



**PROYECTO PILOTO ANÁLISIS CUALITATIVO DE
MUESTRAS DE HABLA EN PERSONAS CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE PROCEDENTES DE LA
ASOCIACIÓN FEAFES DE VALLADOLID**



TRABAJO FIN DE GRADO – GRADO EN MEDICINA – CURSO 2023-2024

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

AUTORA: **EVA RALIEGOS SANSEGUNDO**

TUTORA: **D^a NATALIA JIMENO BULNES** (Psiquiatría)

COTUTOR: **D^o ÁLVARO DÍEZ REVUELTA** (Psiquiatría)

ÍNDICE

Resumen/Abstract.....	Página 3
1. Introducción y fundamentos.....	Página 4
1.1. Concepto y tipos de trastorno mental grave.....	Página 4
1.1.1. Esquizofrenia.....	Página 4
1.1.2. Trastorno esquizoafectivo.....	Página 5
1.1.3. Trastorno delirante de tipo paranoide.....	Página 6
1.1.4. Trastorno esquizotípico de la personalidad.....	Página 6
1.2. Alteraciones del pensamiento y del lenguaje en el trastorno mental grave.....	Página 6
2. Justificación del estudio.....	Página 8
3. Objetivos: general y específicos.....	Página 8
4. Material y métodos.....	Página 9
4.1. Sujetos.....	Página 9
4.2. Diseño.....	Página 9
4.3. Material y procedimiento.....	Página 9
4.4. Análisis cualitativo de las muestras de habla.....	Página 10
4.5. Análisis cuantitativo.....	Página 10
4.6. Aspectos éticos.....	Página 11
5. Resultados.....	Página 11
5.1. Análisis cualitativo de las muestras de habla.....	Página 11
5.2. Análisis cuantitativo.....	Página 12
5.2.1. Muestras de habla en las entrevistas.....	Página 12
5.2.2. Análisis de correlación con escalas TLC/TALD.....	Página 13
6. Discusión.....	Página 16
6.1. Análisis cualitativo de las muestras de habla.....	Página 16
6.2. Análisis cuantitativo.....	Página 17
6.3. Propuestas terapéuticas.....	Página 18
6.4. Limitaciones del estudio.....	Página 19
6.5. Fortalezas del estudio.....	Página 19
6.6. Futuras líneas de investigación.....	Página 20
7. Conclusiones.....	Página 20
8. Bibliografía.....	Página 20
9. Anexos.....	Página 23
9.1. Anexo 1: Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra.....	Página 23
9.2. Anexo 2: Temas de la entrevista.....	Página 25
9.3. Anexo 3: Categorías, subcategorías, descripción, frases ilustrativas.....	Página 26
9.4. Anexo 4: Dictamen del CEIm.....	Página 30
9.5. Anexo 5: Puntuaciones totales de categorías y escalas.....	Página 32
9.6. Anexo 6: Póster.....	Página 33

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Mental Grave (TMG) se define como la alteración psiquiátrica de >2 años que engloba diversas enfermedades psicóticas y trastornos de personalidad, con un grado de discapacidad y disfunción social asociado. Los pacientes suelen presentar trastornos en la forma del pensamiento, que se objetiva a través de los trastornos del lenguaje. Éstos se miden con escalas cuantitativas como la TLC y la TALD que incluyen síntomas objetivos y subjetivos del pensamiento y lenguaje.

Objetivo general: Analizar muestras de habla de personas con TMG desde un abordaje cualitativo y cuantitativo.

Material y métodos: Se realiza la transcripción de las entrevistas de 10 pacientes con TMG de la asociación FEAFES "El Puente" de Valladolid. Para el análisis cualitativo se establecen 4 categorías temáticas separadas en categorías con valencia positiva (Estado general y Apoyos) y valencia negativa (Miedo y Sufrimiento), cada una de las cuales se divide en 4 subcategorías temáticas. Para el análisis cuantitativo, se realiza la correlación de Spearman entre el recuento de palabras por categorías positivas y negativas con las puntuaciones en las escalas TLC/TALD.

Resultados: La categoría más abordada por los pacientes es Apoyos (28,84%), luego Sufrimiento (25,94%), posteriormente Miedo (24,59%) y por último Estado general (20,62%). Adicionalmente, se encuentran correlaciones estadísticamente significativas entre los factores objetivo-positivo y subjetivo-positivo de la TALD y la TLC con las categorías de valencia positiva (relación directa), y entre los factores objetivo-negativo y subjetivo-negativo de la TALD con las categorías de valencia negativa (relación inversa).

Conclusión: El análisis cualitativo es un método innovador de análisis que nos puede dar la clave para un tratamiento multidisciplinar e individualizado para el paciente.

Palabras clave: Trastorno mental grave, esquizofrenia, lenguaje, análisis cualitativo, categorías.

ABSTRACT

Introduction: Serious Mental Illness (SMI) is defined as a psychiatric disorder lasting >2 years that encompasses various psychotic illnesses and personality disorders, with an associated degree of disability and social dysfunction. Patients usually present formal thought disorders, which is reflected through language disorders. These are measured with quantitative scales such as the TLC and the TALD that include objective and subjective symptoms of thought and language.

General objective: Analyze speech samples of people with SMI from a qualitative and quantitative approach.

Material and methods: The interviews of 10 patients with SMI from the FEAFES “El Puente” association of Valladolid were transcribed. For the qualitative analysis, 4 thematic categories are established, separated into categories with positive valence (General State and Supports) and negative valence (Fear and Suffering), each of which is divided into 4 thematic subcategories. For quantitative analysis, Spearman's correlation is performed between the word count by positive and negative categories with the scores on the TLC/TALD scales.

Results: The category most addressed by patients is Supports (28.84%), following Suffering (25.94%), then Fear (24.59%) and finally General condition (20.62%). Additionally, statistically significant correlations are found between the objective-positive and subjective-positive factors of the TALD and the TLC with the categories of positive valence (direct relationship), and between the objective-negative and subjective-negative factors of the TALD with the categories of negative valence (inverse relationship).

Conclusion: Qualitative analysis is an innovative method of analysis that can give us the key to a multidisciplinary and individualized treatment for the patient.

Keywords: Serious mental illness, schizophrenia, language, qualitative analysis, categories.

1. INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTOS

1.1. Concepto y tipos de trastorno mental grave

El Trastorno Mental Grave (TMG) se define como la alteración psiquiátrica de duración prolongada (> 2 años) que engloba pacientes con síndromes como la esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos esquizoafectivos, trastornos de la personalidad, etc. que conlleva un grado variable de discapacidad asociado y de disfunción social (1). Los pacientes que presentan un TMG tienen, por lo general, mayor riesgo de mortalidad y comorbilidad que la población general, debido a causas multifactoriales, como el retraso diagnóstico, incremento del riesgo de suicidio, insuficiencia terapéutica (tanto de tratamientos farmacológicos como psicoterapéuticos), así como los efectos deletéreos de los propios tratamientos farmacológicos (2).

1.1.1. Esquizofrenia

Dentro de los previamente mencionados, la esquizofrenia se define por la presencia de síntomas positivos (alucinaciones, delirios, discurso o comportamiento desorganizado), síntomas negativos (apatía, aplanamiento emocional, falta de motivación, pobreza del habla), durante al menos un mes, con signos continuos que permanecen durante un mínimo de seis meses, aunque sean residuales o prodrómicos (3). Estos síntomas interfieren en el funcionamiento global del sujeto, como las relaciones sociales, familiares, el trabajo, el nivel académico y el desempeño de actividades básicas

de la vida diaria como el propio cuidado personal (3). A nivel mundial, la OMS estima que aproximadamente hay 24 millones de personas afectadas, es decir, aproximadamente 1 de cada 300 personas la padece. Es más frecuente entre la segunda y tercera década de la vida y afecta más frecuentemente a varones (4). Los pacientes con esquizofrenia tienen el doble o el triple de riesgo de morbilidad que la población general, debido a sus condiciones físicas, así como el retraso de atención médica por el grave estigma presente hacia la enfermedad, que favorece su discriminación (4). Al igual que la clínica, el curso de la esquizofrenia es heterogéneo, pero a menudo se presentan las siguientes fases: primeramente, existe una fase prodrómica, en la que pueden no aparecer claramente los síntomas y sólo existir una desorganización leve del pensamiento o de la percepción, así como aparecer dificultades adaptativas. Posteriormente sigue una fase de psicosis temprana con un curso insidioso de irritabilidad, suspicacia, ideas delirantes, alucinaciones, que van incrementando en su gravedad. Aquí es usualmente donde se establece el diagnóstico de la enfermedad, para luego avanzar a una fase intermedia con episodios y exacerbaciones frecuentes, las cuales mejoran con tratamiento, hasta quedarse en un patrón de variabilidad establecido en la fase tardía (5). Muchos de estos pacientes asocian sentimientos de tristeza, desesperación, angustia, que aparecen especialmente en los episodios asintomáticos cuando son conscientes de la situación. Esto en sí mismo, puede inducir a recaídas, así como a actuaciones extremas como el suicidio, se estima que afecta a un 5-6% de los pacientes con esta patología, por lo que sería útil fortalecer la prevención y detectar precozmente este tipo de casos (6).

1.1.2. Trastorno esquizoafectivo

Dentro del espectro de los trastornos psicóticos, existe un tipo de trastorno de transición entre la esquizofrenia previamente mencionada y el trastorno bipolar que pertenece a la categoría de trastornos afectivos propiamente dichos. Para caracterizar los trastornos, es preciso valorar el núcleo predominante de la afectación funcional, si se trata de los síntomas psicóticos (en las esquizofrenias puede haber síntomas afectivos que pueden ser propios a la enfermedad o reactivos a la consciencia de la misma) o si, por el contrario, predominan los síntomas afectivos (en el trastorno bipolar puede haber síntomas psicóticos) (7). El trastorno esquizoafectivo es un ejemplo perfecto de la mitad del espectro, pues se caracteriza por presentar un periodo de enfermedad en el que aparece un trastorno mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) a la vez que un episodio psicótico (normalmente es el debut del diagnóstico), alteraciones de la sensopercepción durante >2 semanas durante todo el periodo de enfermedad, así como alteraciones del estado de ánimo en forma de episodios mayores que aparecen en las etapas activas y residuales de todo el curso de la patología. Así como en la esquizofrenia, frecuentemente se ve afectado el funcionamiento global del sujeto, si bien, en este caso no es criterio diagnóstico. Los síntomas negativos suelen ser menos frecuentes y de menor gravedad, sin embargo, los síntomas afectivos de la depresión mayor cuyos pilares principales son la tristeza y la disminución de la capacidad de disfrute pueden permanecer de forma grave durante

más tiempo y cronificarse aun si desaparecen los episodios de alteraciones de la sensopercepción agudos (8). Debido a la presencia de depresión, este tipo de trastorno aparece con más frecuencia en mujeres, es menos prevalente que la esquizofrenia y sin embargo, asocia más tasas de suicidio por la disminución del estado de ánimo. Es esencial la búsqueda activa de síntomas del estado de ánimo para valorar evolución, pronóstico y evitar posibles ideas autolíticas (9).

1.1.3. Trastorno delirante de tipo paranoide

Cerca del espectro de los trastornos puramente psicóticos se encuentra el trastorno delirante de tipo paranoide, caracterizado por la presencia de delirios que pueden ser congruentes o extravagantes que duran más de un mes del curso de la enfermedad, pero que no afectan de forma tan grave al funcionamiento global y no asocian un comportamiento bizarro. No cumple los criterios diagnósticos de esquizofrenia ni los de trastorno esquizoafectivo, pues si aparecen episodios de afectación del estado del ánimo son de duración mucho más breve que los síntomas psicóticos. Los subtipos más frecuentes de delirios que suelen aparecer son de tipo erotomaniaco, de grandeza, celotípico, persecutorio, somático, mixto o no especificado. Puede existir “introspección fáctica” en la que los pacientes falsamente admiten reconocer la irracionalidad de las creencias. La prevalencia es mucho menor que en los dos trastornos previamente mencionados (8).

1.1.4. Trastorno esquizotípico de la personalidad

Por último, el trastorno esquizotípico se agrupa dentro de los trastornos de la personalidad, es poco prevalente en la población general y se define por un patrón de personalidad bizarra, excéntrica, con déficit en las relaciones sociales, distorsiones cognitivas en forma de ideas extrañas, ilusiones sensoperceptivas, creencias extravagantes y discurso desorganizado, que no se puede englobar dentro de los trastornos anteriormente descritos. Se trata de “una forma de ser” que dificulta enormemente las relaciones interpersonales y que suele asociar frecuentemente trastornos del estado de ánimo reactivos, normalmente consultan por ansiedad o depresión, más que por el trastorno de personalidad evidente (10).

1.2. Alteraciones del pensamiento y del lenguaje en el trastorno mental grave

Constituyen una de las manifestaciones principales del TMG y pueden conducir a un grave aislamiento social. Entre ellas, la desorganización del pensamiento se caracteriza por la falta de integración de todos los elementos que constituyen nuestra vida mental normal, y se ha definido como **trastorno formal del pensamiento** (*Formal Thought Disorder (FTD)*), que agrupa la pérdida de abstracción, déficit de atención, disminución de la velocidad de procesamiento, alteraciones de memoria y planificación. Se trata de un trastorno de la forma más que del propio contenido y se objetiva mediante la comunicación a través del lenguaje (11).

Por su parte, los **trastornos del lenguaje** incluyen una amplia variedad de presentaciones, si bien algunas son muy típicas y casi patognomónicas de la esquizofrenia, se ha observado que estas alteraciones pueden aparecer en otros tipos de trastornos formales del pensamiento, así como en individuos sanos o aquejados de otras patologías no pertenecientes a este ámbito (12). La principal escala de evaluación utilizada para la evaluación de los trastornos del lenguaje es la **escala TLC** (*Scale for the assessment of Thought, Language and Communication*) publicada por Andreasen (13), que permite describir las características del pensamiento de los pacientes psiquiátricos de una forma uniforme y reproducible, así como la cuantificación de la intensidad del trastorno. Los ítems que caracteriza son: pobreza de habla, pobreza del contenido del pensamiento, presión del habla, distraibilidad, tangencialidad, descarrilamiento y fuga de ideas, incoherencia de las ideas, déficit de lógica, asociaciones fonéticas y rimas, neologismos, parafasias (fonémicas y semánticas), circunstancialidad, pérdida de meta del contenido, perseveración, ecolalias, afectación del habla (referido a la sintaxis o pragmática) y autorreferencia. Se describe una forma clásica de cuantificación basada en puntuar cada ítem (usada en este proyecto) y una forma alternativa en el que se puntúa doble los ítems considerados más importantes, de tal forma que cuanta mayor puntuación, más afectación del lenguaje padecen. Estos ítems podían subdividirse en síntomas negativos, especialmente los referidos a alogia y pobreza del pensamiento, y síntomas positivos, como tangencialidad, verborrea, descarrilamiento, incoherencia del contenido (14). Sin embargo, en la práctica, no se realiza la diferenciación al realizar la evaluación por esta escala. Para solventar dicha limitación, surge una nueva escala de evaluación del lenguaje denominada **escala TALD** (*Thought And Language Disorder*), desarrollada por Kircher y cols. (15), que incluye síntomas subjetivos del pensamiento y lenguaje. En su estudio factorial se han obtenido cuatro factores:

- Objetivo positivo: Descarrilamiento, diafonía, disociación, tangencialidad, logorrea, detalles excesivos, parafasias, discurso manierista, neologismos, pobreza del contenido (sin pobreza del lenguaje emitido), perseveración y ruptura del pensamiento.
- Objetivo negativo: Pobreza de expresión (pobreza del lenguaje emitido), lentitud y concretismo.
- Subjetivo positivo: Presión o avalancha de pensamientos e interferencias del pensamiento.
- Subjetivo negativo: Restricción del pensamiento, inhibición del pensamiento, déficit de iniciativa, disfunción de habla receptiva y expresiva, rumiaciones, bloqueos.

Una mayor puntuación en la escala implica una mayor disfunción del lenguaje, sin embargo, al diferenciar entre síntomas positivos y negativos, se puede evaluar mejor individualmente a cada paciente. Ambas escalas, aunque complementarias, correlacionan entre sí de forma estadísticamente significativa (15).

La conceptualización de los trastornos formales del pensamiento históricamente ha sido difícil de establecer debido a la gran diversidad que pueden presentar los pacientes con TMG, si bien, es interesante su estudio mediante las escalas mencionadas y nuevas perspectivas para caracterizar correctamente este tipo de enfermedades. Determinar la presencia y las características de las alteraciones en el lenguaje es un marcador pronóstico, así como una posible diana terapéutica (16).

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Para la aproximación al estudio de los trastornos formales del pensamiento se han realizado múltiples estudios del lenguaje de los pacientes, desde una visión psiquiátrica, psicológica, lingüística y logopédica (17). Para ello, se han empleado escalas como la TLC y la TALD, ya mencionadas, que evalúan de forma cuantitativa dichos trastornos sobre muestras de habla obtenidas de forma estandarizada.

Sin embargo, hasta donde sabemos, no existe ningún estudio de evaluación cualitativa de las alteraciones del lenguaje, es decir, de sus contenidos, para el acercamiento a las vivencias subjetivas de la enfermedad en pacientes con TMG, así como su relación con las mencionadas escalas cuantitativas. Este abordaje permitiría una evaluación adicional y complementaria del funcionamiento global del paciente y mejora de abordajes terapéuticos más eficientes en cuanto a la relación médico-paciente.

3. OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar muestras de habla de personas con Trastorno Mental Grave (TMG) desde un abordaje cualitativo y cuantitativo.

Objetivos específicos:

- ✓ Describir y analizar categorías temáticas y frases ilustrativas de muestras de habla estandarizadas de pacientes con TMG incluyendo su representación gráfica o por palabras.
- ✓ Cuantificar los síntomas positivos y negativos de las categorías establecidas.
- ✓ Estudiar su asociación con otras medidas del lenguaje (escalas TLC/TALD) y con los TFP (Trastornos Formales del Pensamiento).
- ✓ Orientar los datos obtenidos a una mejora de la relación profesional-paciente para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con TMG.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Sujetos

Criterios de inclusión:

- I. Usuarios pertenecientes a la asociación “El Puente” de Valladolid, de la Federación de Enfermos y Familiares de Salud Mental.
- II. Obtención de consentimiento informado escrito y verbal durante las entrevistas en la investigación original (18).
- III. Diagnóstico principal de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno delirante.
- IV. Pacientes estables en tratamiento actual con fármacos antipsicóticos.
- V. Se elegirá una muestra pareada de hombres y mujeres de las siguientes franjas de edad: 30-45 años, 46-60 años y 61-75 años.

Criterios de exclusión:

- I. Falta de colaboración con el estudio.
- II. Diagnóstico de enfermedad somática o mental grave que impida la realización de la entrevista.

En total, se han analizado las grabaciones de 10 pacientes con Trastorno Mental Grave procedentes de la Asociación FEAFES “el Puente” en Valladolid, con sus características socio-sanitarias correctamente caracterizadas, que se definen en el *Anexo 1*. La base de datos original se encuentra anonimizada de acuerdo con la normativa vigente de protección de datos, con números codificados para cada paciente, garantizando su confidencialidad. Finalmente, siguiendo los criterios de selección de pacientes, se ha seleccionado un total de 10 pacientes, que corresponden a 5 hombres y a 5 mujeres, cuya media de edad es de 51,8 años. El diagnóstico principal es de esquizofrenia, correspondiente al 50% de la muestra.

4.2. Diseño

El presente estudio se engloba dentro de los estudios descriptivos, pues el objetivo principal se basa en la explicación de características encontradas dentro de una enfermedad o población. Es también observacional, pues no existe ningún tipo de asociación por parte del investigador. Se trata, en concreto, de una serie de casos, pues se estudian las características de un grupo de enfermos de forma retrospectiva generando nuevas hipótesis, sin la comparación posible con un grupo control, por lo que dicha comparación puede realizarse en futuras líneas de investigación para evitar la aparición de sesgos.

4.3. Material y procedimiento

El desarrollo del estudio engloba la transcripción de las grabaciones de las muestras de habla, basadas en entrevistas de 45 minutos de duración que siguen el protocolo **PRESEEA** (Proyecto para el estudio sociolingüístico del español de España y de América) (19) consistente en una entrevista

estructurada, cuyos ítems se exponen en el *Anexo 2*. Se trata de una entrevista básica de temas generales, siempre iguales para todos los pacientes, de modo que se obtienen respuestas muy variadas de los mismos. Por tanto, esta herramienta permite el análisis cualitativo y cuantitativo de los mismos.

4.4. Análisis cualitativo de las muestras de habla

Para realizar el análisis cualitativo, se proponen 4 grandes categorías: Miedo, Sufrimiento, Estado general y Apoyos. Estas categorías a su vez se van a dividir de la siguiente manera:

CATEGORÍAS CON VALENCIA NEGATIVA:

- Miedo: Familia, amigos, peligro de muerte y riesgos.
- Sufrimiento: Emociones negativas, ser una carga, cambios de humor y exclusión de la sociedad.

CATEGORÍAS CON VALENCIA POSITIVA:

- Estado general: Enfermedad, esperanzas, tratamiento y posibles cambios.
- Apoyos: Social, trabajo, creencias y hobbies.

De esta manera, se establece una separación dicotómica en categorías “**positivas**” que consisten en Estado general y Apoyos, y categorías “**negativas**” las restantes: Miedo y Sufrimiento. La definición exhaustiva de cada una de ellas, junto con ejemplos registrados de muestras de habla de los pacientes, se exponen en el *Anexo 3*.

Las muestras de habla se han analizado por medio del programa **ATLAS.ti**. Se trata de un programa de análisis cualitativo (con funciones de IA) que sirve para el análisis de documentos mediante la creación de códigos, subcódigos, citas, etc. De este modo, permite su marcación sobre los textos para luego poder realizar un análisis código-documento de forma rápida y precisa, así como cuantificar el número de palabras empleadas en los códigos (análisis palabra-código).

4.5. Análisis cuantitativo

Para realizar el análisis cuantitativo, se utilizó el programa **IBM SPSS Statistics**, un *software* de procesamiento estadístico rápido. Las variables utilizadas fueron las puntuaciones de las escalas TLC y TALD de la muestra (dentro de la TALD, se incluyen también los subapartados objetivos positivos (OP), subjetivos positivos (SP), objetivos negativos (ON) y subjetivos negativos (SN)). Además de la descripción de estas variables, se realizó un análisis correlacional entre estas y el recuento de palabras aportado por el programa ATLAS.ti de las categorías temáticas correspondientes a sentimientos “positivos” (denominadas VAPOS) y “negativos” (denominadas VANEG). Por otra parte, para realizar correlación de variables, se ha utilizado la medida de un test

no paramétrico, en concreto, el **test de Spearman**, que evalúa la relación bivalente de forma similar al coeficiente de correlación de Pearson, pero de forma no paramétrica. Así pues, no se requiere una distribución normal de los datos. Son pruebas que manejan los rangos y no el valor propiamente dicho, por lo que se emplean para estudios con tamaño muestral reducido (<30) o variables que no puedan ser consideradas normales. El coeficiente de correlación tomará los siguientes valores: 0.0 < 0.1 no correlación, 0.1 < 0.3 correlación leve, 0.3 < 0.5 correlación media, 0.5 < 0.7 correlación elevada y 0.7 < 1 correlación muy elevada (20).

4.6. Aspectos éticos

Con respecto a la difusión de los resultados, se aplicará en todo momento la normativa vigente respecto a aspectos éticos y protección de datos. Todos los datos personales de los pacientes están anonimizados tanto en el propio estudio, como en la transcripción de las entrevistas y su posterior análisis. En el *Anexo 4* se adjunta el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos de las áreas de salud de Valladolid, que aprueba el presente estudio.

5. RESULTADOS

5.1. Análisis cualitativo de las muestras de habla

Los resultados del análisis cualitativo se concentran en la creación de un diagrama de Sankey (Figura 1). Se trata de un diagrama de flujo en el que el ancho de las líneas es proporcional a la frecuencia de aparición de los ítems. Creado por medio del programa ATLAS.ti, permite relacionar categorías temáticas y subtemas, con los pacientes o bien, entre sí, en caso de poder realizar análisis de de co-ocurrencias (20).

En la parte izquierda del diagrama, se representan las categorías (en color verde) y las subcategorías (en color gris) con anchuras proporcionales al número de palabras empleadas por los pacientes para hablar de esos temas; el recuento de las palabras empleadas por cada uno de los pacientes se correlaciona con la riqueza del pensamiento a la hora de expresar emociones. En la parte derecha, se representan los pacientes de la muestra, con el diagnóstico que recibe cada uno y el número, entre paréntesis, correspondiente a la codificación asignada al paciente para mantener la protección de datos.

Se puede observar de manera visual, que la categoría más abordada es Apoyos, después Sufrimiento, luego Miedo y por último, Estado general, por el sumatorio de las palabras empleadas por los 10 pacientes. Con respecto a los pacientes, podemos ver a simple vista que aquel que más palabras emplea para hablar de las categorías es el nº10, diagnosticado de esquizofrenia, y el último, el paciente nº7, diagnosticado de trastorno paranoide de la personalidad. Aunque no se puede realizar la comparativa entre grupos por el reducido tamaño muestral, en el análisis de un paciente concreto, se puede valorar la cantidad de lenguaje utilizado y sus categorías más empleadas.

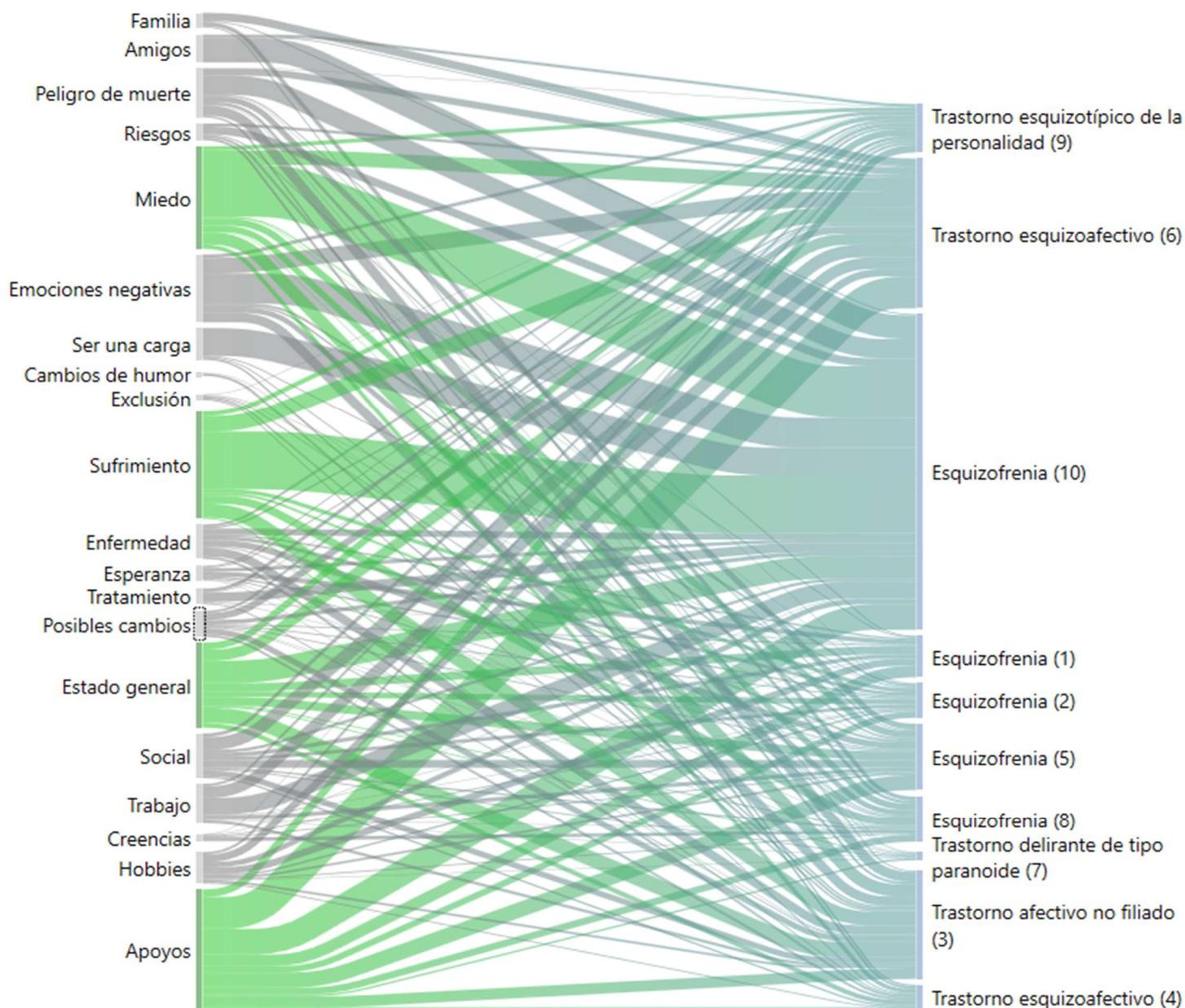


Figura 1: Diagrama de Sankey que relaciona las categorías (color verde) y subcategorías (color gris) con los diagnósticos de los pacientes de la muestra representados en la parte derecha de la imagen.

5.2. Análisis cuantitativo:

5.2.1. Muestras de habla en las entrevistas

Para proceder al análisis cuantitativo, primeramente, se han realizado diagramas de barras (Figura 2), que muestran el recuento de palabras por categorías. Dentro de cada una de las categorías, se establece la proporción en el diagrama, de la cantidad de palabras expresadas dentro del sumatorio de cada categoría. De esta manera, se puede observar que la categoría más abordada por los pacientes es **Apoyos** (28,84%), luego **Sufrimiento** (25,94%), posteriormente **Miedo** (24,59%) y por último **Estado general** (20,62%), lo cual, complementa a la representación gráfica del análisis cualitativo previamente comentado. Entre categorías positivas y negativas, no se aprecian

diferencias, pues las categorías positivas representan el 49,46%, mientras que las negativas el 50,54%.

Además, dentro de la categoría **Miedo**, lo más mencionado es el peligro de muerte (48,43%), luego amigos (27,21%), después riesgos (15,91%) y por último, familia (13,58%). Dentro de la categoría **Sufrimiento**, el orden es: emociones negativas (63,18%), ser una carga (28,86%), exclusión social (5,99%) y cambios de humor (2,55%), en último lugar. En la categoría **Estado general**, se observa que el mayor número de palabras por tema concierne a enfermedad (40,10%), después posibles cambios (28,34%), después tratamiento (17,75%) y por último, esperanzas (16,63%). Finalmente, en la categoría definida como **Apoayos**, el apoyo más importante para los pacientes es el apoyo social (36,86%), luego el trabajo (31,93%), después los hobbies (25,50%) y en último lugar, las creencias (5,43%).

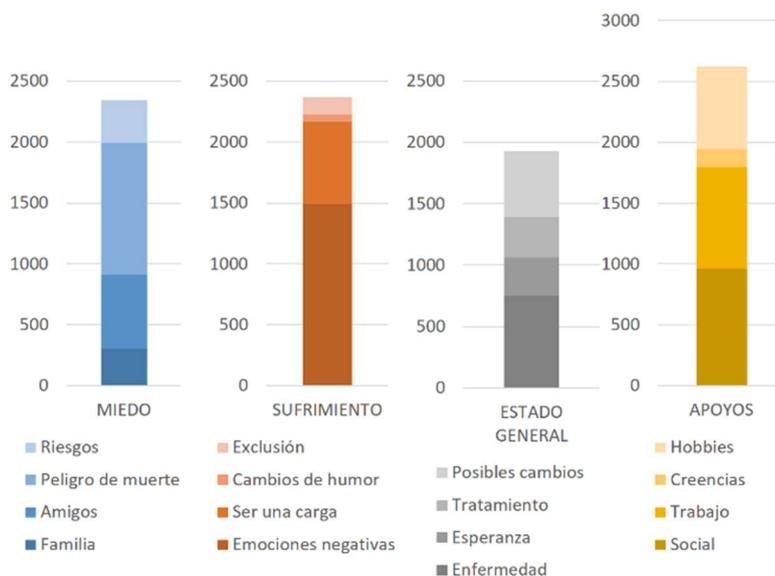


Figura 2: Diagramas de barras apilados que comparan los números absolutos de palabras empleadas en las subcategorías dentro de cada una de las categorías.

5.2.2. Análisis de correlación con escalas TLC/TALD

Se procede a la correlación del recuento de palabras de las categorías con las escalas de evaluación del lenguaje. En el Anexo 5 se encuentra la tabla con las puntuaciones totales de las categorías y de las escalas TLC/TALD detalladas.

De esta forma, se obtuvieron las siguientes correlaciones sobre la **escala TALD**:

- Comparando las categorías con valencia negativa (VANEG) y los signos objetivos negativos y síntomas subjetivos negativos del lenguaje descrito en la TALD (agrupado como ONSN) se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0.720, que se trata de un valor muy elevado, pero inversamente proporcional, con una significación estadística del 0.019. Esto implica que, a mayor puntuación en la escala TALD de los factores objetivo-negativo y subjetivo-negativo, existen más dificultades a la hora de

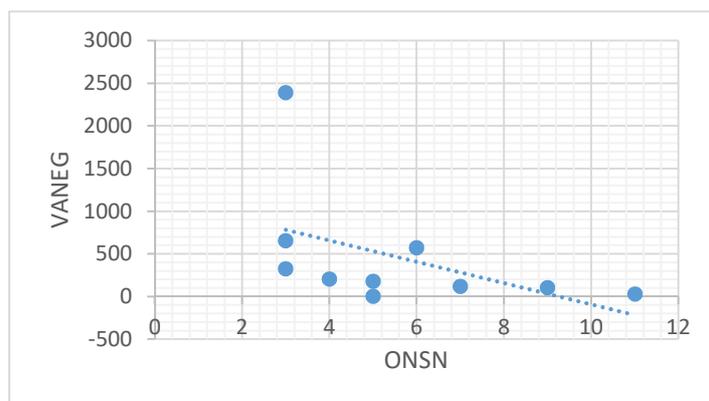


Figura 3: Diagrama de dispersión con línea de regresión que representa la correlación Rho de Spearman entre VANEG y ONSN.

expresar las categorías cualitativas negativas (VANEG) y menor contenido negativo expresan.

- Comparando las categorías con valencia positiva (VAPOS) y los signos objetivos positivos y síntomas subjetivos positivos del lenguaje descrito en la TALD (agrupado como OPSP) se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.681, que se trata de un valor de correlación elevado, directamente proporcional, con una significación estadística del 0.030. Lo cual implica que, a mayor puntuación en la escala TALD de los factores objetivo-positivo y subjetivo-positivo, existe una mayor expresión por parte de los pacientes de contenidos clasificados como positivos en las categorías cualitativas (VAPOS).

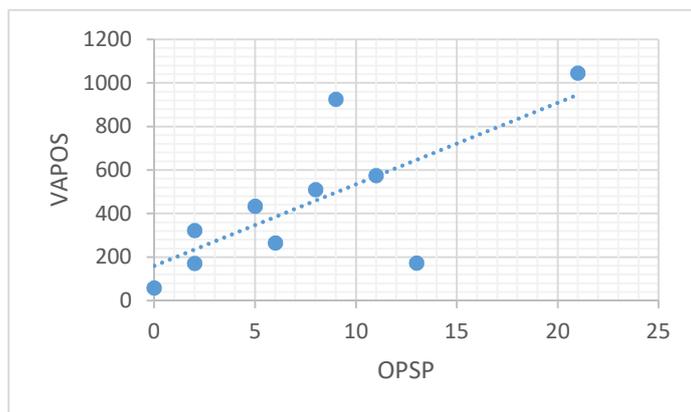


Figura 4: Diagrama de dispersión con línea de regresión que representa la correlación Rho de Spearman entre VAPOS y OPSP.

- Comparando las categorías con valencia negativa (VANEG) y los signos objetivos positivos y síntomas subjetivos positivos del lenguaje descrito en la TALD (agrupado como OPSP) se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.851, que se trata de un valor de correlación muy elevado, directamente proporcional, con una significación estadística del 0.002. A mayor puntuación en la escala TALD de los factores objetivo-positivo y subjetivo-positivo, existe una mayor expresión por parte de los pacientes de contenidos clasificados como negativos en las categorías cualitativas (VANEG).

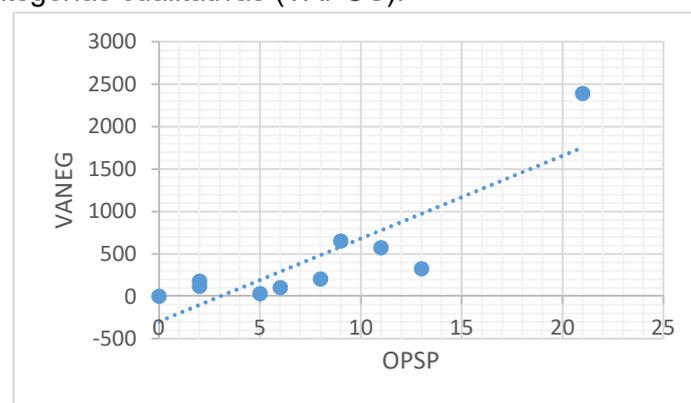


Figura 5: Diagrama de dispersión con línea de regresión que representa la correlación Rho de Spearman entre VANEG y OPSP.

- Comparando las categorías con valencia positiva (VAPOS) y los signos objetivos negativos y síntomas subjetivos negativos del lenguaje descrito en la TALD (agrupado como ONSN) se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0.363, que se trata de un valor de correlación medio, inversamente proporcional, con una significación estadística del 0.302, por lo que no es estadísticamente

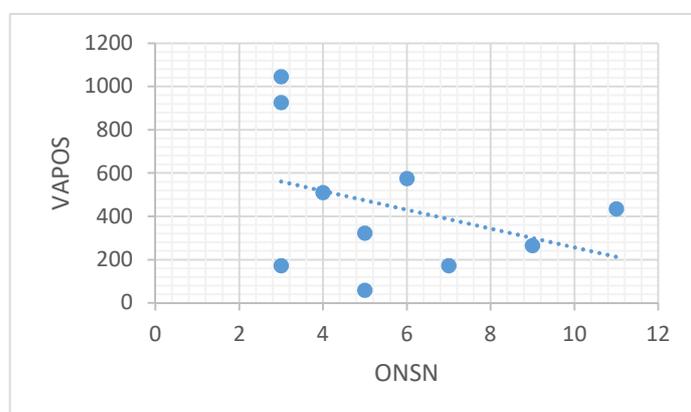


Figura 6: Diagrama de dispersión con línea de regresión que representa la correlación Rho de Spearman entre VAPOS y ONSN.

significativo con el tamaño muestral actual y puede ser debido al azar. Implicaría que a mayor puntuación en la escala TALD de los factores objetivo-negativo y subjetivo-negativo, existe una menor expresión por parte de los pacientes de contenidos clasificados como positivos en las categorías cualitativas (VAPOS).

Por último, se detallan las correlaciones sobre la **escala TLC**:

- Comparando la puntuación de la escala TLC Total con las categorías con valencia positiva (VAPOS), se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.823, que se trata de un valor muy elevado, directamente proporcional, con una significación estadística del 0.003. Quiere decir que a mayor puntuación en la escala TLC, existe una mayor expresión por parte de los pacientes de contenidos clasificados como positivos en las categorías cualitativas (VAPOS).
- Comparando la puntuación de la escala TLC Total con las categorías con valencia negativa (VANEG), se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.823, que se trata de un valor muy elevado, directamente proporcional, con una significación estadística del 0.003. Quiere decir que a mayor puntuación en la escala TLC, existe una mayor expresión por parte de los pacientes de contenidos clasificados como negativos en las categorías cualitativas (VANEG).

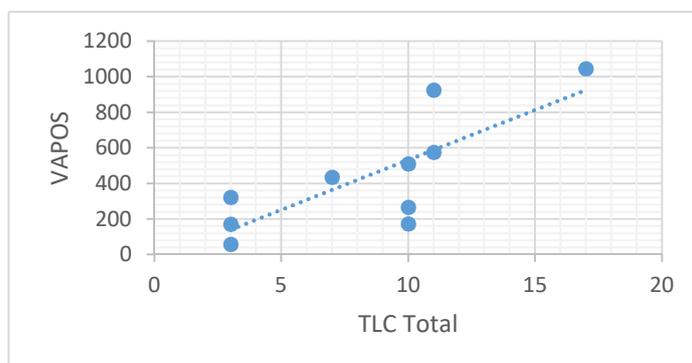


Figura 7: Diagrama de dispersión con línea de regresión que representa la correlación Rho de Spearman entre VAPOS y TLC.

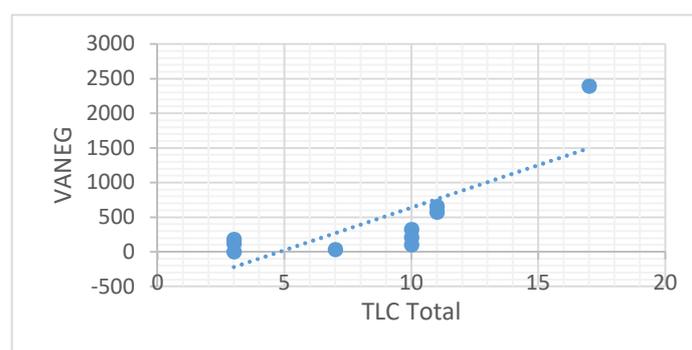


Figura 8: Diagrama de dispersión con línea de regresión que representa la correlación Rho de Spearman entre VANEG y TLC.

Cuestionario y subescala	Valencia afectiva de las categorías	Coefficiente Rho de Spearman	Nivel de significación (p<0,05)	Grado de correlación
TALD (OPSP)	VAPOS	0,681	0,030	Elevado
	VANEG	0,851	0,002	Muy elevado
TALD (ONSN)	VAPOS	-0,363	0,302	Medio
	VANEG	-0,720	0,019	Muy elevado
TLC (Total)	VAPOS	0,823	0,003	Muy elevado
	VANEG	0,823	0,003	Muy elevado

Tabla 1: Tabla correlación Rho de Spearman entre las diversas variables empleadas, nivel de significación y grado de correlación.

6. DISCUSIÓN

6.1. Análisis cualitativo de las muestras de habla

El ATLAS.ti es un programa novedoso de procesado y análisis cualitativo de textos de amplio uso en diversos ámbitos, si bien es poco utilizado actualmente en la práctica clínica. En nuestra búsqueda de literatura, la primera aproximación de esta metodología encontrada en medicina fue el análisis temático de una entrevista semiestructurada para valorar el uso de psicofármacos en pacientes con trastorno mental (posibilidades de reinserción vs efectos adversos), de tal forma que se pretendía involucrar al sujeto por la escucha de sus emociones, conocer experiencias de reflexión de los profesionales, así como dar voz al individuo (21). Posteriormente se ha utilizado para psicoterapia adaptada a las diferencias culturales y de significado que tiene para los pacientes el cáncer terminal avanzado, codificando categorías y subcategorías con frases ilustrativas (22); también para valorar la salud mental en entrevistas preparto y postparto con una serie de temas abordados (23) e incluso para detectar la salud de los trabajadores por medio del análisis de entrevistas en el seno de una empresa (24).

En el presente estudio, la ordenación de muestras de habla y análisis cualitativo por categorías temáticas tiene por objetivo relacionarlas con la vulnerabilidad de las enfermedades referidas, especialmente en relación a su valoración en cuanto a TFP y del lenguaje. Con una entrevista estructurada, como es PRESEEA (19), podemos obtener una gran cantidad de información sobre las vivencias experienciales de los mismos, especialmente en cuanto a su valencia afectiva.

En el estudio etiológico de patologías englobadas en el TMG, se encuentra la teoría de la vulnerabilidad-estrés, que sugiere que, ante un desencadenante estresor, los pacientes aquejados de estas patologías tienen unas reacciones desadaptativas para afrontarlo, por ejemplo: alegría, frustración, ansiedad, comportamientos obsesivos, inhibición, pasividad, etc. que pueden requerir intervención terapéutica debido a la desestabilización que provocan en los pacientes (25). Además, dentro de la probabilidad de recaídas, son más frecuentes en los pacientes que presentan síntomas afectivos, ideas de referencia, de culpa, autodesprecio, síntomas catatónicos y síntomas neuróticos en la infancia. Por otra parte, los pacientes con menos recaídas muestran menos síntomas afectivos, comportamientos no agresivos ni peligrosos, menor descenso en la actividad religiosa, mayor control por sus contactos sociales y mayor participación en terapias ocupacionales con otros pacientes, siendo estadísticamente significativas las dos últimas mencionadas (26). De este modo, sabiendo que los eventos estresores y las situaciones que puedan ocasionar angustia y frustración pueden llevar a reacciones desadaptativas y a su vez a recaída en la enfermedad (27), la detección de categorías con valencia negativa, sobre todo, nos puede ayudar a orientar mejor el abordaje terapéutico para estos pacientes. El enfoque del estudio pretende realizar un establecimiento más preciso de los recursos y dificultades a la hora de realizar un tratamiento multidisciplinar, es una

forma de hacer un diseño preciso e individualizado para promover intervenciones generales y específicas en las alteraciones encontradas, basándonos sobre todo en el lenguaje (17).

Por otra parte, las emociones negativas, cambios de humor, riesgos, ser una carga, etc. no solo influyen en el propio sujeto que las experimenta, sino que también producen una alteración en la relación del individuo con su círculo social y su familia, lo cual constituye una de las causas de desestructuración familiar que en sí misma, se crea un ambiente de sobrecarga familiar que retroalimenta los problemas experimentados, así como un escenario donde se favorece el prejuicio y la exclusión social que refieren los mismos pacientes (28). En contraposición, el estudio de las categorías positivas nos demuestra desde la voz de los pacientes, que el apoyo social por parte de su familia y amigos es esencial para su recuperación y estabilidad (21). Y dentro de estas mismas categorías de valencia positiva, no podemos olvidar las referencias realizadas por los pacientes al tratamiento farmacológico, que si bien está descrito que se presentan frecuentemente efectos secundarios (29), también se demuestra que un buen control con fármacos favorece la reinserción, la calma, la vivencia subjetiva de la enfermedad y la posibilidad de mejora y esperanza, lo cual, a su vez, incentiva a los pacientes a continuar con las terapias multimodales requeridas.

6.2. Análisis cuantitativo

Referido a la correlación muy elevada (inversa) entre las variables VANEG y ONSN, aplicado a la práctica clínica, puede implicar el desconocimiento de problemas emocionales negativos en pacientes con problemas del lenguaje. Al tener una puntuación más alta en la escala TALD referida a los síntomas negativos del lenguaje implican que el lenguaje de ese paciente tiene en general, más pobreza, por lo que expresarán mucha menos cantidad de palabras y por ende, no seremos capaces de valorar otro tipo de síntomas del lenguaje y de síntomas afectivos propiamente dichos, pues la pobreza del lenguaje impide acceder correctamente al pensamiento del paciente.

Con respecto a las variables VAPOS y OPSP (correlación elevada, directa), aplicado a la práctica clínica, conlleva que los pacientes que presentan más síntomas positivos en la escala TALD, como la verborrea, perseveración, presión del pensamiento, son más propensos a hablar más de temas positivos, por lo que, dentro de la evaluación de esos temas, podríamos ser capaces de valorar cuáles son los pilares en los que se apoya cada paciente para sobrellevar la enfermedad y potenciarlos en caso de crisis para evitar comorbilidad.

Sobre las variables VANEG y OPSP (correlación muy elevada, directa), aplicado a la práctica clínica, conlleva que los pacientes que presentan más síntomas positivos en la escala TALD, como la verborrea, perseveración, presión del pensamiento, son más propensos a hablar más de temas negativos, por lo que, asociado al punto anterior, implica que en general, los pacientes con síntomas positivos en las escalas evaluativas, tienden a hablar más de sus emociones sean positivas y negativas, lo que lleva a poder potenciar los apoyos y en el caso de las emociones negativas, a

detectar precozmente síntomas que puedan empeorar el pronóstico de estos pacientes, aumentar el riesgo de suicidio o bien, incluso reclasificar los diagnósticos, véase el ejemplo de esquizofrenia vs trastorno esquizoafectivo, si se diera el caso de que detectásemos que el núcleo predominante actualmente son los síntomas afectivos negativos como episodios depresivos.

Siguiendo con las variables VAPOS y ONSN (correlación media, directa), aplicado a la práctica clínica, implicaría que los pacientes con más pobreza del lenguaje según la escala TALD, hablarían menos sobre emociones positivas, lo cual implicaría dificultades a la hora de encontrar los fuertes de los pacientes para sobrellevar la enfermedad. No obstante, la relación no es estadísticamente significativa por lo que estos resultados, aún coherentes, pueden ser debidos al azar, por lo que se recomendaría aumentar el tamaño muestral.

Por último, con respecto a las correlaciones de VANEG y VAPOS con la puntuación de la escala TLC global (Total), se observa que a mayor puntuación en esta última y por tanto, mayor afectación del lenguaje de forma global, existe mayor expresión de emociones negativas y positivas, sin embargo, al no existir la separación en la propia escala, la correlación no es exactamente adecuada.

6.3. Propuestas terapéuticas

La propuesta principal consiste en la creación de un algoritmo de despistaje que por medio del programa ATLAS.ti o similares, fuera capaz de transcribir automáticamente y analizar entrevistas de los profesionales y los pacientes para detectar la presencia de todas las categorías referidas. Con respecto a la aparición de categorías con valencia negativa y donde haya más afectación familiar, sería conveniente adecuar la psicoterapia (30), tanto a los propios pacientes como a sus familias.

Por otra parte, el estudio de las categorías positivas, especialmente de los apoyos, podría ayudarnos a obtener mejores resultados terapéuticos fomentando los mismos y aumentando los grupos de apoyo en los talleres. Por ejemplo, se podrían agrupar los pacientes de manera más eficaz para conseguir una mejoría terapéutica en función de las frases empleadas, se podría valorar para cada paciente si le resulta más útil convivir con la familia primaria o en pisos tutelados, o en residencia urbana vs rural, y en la misma línea, tratar de ampliar ese algoritmo para incluir los tratamientos prescritos evaluando si es posible la conveniencia de agrupar pacientes cuyos resultados en el estudio sean similares, valorando su evolución y permitiendo así al médico establecer un seguimiento personalizado con más o menos consultas presenciales, visitas domiciliarias o llamadas, buscando con ello además fortalecer la relación médico-paciente.

Finalmente, en los pacientes en los que las escalas muestren una pobreza del habla y del lenguaje, es preciso fomentar una intervención logopédica con terapias generales y terapias individuales y específicas, pues es esencial para la rehabilitación en este tipo de enfermedades (17).

6.4. Limitaciones del estudio

Primeramente, mencionar que el propio diseño del estudio puede dar lugar a sesgos, por ser una serie de casos y no tener un grupo control con el que comparar los hallazgos observados, así como el hecho de ser un estudio retrospectivo que nos impide realizar un seguimiento a los pacientes para corroborar lo estudiado. Por otra parte, el factor más limitante del estudio es un tamaño muestral tan reducido (10 pacientes), pues es muy difícil extrapolar los resultados de un estudio de estas características a la población general, si bien, es una primera toma de contacto entre el nuevo método de análisis del lenguaje y los pacientes con un trastorno mental grave. Además, al no disponer del mismo número de pacientes de cada una de las patologías abordadas, no ha sido posible comparar los hallazgos entre categorías por enfermedades, pues los resultados no serían generalizables. Finalmente, el procedimiento para llevar a cabo el análisis de estas muestras ha requerido una formación en el manejo de ATLAS.ti, así como la transcripción de todas las muestras de habla, que efectivamente, ha llevado gran cantidad de tiempo, por lo que la metodología empleada limita un poco la realización de estudios complementarios. No obstante, si se ampliara el tamaño muestral, se podría realizar una serie de algoritmos en la inteligencia artificial de ATLAS.ti para favorecer este proceso y agilizarlo hasta el punto de la automatización.

6.5. Fortalezas del estudio

El aspecto más innovador de este proyecto es la aplicación del programa ATLAS.ti para el análisis cualitativo de muestras de habla, en el ámbito de la medicina y en concreto de la psiquiatría, pues permite codificar eficientemente las categorías establecidas sobre textos, cuantificar el número de palabras, escoger frases ilustrativas y en el futuro, en caso de ampliar tamaño muestral, se podría “enseñar” a la IA a realizar codificaciones automáticas en base a patrones repetidos de las muestras primarias. La posibilidad de crear algoritmos que detecten este tipo de categorías, podría ayudarnos en la prevención del riesgo, de la comorbilidad y del propio riesgo de suicidio, como se utilizó, por ejemplo, para detectar frases asociadas al intento de suicidio en redes sociales, estudio que comenzó con el uso de ATLAS.ti (31). El estudio por métodos innovadores del lenguaje en personas con TMG podría facilitar una evaluación e intervención en el lenguaje más precisa. Ello podría finalmente contribuir a mejorar las alternativas terapéuticas y el funcionamiento de la persona en diversos ámbitos, como familiar, social, académico o laboral. Y también en situaciones específicas como el ámbito sanitario, donde a menudo el médico y cualquier otro profesional sanitario debe adaptarse a las posibles y diversas alteraciones del lenguaje de personas con TMG para favorecer la interacción profesional-paciente en diversas especialidades sanitarias.

6.6. Futuras líneas de investigación

Por todo lo expuesto, se proponen las siguientes líneas de investigación para la continuidad del proyecto:

- Ampliar la muestra de estudio para reducir sesgos derivados del insuficiente tamaño muestral en pacientes con trastorno mental grave.
- Comparar dichas características con un grupo control de características sociodemográficas similares a los pacientes de la muestra.
- Estandarizar el análisis de muestras de habla por medio del programa utilizado para crear un programa o algoritmo específico de intervención orientado a este tipo de trastornos, afectivos y del lenguaje.
- Correlacionar los trastornos con bases neurobiológicas mediante estudios moleculares o de imagen.

7. CONCLUSIONES

En resumen, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- I. Es posible realizar un análisis cualitativo y cuantitativo del habla en personas con TMG por medio de métodos innovadores de análisis.
- II. La cuantificación precoz de categorías con valencia positiva y negativa puede orientar a un tipo de tratamiento más adecuado al paciente para evitar la morbimortalidad de este tipo de trastornos.
- III. Se ha demostrado que las puntuaciones obtenidas en las escalas TLC y TALD (factores objetivos positivos/negativos y subjetivos positivos/negativos) se relacionan con la presencia de categorías cualitativas con valencia afectiva positiva y negativa, respectivamente.
- IV. Dicha correlación nos puede ayudar a la detección precoz de problemas o a la búsqueda activa de los mismos, por el riesgo de no detectarlos por la afectación del lenguaje, lo que conlleva una mejora de la relación médico-paciente.
- V. Los problemas detectados precisan de un abordaje terapéutico multidisciplinar que englobe psiquiatría, psicología, enfermería y logopedia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Prada IF, Sánchez JAM, Rubio AS. (Estudios sobre el Anteproyecto de Ley de Enjuiciamiento Criminal de 2020).
2. Ashok N, Hughes D, Yardley S. Challenges and opportunities for improvement when people with an intellectual disability or serious mental illness also need palliative care: A qualitative meta-ethnography. *Palliat Med.* septiembre de 2023;37(8):1047-62.
3. Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf [Internet]. [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. Año 68, vol 52, suplemento n1, marzo 2014.

4. Esquizofrenia [Internet]. [citado 14 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
5. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 14 de febrero de 2024]. Esquizofrenia - Trastornos psiquiátricos. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>
6. Tan EJ, Rossell SL. Language comprehension and neurocognition independently and concurrently contribute to formal thought disorder severity in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1 de febrero de 2019;204:133-7.
7. Lermenda S V, Holmgren G D, Soto-Aguilar B F, Sapag S F. Trastorno esquizoafectivo: ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. marzo de 2013;51(1):46-60.
8. Association AP. DSM-5-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto revisado. 2023. 1150 p. Capítulo: Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
9. Trastorno Esquizoafectivo | Concise Medical Knowledge [Internet]. [citado 21 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.lecturio.com/es/concepts/trastorno-esquizoafectivo/>
10. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 21 de mayo de 2024]. Trastorno de personalidad esquizotípico - Trastornos psiquiátricos. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-de-personalidad-esquizotípico>
11. Kircher T, Bröhl H, Meier F, Engelen J. Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology. *Lancet Psychiatry*. junio de 2018;5(6):515-26.
12. Andreasen NC. Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Arch Gen Psychiatry*. noviembre de 1979;36(12):1315-21.
13. Andreasen NC. Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry*. noviembre de 1979;36(12):1325-30.
14. Lanchares AA, Pardo RBS. GUÍA DE EVALUACIÓN DEL LENGUAJE ORAL [Internet]. EDICIONES UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. EDICIONES UNIVERSIDAD DE VALLADOLID; 2022 [citado 8 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.publicaciones.uva.es/index.php/eduva/catalog/book/2935>
15. Kircher T, Krug A, Stratmann M, Ghazi S, Schales C, Frauenheim M, et al. A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophrenia Research*. 1 de diciembre de 2014;160(1):216-21.
16. Jimeno B. N. Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. marzo de 2019;57(1):34-42.
17. Jimeno N. Language and communication rehabilitation in patients with schizophrenia: A narrative review. *Heliyon*. 30 de enero de 2024;10(2):e24897.
18. Alonso Alonso J. Análisis de las alteraciones en el lenguaje y la comunicación en personas con trastorno mental grave mediante las escalas TLC y TALD. 2023 [citado 3 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/60429>
19. Fernández FM. Metodología del "Proyecto para el estudio sociolingüístico del español de España y de América" (PRESEEA). Documentos PRESEEA de investigación [Internet]. 2021 [citado 2 de mayo de 2024]; Disponible en: https://www.academia.edu/2143286/Metodolog%C3%ADa_del_Proyecto_para_el_Estudio_Socioling%C3%BC%C3%ADstico_del_Espa%C3%B1ol_de_Espa%C3%B1a_y_de_Am%C3%A9rica
20. Kuckartz U, Rädiker S, Ebert T, Schehl J. Statistik: Eine verständliche Einführung. 2., überarb. Aufl. 2013 Edition. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2013. 316 p.
21. Xavier M da S, Terra MG, da Silva CT, Souto VT, Mostradeiro SCT de S, Vasconcelos RO. El uso de psicofármacos en individuos con trastorno mental en seguimiento ambulatorio. *Enfermería Global*. octubre de 2014;13(36):114-25.
22. Leng J, Lui F, Huang X, Breitbart W, Gany F. Patient perspectives on adapting meaning-centered psychotherapy in advanced cancer for the Chinese immigrant population. *Support Care Cancer*. septiembre de 2019;27(9):3431-8.
23. Varma DS, Muallem M, Goodin A, Gurka KK, Wen TST, Gurka MJ, et al. Acceptability of an mHealth App for Monitoring Perinatal and Postpartum Mental Health: Qualitative Study With Women and Providers. *JMIR Form Res*. 7 de junio de 2023;7:e44500.
24. Burke NJ, Phung K, Yu F, Wong C, Le K, Nguyen I, et al. Unpacking the «black box» of lay health worker processes in a US-based intervention. *Health Promot Int*. 1 de febrero de 2020;35(1):5-16.
25. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. abril de 1977;86(2):103-26.
26. Zubin J, Steinhauer SR, Condray R. Vulnerability to Relapse in Schizophrenia. *Br J Psychiatry*. octubre de 1992;161(S18):13-8.

27. Rudnick A, Lundberg E. The Stress-Vulnerability Model of Schizophrenia: A Conceptual Analysis and Selective Review. *Current Psychiatry Reviews*. 8(4):337-41.
28. Souza Filho MDD, Sousa ADO, Parente ACBV, Carvalho E Martins MDCD. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicol estud*. septiembre de 2010;15(3):639-47.
29. Araujo DSD. EFEITOS ADVERSOS DO USO DE ANTIPSICÓTICOS.
30. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 1 de noviembre de 2021;8(11):969-80.
31. Brown RC, Bendig E, Fischer T, Goldwisch AD, Baumeister H, Plener PL. Can acute suicidality be predicted by Instagram data? Results from qualitative and quantitative language analyses. *PLoS One*. 2019;14(9):e0220623.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1: Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra

Datos generales:

Número de registro: Pacientes 1-10.

Fecha de reclutamiento: Abril y marzo de 2023.

Fecha de evaluación: Curso 2023-2024.

Características sociodemográficas:

(Primer y segundo apellidos) y (Nombre) anonimizados.

Edad:

- 30-45 años: 2 pacientes, 20% de la muestra.
- 46-60 años: 6 pacientes, 60% de la muestra.
- 61-75 años: 2 pacientes, 20% de la muestra.

Género:

- Masculino: 5 pacientes, 50% de la muestra.
- Femenino: 5 pacientes, 50% de la muestra.

Estado civil:

- Soltero: 9 pacientes, 90% de la muestra.
- Casado / convive: 0 pacientes, 0% de la muestra.
- Separado / divorciado: 1 paciente, 10% de la muestra.
- Otros (célibe, anulación matrimonial...): 0 pacientes, 0% de la muestra.

Nivel socioeconómico:

- Bajo: 1 paciente, 10% de la muestra.
- Medio: 9 pacientes, 90% de la muestra.
- Alto: 0 pacientes.

Residencia:

- Urbana (más de 100.000 habitantes): 9 pacientes, 90% de la muestra.
- Semiurbana (entre 10.000 y 100.000 habitantes): 1 paciente, 10% de la muestra.
- Rural (menos de 10.000 habitantes): 0 pacientes, 0% de la muestra.
- Otros (sin domicilio fijo...): 0 pacientes, 0% de la muestra.

Convivencia:

- Familia primaria: 2 paciente, 20% de la muestra.
- Familia propia: 0 pacientes, 0% de la muestra.
- Solo: 0 pacientes, 0% de la muestra.
- Otros (señalar si piso protegido): 8 pacientes en piso protegido, 80% de la muestra.

Nivel educativo alcanzado:

- Sin estudios: 1 paciente, 10% de la muestra.
- Estudios primarios (hasta 14 años): 5 pacientes, 50% de la muestra.
- Estudios secundarios (hasta 18 años): 3 pacientes, 30% de la muestra.
- Estudios superiores (hasta 21 años): 1 paciente, 10% de la muestra.

Actividad laboral actual:

- Estudiante: 1 paciente, 10% de la muestra.
- Variable: 1 paciente, 10% de la muestra.
- Otros: 8 pacientes, 80% de la muestra.

Situación laboral actual:

- Activo: 0 pacientes, 0% de la muestra.
- Paro: 2 pacientes, 20% de la muestra.
- Incapacidad laboral (transitoria o permanente): 7 pacientes, 70% de la muestra.
- No procede: 1 paciente, 10% de la muestra.

Características clínicas:

Diagnóstico actual:

- Esquizofrenia: 5 pacientes, 50% de la muestra.
- Trastorno esquizoafectivo: 2 pacientes, 20% de la muestra.
- Trastorno esquizotípico de la personalidad: 1 paciente, 10% de la muestra.
- Trastorno afectivo no filiado: 1 paciente, 10% de la muestra.
- Trastorno delirante de tipo paranoide: 1 paciente, 10% de la muestra.

Tratamiento farmacológico (sí/no):

- No: 0 pacientes, 0% de la muestra.
- Sí: 10 pacientes, 100% de la muestra.

Tratamiento antipsicótico (sí/no):

- No: 0 pacientes, 0% de la muestra.
- Sí: 10 pacientes, 100% de la muestra.

9.2. Anexo 2: Temas principales de la entrevista estandarizada PRESEEA (19)

- Saludos, presentación.
- Tiempo: verano/invierno, opinión sobre el mismo, opinión sobre el cambio climático.
- Lugar de residencia: casa, ciudad, pueblo, ambiente, gente. Preferencias, cambios producidos, peligrosidad.
- Familia, amistad (definición), cambios, opiniones, trabajo, actividad diaria, sueños de futuro.
- Costumbres, vacaciones navidad/verano, planes, religiosidad.
- Peligro de muerte, opinión sobre la delincuencia.
- Anécdotas importantes de vida.
- Posible mejora económica, deseo, plan de vida, expectativas.
- Final, despedida.

9.3. Anexo 3: Categorías, subcategorías, descripción, frases ilustrativas

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
Miedo	Familia	Describe el sentimiento de miedo en el contexto de la convivencia familiar, miedo por dañar a la familia en el contexto de una crisis y miedo por los daños que su familia le pueda ocasionar.	“la relación con mi familia se estropeó un poco a raíz de esto” “he tenido miedo de muerte, y sí, con esta me llevaba muy mal y a veces nos hemos peleado y hemos llegado a las manos, también mostraba mucho desprecio, yo intentaba no, pero no podía”
	Amigos	Describe el sentimiento de miedo en el contexto de las relaciones de amistad, miedo por dañar a sus amigos en el contexto de una crisis y miedo por los daños que sus amigos le pueda ocasionar.	“tengo un amigo, si se le puede llamar entre comillas y me pidió un dinero y no me lo ha devuelto (...), yo ya no me fío de nadie” “que sea buena como yo, que no pasen estas cosas, que no haga este acto malo”
	Peligro de muerte	Describe el miedo sentido por los pacientes ante anécdotas donde consideran que ha estado en peligro en su vida o su temor por la delincuencia.	“no me gusta esta zona (...), sé que quieren hacerme daño (...), ahora es horrible” “me tomé el líquido este y me mandaron a la UVI directa, es un tóxico, un veneno es con lo que te enjuagas” “algunas veces (tengo) como pequeños miedos a que me va a pasar algo y ya la cabeza me empieza a dar vueltas”
	Riesgos	Describe el miedo por tener crisis y las consecuencias y riesgos que puedan acarrear las mismas.	“sola me descentré mucho (...) y bueno las preparaba, me daban crisis y llamaba a la ambulancia y ya tenía que ingresar” “pues a veces estoy por la calle y me despisto y no sé a dónde voy, qué hago, se me va la pinza y eso me ocurre bastante”
Sufrimiento	Emociones negativas	Engloba los pensamientos negativos que refieren los pacientes en relación a su enfermedad, a su vida actual y a su relación con los demás.	“me hubiera gustado tener vida, eso es lo que me hubiera gustado” “el problema es que no pienso (...), lo fácil es caer en la enfermedad, lo difícil es recuperarlo” “me vienen pensamientos negativos (...), me quedé sola (...), no quería quedarme allí porque tenía recuerdos muy tristes” “no se me va de la cabeza (...), me vienen pensamientos más bien malos” “estaba más sola que la una y la relación con mi familia se estropeó un poco a raíz de eso”
	Ser una carga	Describe el sufrimiento y el dolor de los pacientes cuando sienten que por su enfermedad	“mi madre quiere que esté en silencio y callada y que no la moleste muchas veces, dice que

	están siendo una carga para amigos y familiares.	soy muy pesada hablando, que es agotador (cuidarme)" “(mi familia está) buscándose la vida sin mí” “cuando ingresaba en psiquiatría no me entendían, la única que me venía a ver era mi madre, mis hermanos no me veían”
Cambios de humor	Referido al sufrimiento de los cambios de humor provocados por la propia enfermedad o los tratamientos.	“sí, cosas buenas, antes me venían cosas buenas, ahora cambio y me vienen cosas malas. Me vienen pensamientos que suelen ser más bien malos, no es como antes que eran imaginaciones buenas, pero ahora mismo no, ahora son más bien malas”
Exclusión	Describe los malos sentimientos que aparecen en relación a la exclusión social y discriminación causada por el diagnóstico de la enfermedad.	“son jóvenes que pasan de todo (...), pero por ejemplo los jóvenes ni me miran, les doy miedo” “decían que lo hacía porque quería llamar la atención” “que nadie de tu familia tuviese nada en contra tuya, eso es lo que me gustaría”
Estado general	Enfermedad	Describen su propia vivencia de la enfermedad y del diagnóstico de un trastorno mental grave.
		“estaba ingresada porque me dio un brote psicótico que oía voces así que lo pasé allí (...), hubo días buenos” “me pasaba más antes pero ahora ya no, me he mentalizado más” “es que tuve, no sé si te lo habrán comentado por aquí, una esquizofrenia muy aguda, muy auto y me sentaba en un sitio sola, pero luego vieron que me calmaba”
	Esperanzas	Referido a los planes que hubieran querido hacer e ideas de futuro actuales.
		“me gustaría haber trabajado de pintora y de escritora, de diseñar por las páginas desde pequeña (...), (mi vida) hubiera sido muy buena, muy diferente” “de mayor quiero ser persona” “ahora mismo tengo una situación positiva, tengo una situación de ilusión (...), he ido en un proceso de recuperación”
	Tratamiento	Describe la mejoría referida por los pacientes tras el control con un correcto tratamiento.
		“me solía pasar, me quedaba la mente bloqueada de vez en cuando, me costaba, ahora ya no me pasa, desde que tomo la medicación ya no me pasa” “tomo el medicamento y estoy tranquila (...), desde el año pasado estaba mejor ya”

		“se fían de mí y yo cumplo con la medicación, la tomo y estoy bien”
	Posibles cambios	Referido a la opinión de los pacientes ante los posibles cambios que se den en el entorno y a los de su vida propia. “se han hecho algunas reformas, yo creo que los cambios son buenos, se puede cambiar un poco (...), me gusta más mi vida ahora porque es más tranquila” “me gustaría que hubiera más parques bonitos para los niños, organizar actividades para los ancianos, juegos de mesa y esas cosas”
Apoyos	Social	Engloba todos los apoyos que recibe el paciente a lo largo de su vida por parte de su familia y sus amigos. “yo tengo buenos amigos y creo que es lo más importante, porque gracias a eso yo me he podido levantar, te ayudan a levantar y yo tengo un 60% de discapacidad de esquizofrenia” “tengo un sobrino que me quiere mucho, me dice: <i>eres un tesoro, te adoro</i> , esa es la anécdota más bonita que tengo” “la única que me ha entendido siempre era mi madre” “la relación con mi madre es normal, vamos, discutimos a veces, pero luego intentamos apoyarnos siempre” “los amigos de niño son para siempre y los amigos de adulto también son para siempre”
	Trabajo	Describe las actividades a las que se dedican los pacientes, bien sea el lugar donde hayan trabajado o las actividades que hacen en los talleres de apoyo. “cuidaba niños, los llevaba al colegio, es lo que quería hacer siempre (...), (ahora estamos) en talleres por la mañana y actividades por la tarde” “he trabajado con ancianos, con niños, de conductora, con minusválidos (...), he trabajado también en ___ y estaba muy saludable” “nos mandaban deberes a casa y tengo fichas ahí en casa y los hacía en la cama y estaba estudiando ahí para sacar tanto y bien, vamos bien, para hacer los ejercicios y luego los corregíamos aquí e íbamos a casa”
	Creencias	Engloba las creencias que mencionan los pacientes como parte de su vida, tanto religiosas como supersticiones. “hay familias que lo necesitan y que si se lo da Dios o alguien, pues que lo disfruten y que se cuiden” “(mejorar) pidiendo más iglesias, para que la gente vaya más a misa que antes”

		“estoy viendo cosas de espiritualidad y eso, místico (...), ¿tú crees en los hechizos? (...), por otras vidas”
Hobbies	Referido a las aficiones que tienen los pacientes y cómo valoran las actividades a las que se dedican en su tiempo libre.	“algunas veces pierdo el control de mis pensamientos, me pasa siempre, pero cuando tengo una idea la plasmo en un cuadro o la escribo, soy pintora en mi tiempo libre” “estudio Derecho y me gusta estudiar y preparar oposiciones, me relaja mucho” “estoy en el salón haciendo sopas de letras y mandalas porque me gustan, me relajan y también estoy a gusto, salgo a dar paseos”

Tabla 1: Definiciones de las categorías y subcategorías, acompañadas de frases ilustrativas de los pacientes recogidas en las muestras de habla.

9.5. Anexo 5: Puntuaciones totales de categorías y escalas

Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MIEDO	30	14	270	89	155	314	2	143	82	1131
SUFRIMIENTO	0	89	303	29	51	340	0	181	98	1261
NEG	30	103	573	118	206	654	2	324	180	2392
ESTADO GENERAL	182	132	333	105	186	236	25	22	155	494
APOYOS	253	134	242	67	324	690	34	151	168	552
POS	435	266	575	172	510	926	59	173	323	1046
Familia	0	0	23	0	0	179	0	82	0	19
Amigos	0	0	0	0	0	19	0	0	68	520
Peligro de muerte	30	14	220	35	129	154	2	61	14	421
Riesgos	0	0	47	30	26	57	0	0	0	171
Emociones negativas	0	50	197	0	37	340	0	119	81	662
Ser una carga	0	22	35	0	0	0	0	23	0	599
Cambios de humor	0	0	49	0	0	0	0	11	0	0
Exclusión social	0	17	36	29	14	0	0	28	17	0
Enfermedad	44	72	183	56	134	38	10	15	53	145
Esperanzas	104	40	9	0	21	31	6	0	30	70
Tratamiento	11	0	20	0	10	15	0	0	79	197
Posibles cambios	23	20	121	49	21	152	9	7	46	82
Social	84	75	128	39	162	277	21	39	70	69
Trabajo	16	4	59	0	85	250	5	7	47	362
Creencias	0	26	0	0	23	0	0	77	5	11
Hobbies	153	32	55	28	54	163	8	28	46	110
TLC (Total)	7	10	11	3	10	11	3	10	3	17
TALD	16	15	17	9	12	12	5	16	7	24
OP	3	6	9	1	8	8	0	12	1	20
SP	2	0	2	1	0	1	0	1	1	1
OPSP	5	6	11	2	8	9	0	13	2	21
ON	6	5	0	4	0	0	3	2	2	0
SN	5	4	6	3	4	3	2	1	3	3
ONSN	11	9	6	7	4	3	5	3	5	3

Tabla 2: Puntuaciones totales del recuento de palabras por categorías, subcategorías, categorías con valencia positiva (VAPOS), categorías con valencia negativa (VANEG), puntuación escala TLC (Total), puntuación escala TALD y separación de los ítems de la TALD en positivos (OPSP) y negativos (ONSN).

9.6. Anexo 6: Póster



PROYECTO PILOTO ANÁLISIS CUALITATIVO DE MUESTRAS DE HABLA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE PROCEDENTES DE LA ASOCIACIÓN FEAFES DE VALLADOLID

Autor: Eva Raliegos Sansegundo.
Tutores: D^a Natalia Jimeno Bulnes / D^o Álvaro Díez Revuelta.



INTRODUCCIÓN

Trastorno mental grave (TMG): Alteración psiquiátrica de >2 años que engloba trastornos psicóticos y de personalidad, y que implica discapacidad y disfunción social (1).

Alteraciones del lenguaje: Objetivan los trastornos de la forma del pensamiento en los pacientes con TMG y sirven de marcador pronóstico (2).

Escalas TLC y TALD: Cuantifican los síntomas positivos y negativos que aparecen en el discurso de los pacientes con TMG (3).



OBJETIVOS

1. Analizar muestras de habla de personas con TMG desde un abordaje cualitativo y cuantitativo.
2. Cuantificar síntomas positivos y negativos y estudiar su asociación con otras medidas del lenguaje (TLC/TALD).
3. Orientar los datos a una mejora diagnóstico-terapéutica.



MÉTODOS

Participantes: 10 sujetos con TMG de la Asociación FEAFES "El Puente".

Muestras de habla: grabaciones transcritas a texto.

Variables:

- **Cualitativo:** 4 categorías temáticas. La mitad con valencia positiva (apoyos y estado general) y la otra mitad con valencia negativa (miedo y sufrimiento).
- **Cuantitativo:** Recuento de palabras por categoría y puntuaciones escalas TLC y TALD (separada en síntomas positivos OPSP y negativos ONSN).

Programas: ATLAS.ti e IBM SPSS Statistics.

RESULTADOS

Análisis cuantitativo:

- A mayor puntuación en los síntomas positivos de la TALD, expresan más categorías con valencia afectiva positiva y negativa.
- A mayor puntuación en los síntomas negativos de la TALD, expresan menos categorías con valencia afectiva positiva y negativa.
- A mayor puntuación en la escala TLC, expresan más categorías con valencia afectiva positiva y negativa.

Cuestionario y subescala	Valencia afectiva de las categorías	Coefficiente de correlación de Spearman	Nivel de significación (p<0,05)	Grado de correlación
TALD (OPSP)	VAPOS	0,681	0,030	Elevado
	VANEG	0,851	0,002	Muy elevado
TALD (ONSN)	VAPOS	-0,363	0,302	Medio
	VANEG	-0,720	0,019	Muy elevado
TLC (Total)	VAPOS	0,823	0,003	Muy elevado
	VANEG	0,823	0,003	Muy elevado

Tabla 1: Coeficientes de correlación de Spearman entre las categorías negativas (VANEG) y positivas (VAPOS) con las puntuaciones de la escala TALD negativas (ONSN) y positivas (OPSP) y la TLC total.

Análisis cualitativo de categorías:

- Mayor frecuencia: Apoyos.
- Menor frecuencia: Estado general.
- Categorías de valencia positiva: 49,46%.
- Categorías de valencia negativa: 50,54%.



Figura 1: Gráficos de sectores que muestran las frecuencias de las categorías y subcategorías que aparecen en las entrevistas de los pacientes.



CONCLUSIONES

1. La detección precoz de categorías negativas y positivas puede orientar a un tipo de tratamiento más adecuado al paciente para evitar la morbilidad de este tipo de trastornos.
2. Las puntuaciones obtenidas en las escalas TLC y TALD (síntomas negativos y positivos) se relacionan con la presencia de categorías cualitativas negativas y positivas, respectivamente.
3. Dicha correlación nos puede ayudar a la detección precoz de problemas o a la búsqueda activa de los mismos, por el riesgo de no detectarlos por la afectación del lenguaje, lo que conlleva una mejora de la relación médico-paciente.



BIBLIOGRAFÍA

- (1) Prada IF, Sánchez JAM, Rubio AS. [Estudios sobre el Anteproyecto de Ley de Enjuiciamiento Criminal de 2020].
- (2) Andreasen NC. Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. Arch Gen Psychiatry. noviembre de 1979;36(12):1315-21.
- (3) Kircher T, Bröhl H, Meier F, Engelen J. Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology. Lancet Psychiatry. junio de 2018;5(6):515-26.