervención logopédica? Se considera que existen dos posibilidades (De Rioja Lozano, 2016):

Por un lado, el abordaje de esta enfermedad de manera tradicional ha sido desde la psiquiatría, la psicología o el trabajo social, por lo que hoy en día la logopedia todavía es una disciplina que se está dando a conocer de manera paulatina y que, con el paso del tiempo, se va abriendo camino dentro de la sociedad actual. Es relevante destacar que el logopeda es el único profesional capacitado para abordar las alteraciones tanto del lenguaje como de la comunicación, de manera independiente o formando parte de un equipo multidisciplinar. Así bien, la aportación logopédica en la intervención multidisciplinar es imprescindible para rehabilitar las habilidades lingüísticas y mejorar la comunicación, pues ambos factores contribuirán al desarrollo de unas habilidades sociales adecuadas, proporcionarán una adaptación correcta en cuanto a las exigencias comunicativas del entorno, reducirán el estigma de las personas con este trastorno mental grave, favorecerán su integración social y mejorarán sus relaciones interpersonales, optimizando así la calidad de vida de estos sujetos.

Otra idea que acompaña a esta suposición es que los aspectos formales del lenguaje en las personas con TMG no se encuentran demasiado alterados, puesto que la afección lingüística se observa con mayor claridad al analizar el discurso en su globalidad. Así bien, la intervención logopédica en pacientes con TMG debería centrarse en mejorar los componentes de las áreas semántica y pragmática, ya que pueden tener grandes dificultades cuando adoptan el papel de emisor, porque proporcionan descripciones y explicaciones inadecuadas a las necesidades del receptor, puesto que utilizan un lenguaje carente de una idea central y

que, de forma global, puede llegar a ser incomprensible para el interlocutor, aunque esté compuesto por oraciones tanto semántica como sintácticamente correctas.

Dados los resultados obtenidos en este estudio, podríamos concluir que existen diferencias claras en el lenguaje y la comunicación entre el grupo control y el grupo de pacientes. Por ello, esta situación refuerza el interés que tiene estudiar los síntomas del lenguaje que se presentan tanto los sujetos normales como los sujetos psiquiátricos y ofrece la posibilidad de analizar estadísticamente los datos del discurso de ambas poblaciones. Existen estudios que presentan la evaluación del lenguaje y la comunicación de las personas con TMG a través de la TLC que no son complementados con un grupo control (Grove & Andreasen, 1986), dada la dificultad que esto conlleva. En el caso de nuestro estudio, la dificultad para reclutar a sujetos que cumplieren con los criterios de inclusión ha sido considerada, ya que es necesario disponer de tiempo suficiente para encontrar a personas que cumplan los requisitos y estén dispuestas a colaborar y de un espacio tranquilo donde poder realizar las entrevistas a los sujetos.

### ***6.3 Evaluación del hábito de lectura***

A la hora de explorar las características del lenguaje y la comunicación, una variable significativa que incide en la mejora de estos aspectos es la lectura, ya que ayuda al desarrollo y perfeccionamiento del lenguaje, mejora las relaciones de comunicación entre las personas y facilita la exposición del propio pensamiento (Santiso Rodríguez, 2022). En los resultados de los factores e indicadores que inciden en la adquisición de hábitos de lectura del grupo control, predomina la dimensión de la motivación, que representa un 69.5%. Sin embargo, se expone también la existencia de otras dimensiones que tienen una predominancia similar, como los recursos con un 67% o la metodología con un 63.6%. En menor medida se encuentra el tiempo, con un 59%. Al correlacionar las dos dimensiones, motivación y tiempo que los sujetos leen y adquieren el hábito lector, es necesario que los sujetos procuren, de manera continua, destinar más tiempo a la actividad de la lectura y seleccionar diferentes textos en función de los intereses o las preferencias propias para lograr la creación de un hábito de lectura consolidado y, por ende, mayor conocimiento lingüístico. En comparación con otra investigación para estudiar la adquisición de los hábitos de lectura en alumnos de 1º de secundaria (Aguilar Rojas, 2018) la dimensión predominante frente a las demás es la metodología, con un 81.31%. Por

debajo se encuentra la motivación con un 65.7%, los recursos que representan al 61.09% y el tiempo representado por un 54.45%.

Por otro lado, un proyecto que estudia los factores que influyen en el hábito de lectura en estudiantes del 5º grado de primaria de las instituciones educativas públicas de Punchana (Luisa & Bach. Vasquez Elescano, 2014) tiene un tamaño muestral más amplio (N=285) y eso le permite analizar más extensamente los diferentes factores que inciden en hábito lector, como la actitud hacia la lectura, que resulta favorable en el 55.8% y desfavorable en el 44.2% o la planificación y ejecución del plan lector, que en un 23.2% es buena, en un 32.6% es mala y en un 44.2% es regular. Además, ha estudiado la motivación hacia la lectura de una forma más explícita, que es baja en el 15.8%, alta en el 30.3% y media en el 54%.

En cuanto al sexo, en nuestra muestra no hemos hallado diferencias respecto al hábito lector. No obstante, según el estudio de los hábitos de lectura de los estudiantes de la Universidad de Extremadura (Pérez Parejo et al., 2019) existe un mayor índice lector las mujeres que los hombres. En cuanto a la temática favorita por sexo, hay una gran diferencia en la novela romántica, siendo la mayoría elegida por mujeres. Sin embargo, los varones han seleccionado los libros de ciencia-ficción. Los libros de misterio son escogidos por ambos sexos, aunque tienen mayor porcentaje en las mujeres. Por otra parte, las mujeres tienen mayor tendencia a leer en formato papel y los hombres tienden más a usar dispositivos electrónicos para la lectura. Aunque la mayoría de los sujetos se limitan a leer en español, existe un mayor porcentaje de mujeres que leen en otro idioma. Otros autores relevantes (Salvador-Oliván & Del Carmen Agustín-Lacruz, 2015) indican en su estudio que existen diferencias significativas entre los hábitos de lectura de hombres y mujeres según las temáticas. Los primeros, tienen mayor interés por la política, la economía, los deportes y el humor, mientras que las mujeres prefieren los temas de salud, sociedad, crónica rosa, dieta, moda y horóscopo. En nuestro caso, no ha sido posible recoger la temática preferida por los sujetos control.

Un aspecto importante es la estrecha relación entre los datos sociodemográficos y el hábito de lectura. En este caso concreto, se tiene en cuenta la convivencia, ya que, según los resultados mostrados en el presente TFG, existe una gran tendencia a tener mejor hábito de lectura si el sujeto vive sólo. No conocemos proyectos que hayan estudiado previamente esta variable, por ello, no se puede comparar con ningún otro grupo de personas. Un estudio sobre

con la lectura y su relación con la salud y el bienestar de las personas (Alonso-Arévalo et al., 2018) refleja que la lectura proporciona compañía y sirve para reducir la propia soledad potenciada por un estilo de vida cada vez más individualista, puesto que actúa como una herramienta tanto preventiva como curativa.

Los resultados demuestran que no todos los sujetos han desarrollado el hábito de lectura adecuado a lo largo de su vida. En la actualidad, la lectura es esencial, ya que favorece la adquisición de conocimientos, un vocabulario más técnico y elevado y, además, permite desarrollar un pensamiento más crítico. Así bien, aunque el lenguaje sea un proceso nato, es imprescindible cultivarlo y desarrollarlo y un factor importante para llevar a cabo este hecho es a través de la lectura.

Es cierto que la lectura ha experimentado cambios ante la llegada de las nuevas tecnologías, transformando las prácticas lectoras y proporcionando una nueva forma de llegar a los textos a través de la modalidad digital. Hoy en día, la lectura digital se considera una alternativa para incitar el interés por el hábito lector, ya que demanda leer y escribir de una forma determinada y convierte la lectura digital en una práctica habitual y ofrece más posibilidades de acceso a los textos (Torres Rodríguez & Pineda Godoy, 2023). Según el estudio de los hábitos de lectura de los estudiantes de la Universidad de Extremadura (Pérez Parejo et al., 2019) mencionado previamente, las mujeres se decantan por el método de lectura tradicional y prefieren leer en formato papel y los hombres presentan mayor tendencia a usar las nuevas tecnologías en la lectura.

#### ***6.4 Limitaciones y fortalezas del estudio***

A continuación se muestran las limitaciones y fortalezas encontradas a la hora de realizar el presente Trabajo Fin de Grado.

En primer lugar, respecto a las limitaciones, debemos señalar el tamaño muestral reducido del grupo de sujetos con TMG. Al ser un estudio pareado, el tamaño muestral del grupo control es idéntico, por lo que los resultados que se obtienen pueden no ser suficientemente representativos. Sería adecuado ampliar la muestra de sujetos con TMG, para obtener una muestra pareada del grupo control más extensa y así conseguir unos resultados más distintivos y específicos.



Por otro lado, no existe la posibilidad de completar la evaluación realizada con evaluaciones psicopatológicas cognitivas ni biológicas complementarias, que apoyen y respalden los resultados de nuestro estudio. No se dispone de tiempo ni de medios suficientes como para realizar esta tarea.

Una tercera debilidad es que no existe la exploración del hábito lector en el grupo de pacientes, por tanto, este aspecto no se puede comparar y no existe la posibilidad de observar las posibles diferencias en el hábito de lectura entre las personas con TMG y los sujetos que no lo presentan.

En cuanto a las fortalezas del estudio, se ha complementado la evaluación con una prueba lingüística, con una escala de hábito lector, un aspecto que no ha sido contemplado en otros estudios (Cano Pérez, 2018; Alonso Alonso, 2023; Grijalvo et al., 2001).

Una segunda fortaleza es la posibilidad de reproducir en audio las muestras de habla, ya que han sido grabadas previamente. De esta forma, se podrán revisar las veces que sea necesario para explorar el lenguaje y la comunicación o pasar pruebas adicionales que exploren otros aspectos, por ejemplo, los pragmáticos.

Por otra parte, uno de los principales puntos fuertes es la aplicación de la escala TLC, ya que se trata del principal y primer instrumento que evalúa el lenguaje desde la perspectiva psicopatológica en las personas con TMG (Kircher et al., 2018; Jimeno Bulnes, 2019) y que, novedosamente, se ha pasado a un grupo control pareado en sexo y edad a la muestra inicial, mostrando la frecuencia y la intensidad de aparición de los síntomas que explora.

Finalmente, es imprescindible mencionar la excelente participación de las personas voluntarias que formaron parte de estudio. Gracias a su apoyo, interés y cooperación, se ha podido desarrollar una investigación eficiente y, por tanto, el presente TFG.

### **6.5 Futuras líneas de investigación**

El presente proyecto se enmarca en la línea de investigación en trastornos del lenguaje y comunicación en las esquizofrenias, que se desarrolla desde hace años en la Universidad de Valladolid. Las principales innovaciones del presente proyecto tienen un carácter multidisciplinar, ahora incrementado con la inclusión de un grupo control, que permite aumentar la calidad del proyecto y de los resultados que se obtengan.

La futura continuidad y ampliación del proyecto actual puede permitir:

- La ampliación del número de participantes, tanto del grupo experimental como de grupo control. Ello podría permitir el establecimiento y validación tipos de perfiles lingüísticos.
- El estudio de la asociación entre las características del lenguaje de los pacientes y otras variables, como el funcionamiento global (personal, social, laboral) de los mismos.
- La inclusión de otros enfoques y herramientas en su evaluación, como análisis cualitativo de las muestras de habla, con programas como Atlas.ti, o evaluación pragmática por medio de protocolos específicos.
- El diseño, aplicación y evaluación de un programa específico de intervención, bien de carácter individual o grupal, dirigido a la mejoría de los trastornos del lenguaje y la comunicación en pacientes con esquizofrenia y/o trastorno mental grave.
- El estudio del hábito lector en el grupo de pacientes con TMG, que permite comparar los resultados y observar si existen diferencias significativas entre ambos grupos de sujetos.

## 7. Conclusiones

1. La escala TLC permite realizar una correcta evaluación psicopatológica de los síntomas objetivos del lenguaje y la comunicación tanto en el grupo control como en sujetos con TMG.
2. Existen diferencias significativas respecto a la puntuación total de la escala TLC entre personas con TMG y sujetos control, mostrando mayor puntuación los primeros.
3. Las alteraciones del lenguaje y la comunicación más prevalentes en una muestra de sujetos control son pobreza del habla, pobreza del contenido, perseveración, tangencialidad, descarrilamiento, circunstancialidad y parafasias fonémicas.
4. Las alteraciones presentes en sujetos control podrían explicarse por factores contextuales, dado que los interlocutores tendrían un conocimiento previo que dotaría a estas supuestas variaciones de una función comunicativa. En el TMG aparecerían alteraciones del lenguaje y la comunicación sin función comunicativa.
5. En el grupo control no se ha observado ninguna correlación entre las alteraciones del lenguaje y la comunicación y las variables sexo, edad, nivel educativo y nivel socioeconómico.
6. El hábito de lectura es adecuado en el 65% de los sujetos pertenecientes al grupo control. La dimensión que más puntuación ha obtenido es la motivación.
7. En el grupo control se ha observado una relación directa entre el hábito lector y las personas que viven solas, según la puntuación obtenida en el cuestionario de hábito lector.
8. El logopeda tiene un papel fundamental a la hora de explorar, evaluar y rehabilitar las alteraciones del lenguaje y la comunicación que pueden presentar las personas con TMG.

## 8. Bibliografía

- Aguilar Rojas, D.P. (2018). *Adquisición de hábitos de lectura en alumnos del 1° de secundaria Ugel 05, distrito de San Juan de Lurigancho, 2018*. [Tesis para optar al grado académico de Maestra en Docencia y Gestión Educativa, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/26867>
- Alonso Alonso, J. (2023). *Análisis de las alteraciones del lenguaje y de la comunicación en personas con trastorno mental grave*. [Trabajo de Fin de Grado en Logopedia, Universidad de Valladolid]. Universidad de Valladolid.
- Alonso-Arévalo, J., Fernández-Martín, C. L., Mirón Canelo, J. A., & Alonso-Vázquez, A. (2018). *La lectura y su relación con la salud y el bienestar de las personas*. 29(4), 1–12. <http://scielo.sld.cu>
- Andreasen, N. C. (1979). Thought, Language, and Communication Disorders I. *Arch Gen Psychiatry*, 36, 1315-1321.
- Andreasen, N. (1986). *Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC)*. 12(3).
- Belinchón Carmona, M. (1979). Esquizofrenia y lenguaje : una aproximación psicolingüística. *Estudios de Psicología*, 115–144.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de Psicopatología*. Mc Graw Hill.
- Cano Pérez, J. (2018). *Evaluación psicopatológica del lenguaje en pacientes con trastorno mental grave mediante las escalas de pensamiento, lenguaje y comunicación (TLC) y de disfunción de pensamiento y lenguaje (TALD)*. [Trabajo de Fin de Grado en Logopedia, Universidad de Valladolid]. Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/31100>
- De Rioja Lozano, M. (2016). *Características y evaluación de los trastornos del lenguaje en esquizofrenia : evidencias en español y el papel del logopeda*. [Trabajo de Fin de Grado en Logopedia, Universidad de Valladolid]. Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/20396/TFG-M-L678.pdf;jsessionid=F21CE7AB49BD3BE2A86BE9DF032FDCCE?sequence=1>

- Del Río Noriega, F., Castellano, J., Fernández Burgos, F., Fernández Gutiérrez, B., Guerra, J., Huizing, E., Lara Ruiz-Granados, I., López, M., Martínez, M., Moreno, A., Rojas, M. O., Sanz, R., & Vázquez, A. J. (2020). *Trastorno mental Grave, proceso asistencial integrado*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias.
- Del Valle, M. J. (2012). *Variables que inciden en la adquisición de hábitos de lectura de los estudiantes*. Ministerio de Educación.  
<https://www.mineduc.gob.gt/digeduca/documents/investigaciones/habitos-lectura.pdf>
- Dörr, O. (2010). Esquizofrenia, lenguaje y evolución (o las esquizofrenias como logopatías). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1), 1–7.
- Espinosa-López, R. (2017). ¿Qué Es El Trastorno Mental Grave Y Duradero? ¿What Is a Severe Mental Disorder? *Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 4–14.
- Galaverna, F., Marino, J., & Abraham, M. (2008). Estudio comparativo de la organización semántica entre sujetos con trastorno esquizofrénico y sujetos normales. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(2), 59–71.
- Garayzábal-Heinze, E. (2009). La lingüística clínica: teoría y práctica. *Investigaciones lingüísticas en el siglo XXI*, 131-168. <https://doi.org/10.14198/ELUA2009.Anexo3.06>
- Giménez, T. M., & Nohales, P. S. (2022). The development of knowledge about the components and functions of written language in pre-readers. *Revista Signos*, 55(108), 117–135. <https://doi.org/10.4067/S0718-09342022000100117>
- Grijalvo, J., Huici, P., & Insúa, P. (2001). Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia: Síntomas clínicos y medidas psicolingüísticas. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI(25), 27–50.
- González Romero, M. C. (2023). *Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Jimeno Bulnes, N. (2019). Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 57(1), 34–42.  
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272019000100034>
- Jimeno-Bulnes, N. (2022). Análisis y aplicación de la escala para la evaluación del Pensamiento,

- Lenguaje y Comunicación (TLC). En A. Ayuso-Lanchares & R. Santiago-Pardo (Eds.), *Guía de evaluación del lenguaje oral* (85–102). Ediciones Universidad de Valladolid.
- Kircher, T., Bröhl, H., Meier, F., & Engelen, J. (2018). Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 515–526.
- Luisa, B. R. M., & Bach. Vasquez Elescano, L. (2014). *Factores que influyen en el hábito de lectura en estudiantes del 5To. Grado de Primaria de las Instituciones Educativas Públicas de Punchana - 2014* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de la Amazona Peruana]. Repositorio Institucional Digital.  
<http://repositorio.unapuitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3504>
- Montalván García, I. J., Lira Taleno, D. D. C., & Alarcón Zamora, N. E. (2022). *Competencia actuación comunicativa, en el desarrollo de las habilidades de expresión y comunicación oral*. [Trabajo monográfico para optar al título de licenciatura en ciencias de la educación, mención lengua y literatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio Institucional UNAN - LEÓN. <http://hdl.handle.net/123456789/9472>
- Moreno Fernández, F. (2021). *Metodología del “Proyecto para el estudio sociolingüístico del español de España y de América” (PRESEEA)*. Universidad de Alcalá. DOI: 10.37536/PRESEA.2021.doc1
- OCDE. (2009). *PISA 2009: Assessment Framework. Key competencies in reading, mathematics and science*. Programme for International Student Assessment.
- Pérez Parejo, R., Gutiérrez Cabezas, Á., Soto Vazquez, J., Jaraíz Cabanillas, F. J., & Gutiérrez Gallego, J. A. (2019). Hábitos de lectura de los estudiantes de la Universidad de Extremadura (España). Aproximación estadística. *Investigacion Bibliotecologica*, 33(79), 119–147. <https://doi.org/10.22201/iibi.24488321xe.2019.79.57980>
- Pérez Pedraza, P., & Salmerón López, T. (2006). Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 8(32), 679–693.
- Salavera Bordas, C., & Puyuelo Sanclemente, M. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 30(2), 84–93. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(10\)70120-0](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(10)70120-0)

- Salavera, C., Puyuelo, M., Antoñanzas, J. L., & Teruel, P. (2013). Semantics, pragmatics, and formal thought disorders in people with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 177–183. <https://doi.org/10.2147/NDT.S38676>
- Salvador-Oliván, J. A., & Del Carmen Agustín-Lacruz, M. (2015). Hábitos de lectura y consumo de información en estudiantes de la facultad de filosofía y letras de la universidad de zaragoza. *Anales de Documentacion*, 18(1), 1–15. <https://doi.org/10.6018/analesdoc.18.1.201971>
- Santiso Rodríguez, C. M. (2022). Influencia del lenguaje y la lectura como factor de desarrollo académico. *Revista Guatemalteca de Educación Superior*, 5(2), 133–143. <https://doi.org/10.46954/revistages.v5i2.97>
- Sebastián, J., Castro, A. M. A, Pachon, A. L., & Alfonso, M. C., (2022). Esquizofrenia,, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 6(4), 12-25. DOI: 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.12-25
- Solé, I. (2012). Competencia lectora y aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Educación*, 59, 43–61. <https://doi.org/10.35362/rie590456>
- Torres Rodríguez, D. I., & Pineda Godoy, E. (2023). Implicaciones de la lectura digital en el aprendizaje. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 2075–2088. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.398>
- Wenzel, A. (2017). *Schizophrenia*. National Institute of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/schizophrenia/schizophrenia.pdf>

## 9. Anexos

### ANEXO 1. Modelo de consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



#### ESTUDIO:

**Estudio descriptivo de las alteraciones del lenguaje y comunicación mediante la escala TLC en un grupo control pareado a una muestra de personas con trastorno mental grave**

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, con  
DNI/Pasaporte nº \_\_\_\_\_.

Declaro que:

- He recibido información suficiente y adecuada sobre las características del estudio de D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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 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 del participante

Firma del estudiante



## RETIRADA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, con  
DNI/Pasaporte \_\_\_\_\_

Retiro mi consentimiento para participar en el estudio.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma del participante:

**Trabajo de Fin de Grado.** Grado en Logopedia. Curso 2022-23.

Realizado por **Andrea Rodríguez Vega**. Estudiante de Logopedia.

Tutores: **Prof. Natalia Jimeno Bulnes y Antonio Arjona Valladares**. Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina.

**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 el 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](mailto:delegado.proteccion.datos@uva.es) o la dirección postal: Secretaría General de la Universidad de Valladolid. Plaza del Colegio de Santa Cruz, 8. 47002 Valladolid. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en [prodat.uva.es/tto?id=50](http://prodat.uva.es/tto?id=50) y en la web [www.uva.es/protecciondedatos](http://www.uva.es/protecciondedatos)

## **ANEXO 2. Protocolo de recogida de datos sociodemográficos y clínicos**

### **PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS**

**Proyecto: “Estudio descriptivo de las alteraciones del lenguaje y comunicación mediante la escala TLC en un grupo control pareado a una muestra de personas con Trastorno Mental Grave”**

**Andrea Rodríguez Vega, Valladolid, 2023**

**Número de registro (orden consecutivo)**

**Fecha de reclutamiento**

#### **Características sociodemográficas y clínicas**

- 1. Primer y segundo apellidos**
- 2. Nombre**
- 3. Fecha de nacimiento**
- 4. Dirección postal**
- 5. Teléfono**
- 6. Edad**
- 7. Género**
  0. Masculino
  1. Femenino
- 8. Estado civil**
  0. Soltero
  1. Casado / convive
  2. Separado / divorciado
  3. Otros (célibe, anulación matrimonial...)
- 9. Nivel socioeconómico**
  0. Bajo
  1. Medio
  2. Alto
- 10. 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...)

**11. Convivencia**

- 0. Familia primaria
- 1. Familia propia
- 2. Solo
- 3. Otros (señalar si piso protegido)

**12. 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

**13. Número de años de escolarización alcanzados**

- 0. Primarios: 8 años
- 1. Secundarios: 12
- 2. Universitarios: 15 a 20
- 3. Otros tipos de formación o formación adicional

**10. Actividad laboral actual**

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

**11. Situación laboral actual**

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

**12. Antecedentes psiquiátricos**

- 0. No
- 1. Consulta por trastornos leves (bajo estado de ánimo, ansiedad...)
- 2. Trastornos mentales graves

**13. Consumo habitual de tóxicos**

- 0. No
- 1. Si

**14. En caso afirmativo**

- Cafeína
- Alcohol
- Tabaco
- Medicinas (sedante, ansiolítico, hipnótico)

- Cannabis
- Estimulantes (cocaína)
- Alucinógenos (LSD)
- Otros (fenciclidina, inhaladores, sustancias desconocidas)

## ANEXO 3. Encuesta PRESEEA

### 1. SALUDOS

Presentación

¿Cómo quiere que lo/la 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/lo/la traten a ti/usted? Si una persona más joven te/lo/la 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 tráteme 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 se produce una sequía en los próximos años?

### 3. LUGAR DONDE VIVE

¿Dónde vives? ¿Cómo es tu casa? Descríbemela 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 (otra ciudad)?

¿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 el barrio (donde vives/donde naciste) habrá cambiado des- de que llegaste 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 pudieras organizar cosas en tu ciudad 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 puede salir 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 esposa/esposa/pareja? ¿tienes hijos/piensas tener hijos? Cuéntame cómo es/sería esa experiencia.

¿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/a? ¿Qué es para ti un/a amigo/a? ¿Cómo debe ser una persona o qué debe hacer para que la consideres amiga?

¿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?

¿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 contento/a con tu forma de vida? ¿Por qué?

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

## **5. COSTUMBRES**

¿Qué sueles hacer en vacaciones? ¿Qué harás las próximas navidades/ verano? 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 cocinar bien? ¿Cuál es la comida típica de tu ciudad? ¿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 vacaciones?

Si pudieras elegir ¿qué te gustaría hacer/qué las próximas vacaciones?

## **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, alguna enfermedad, algún viaje especial... ¿Qué crees que se debe hacer en una situación como esa? ¿Qué harías si te volviera ocurrir o si tuvieras la oportunidad de volver al pasado?

## **8. DESEO DE MEJORA ECONÓMICA**

¿Juegas o participas en algún juego de azar? ¿Por qué? Supongo que te gustaría que te tocara algún premio importante ¿verdad? ¿Qué harías si te tocaran muchos millones? ¿Qué piensas/haces cuando oyes que a alguien le ha tocado una gran cantidad de dinero?

## **9. FINAL**

En fin... vamos a disfrutar de la vida. Ya estamos terminando esta conversación.

Tengo que comprar una bebida al salir. ¿Sabes dónde hay un lugar que vendan bebidas? ¿me explicas cómo se va?

Bueno, me ha gustado mucho conversar contigo. Muchas gracias por todo. Espero que volvamos a repetirlo.

Adiós.



## ANEXO 4. Escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC)

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

Datos del usuario	
Identificador	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de exploración	
Entrevista	

Síntomas <sup>1</sup>	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>					
<b>Puntuación total en TLC (habitual)</b>					
<b>Puntuación total en TLC (alternativa)</b>	<i>Puntuación en síntomas más patológicos:</i> <i>Puntuación en síntomas menos patológicos:</i> Total:    x 2 +    =				

<sup>1</sup> En cursiva, los ítems considerados más patológicos (Andreasen 1979, 1986).

Observaciones

## ANEXO 5. Cuestionario de hábito de lectura

Nº	DIM	PREGUNTAS	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
			1	2	3	4	5
1	Tiempo	Durante tus momentos libres te dedicas a leer algún texto previo a la clase/curso					
2		Durante los fines de semana te dedicas a leer un libro en especial que ayude a tu aprendizaje					
3		Durante las vacaciones dedicas más tiempo a la lectura voluntaria					
4		Durante tus ratos libre lees mucho más tiempo del que dispones					
5		Durante el último año has incrementado el tiempo de lectura					
6	Motivación	Cuando te recomiendan un libro tratas de conseguirlo					
7		Ves películas basadas en argumentos de libros					
8	Recursos	Consigues los libros que te recomiendan					
9		Lees libros de ediciones actuales					
10	Metodología	Puedes predecir lo que sucederá cuando lees un texto					
11		Cuando lees haces subrayados					
12		Cuando lees haces resúmenes					
13		Redactas textos donde se evidencia la influencia de lo que has leído					
14		Después de leer reflexionas sobre tus avances en lectura					
15		Muestras tus dudas respecto a las preguntas que realiza el docente sobre el texto leído					
16		Utilizas organizadores visuales para comprender un texto					

## ANEXO 8. Hoja de información



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE Y COMUNICACIÓN MEDIANTE LA ESCALA TLC EN UN GRUPO CONTROL PAREADO A UNA MUESTRA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

#### HOJA DE INFORMACIÓN

Como alumna del 4º curso del Grado en Logopedia de la Universidad de Valladolid y con el fin de realizar mi Trabajo de Fin de Grado (TFG), necesito la colaboración de 20 personas que no tengan ahora, ni que hayan tenido, problemas de tipo mental (ansiedad, depresión..), para estudiar las características de su lenguaje y la comunicación.

#### Qué se solicita

1. Responder a un cuestionario sencillo acerca de la edad, nivel educativo y otros datos generales.
2. Mantener conmigo una entrevista de unos 30 minutos de duración, que será grabada en formato audio. Posteriormente aplicaré una determinada escala que recoge diversas características o posibles alteraciones del lenguaje y comunicación.

Esto se llevará a cabo en una única visita. De este modo, podremos comparar los datos obtenidos con los de una muestra de personas con Trastorno Mental Grave.

#### Objetivo

Determinar las alteraciones del lenguaje y la comunicación mediante la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC) en un grupo de control pareado ( $\pm 2$  años) a una muestra de personas con Trastorno Mental Grave.

#### Sujetos

Criterios de inclusión:

- I. Personas de ambos sexos entre 24 y 69 años sin ninguna patología psiquiátrica previa.

- II. Capacidad para mantener una entrevista de unos 30 minutos de duración sobre temas generales y algunas opiniones o experiencias personales en el marco de un centro cívico o consulta no psiquiátrica.
- III. Obtención de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- I. Ausencia de colaboración en el estudio.
- II. Ausencia de capacidad para mantener una entrevista de unos 30 minutos de duración sobre temas generales y algunas opiniones o experiencias personales.
- III. Diagnóstico actual o previo de algún trastorno mental.

### **Aspectos éticos y confidencialidad**

Se seguirá en todo momento la normativa vigente respecto a aspectos éticos y protección de datos. Sé que puedo interrumpir la entrevista sin tener que dar explicaciones del motivo. Todas las muestras de habla serán anonimizadas para evitar la identificación de las personas participantes. Por este motivo, se suprimirán los datos personales que procedan, como nombres propios, de calles, etc. Las muestras de habla serán utilizadas exclusivamente para fines de investigación o docencia, y serán custodiadas cumpliendo la normativa vigente.