



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN LOGOPEDIA

CURSO ACADÉMICO 2023-2024

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**LA IMPORTANCIA DEL LOGOPEDA EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

THE IMPORTANCE OF THE SPEECH THERAPIST IN PATIENTS WITH
SCHIZOPHRENIA. BIBLIOGRAPHIC REVIEW.



AUTOR: ANJARA VITORIA CHACÓN

TUTOR: NATALIA JIMENO BULNES



*“A mi familia, padres y hermano,
porque siempre creísteis más en mí de lo que yo misma lo hacía,
espero que os sintáis tan afortunados como yo de teneros. Os quiero”*

*“A mi familia de Valladolid, por acogerme y cuidarme durante toda mi
estancia en esta preciosa ciudad”*

*“Y a mi tutora Natalia Jimeno, que sin su paciencia, consejos y confianza
en que el tiempo no me frenaría, no hubiese sido posible”*



INDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1. JUSTIFICACIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. INTRODUCCIÓN	7
2.2. PSICOPTOLOGÍA DEL LENGUAJE	8
3. OBJETIVOS	12
4. MATERIAL Y MÉTODOS	13
4.1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	13
4.2. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN	13
5. RESULTADOS	14
6. DISCUSIÓN	24
6.1. <i>Rehabilitación de los trastornos del lenguaje en esquizofrenia</i>	24
6.2. <i>Herramientas para la evaluación de las personas con esquizofrenia</i>	25
6.3. <i>Herramientas y recomendaciones en la intervención de las personas con esquizofrenia</i> ..	26
6.4. <i>Limitaciones, fortalezas y futuras líneas de investigación.</i>	27
7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	28
8. CONCLUSIONES	29
9. BIBLIOGRAFÍA	30
10. ANEXOS	35

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es un trastorno mental grave de aparición habitual en la adolescencia o jóvenes adultos y duración prolongada, afectando de manera usual al funcionamiento global (personal, familiar, académico, laboral, social...) de la persona. Se caracteriza por la presencia de síntomas psicopatológicos como delirios y alucinación y principalmente trastornos del lenguaje como lenguaje desorganizado o trastorno formal del pensamiento (Asociación americana de Psiquiatría, 2014). Comprende una gran variedad de alteraciones objetivas y subjetivas del lenguaje, como lenguaje disgregado, pérdida de meta, tangencialidad y pobreza del lenguaje, que son recogidos por escalas psicopatológicas como la TLC y la TALD y PANSS (Kircher et al., 2018).

La rehabilitación de estas alteraciones es relevante clínicamente, pues se ha demostrado que las alteraciones del lenguaje se asocian a déficits cognitivos y peor disfunción psicosocial, que pueden actuar como síntomas o señales (Jimeno, 2024). Por ello, debería buscarse un objetivo común a través de una intervención multidisciplinar y conocer el papel del logopeda.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica, sobre la actuación del logopeda en pacientes con trastorno mental grave, específicamente, la esquizofrenia. Comprobando y detallando la importancia del profesional sobre la patología.

Material y métodos: Han sido incluidos artículos científicos procedentes de diversas bases de datos, "Pubmed", "Dialnet", "SciELO" y "Scopus". Sin límite anterior a 31.12.2018, escritos en español, inglés y portugués. Se estudian variables como, las muestras, los métodos de la evaluación e intervención logopédica principalmente.

Resultados: Se analizan 17 artículos científicos, se inspecciona en cómputo global, todos los dominios del lenguaje, así como la escritura. Independientemente de los ítems u objetivos de cada artículo en concreto, en todos ellos se menciona las puntuaciones menores de las personas con esquizofrenia, su menor rendimiento y mayores dificultades y apelan a la necesidad de intervención en el lenguaje y la importancia de mantener las habilidades lingüísticas.

Conclusiones: Hay existencia de evidencias que ponen de manifiesto que las personas con trastorno de la esquizofrenia tienen unas cualidades características que representa su lenguaje. Y se demuestra que con la intervención en el habla y lenguaje se producen mejoras significativas. Tanto a nivel léxico-semántico, sintáctico y pragmáticos y vertientes como la atención, las funciones ejecutivas y lo referido como "Trastorno formal del pensamiento".

Palabras clave: Revisión sistemática, logopedia, esquizofrenia, intervención del lenguaje, evaluación de la comunicación, esquizofrenia, psicopatología, lenguaje disgregado.



ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a severe mental disorder that typically appears in adolescence or young adulthood and has a prolonged duration, usually affecting the overall functioning (personal, familial, academic, occupational, social, etc.) of the person. It is characterized by the presence of psychopathological symptoms such as delusions and hallucinations, including disturbances in thought and language; primarily disorganized speech or formal thought disorder (American Psychiatric Association, 2014). It encompasses a wide variety of objective and subjective language disturbances, such as disorganized speech, loss of goal, tangentiality, and poverty of speech, which are measured by psychopathological scales like TLC, TALD, and PANSS (Kircher et al., 2018).

The rehabilitation of these disturbances is clinically relevant, as it has been demonstrated that language disturbances are associated with cognitive deficits and worse psychosocial dysfunction, which can act as symptoms or signals (Jimeno, 2024). Therefore, a common goal should be sought through a multidisciplinary intervention, recognizing the role of the speech therapist.

Objectives: To conduct a systematic literature review on the role of speech therapists in patients with severe mental disorders, specifically schizophrenia. This involves verifying and detailing the importance of the professional in managing the pathology.

Material and Methods: Scientific articles from various databases, "PubMed," "Dialnet," "Scielo," and "Scopus" were included, with no limit prior to 31.12.2018, written in Spanish, English, and Portuguese. Variables such as subjects, samples, methods of evaluation, and speech therapy intervention are mainly studied.

Results: Seventeen scientific articles are analyzed, examining all domains of language on a global scale, including semantic, syntactic, and pragmatic levels, as well as writing. Regardless of the specific items or objectives of each article, all of them mention the lower scores of people with schizophrenia, their lower performance, and greater difficulties, and they highlight the need for language intervention and the importance of maintaining language skills.

Conclusions: There is evidence that highlights the characteristic qualities of language in people with schizophrenia. It has been shown that speech and language intervention lead to significant improvements. These improvements occur at the lexical-semantic, syntactic, and pragmatic levels, as well as in areas such as attention, executive functions, and what is referred to as "formal thought disorder."

Keywords: Systematic review, speech therapy, schizophrenia, language intervention, communication assessment, schizophrenia, psychopathology, disorganized language.

1. JUSTIFICACIÓN

La elección del tema para este TFG, viene dada por la desinformación y el desconocimiento. Hace dos años, cuando me hallaba en segundo de carrera y pensaba que quedaba un lustro para poder finalizarla, tuvimos la asignatura de Psiquiatría, cual causó gran interés en mí. Pude estudiar infinitud de patologías sobre la salud mental, cómo afectan a las personas y su manera de desenvolverse en el entorno.

Me llevó a concluir en su necesidad de comunicar, deseos, las disfuncionalidades de sus pensamientos y describir las experiencias vividas, reales o irreales pero que podrían sufrir algunas personas.

De tal manera, me sumerjo en la primera incógnita, ¿Cómo sería rehabilitar a una persona con trastorno mental grave, y que beneficios tendría?, conocido que especialmente la esquizofrenia, se caracteriza por alteración en el lenguaje tanto expresivo como comprensivo, así como alteraciones de las funciones ejecutivas del pensamiento.

La única base con la que contaba antes de comenzar el proyecto es, que siempre debemos tener en cuenta las situaciones naturales y circunstancias de cada persona, conocer las formas generales en las que aparece esta enfermedad, la esquizofrenia, y como afecta a cada uno en base a sus alteraciones, limitaciones y necesidades.

Todo ello, fue lo que dio forma a este TFG, “La importancia del logopeda en pacientes con esquizofrenia. Revisión Bibliográfica”. Poder observar desde diferentes puntos de vista y/o perspectivas la cantidad de maneras en que los logopedas resultan beneficiosos en la calidad de vida de una persona con esquizofrenia. Mejoran su manera de expresión, comprensión, en definitiva, su método de comunicación. Siendo conscientes de que no siempre deben ser los establecidos como normativos. Debemos entablar unas directrices que nos permitan comprender y ser comprendidos a todos aquellos pacientes de esta enfermedad.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Asociación Americana de Psiquiatría (APA)

Escala de disfunción del pensamiento y lenguaje (TLC)

Escala Thought and Language Disorder (TALD)

Funciones ejecutivas (FE)

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

Organización Mundial de la Salud (OMS)



Escla de los síndromes positivos y negativos (PANSS)

Trastorno formal del pensamiento (TFP)

Trastorno Mental Grave (TMG)

2. MARCO TEÓRICO

2.1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una Enfermedad/Trastorno Mental Grave (TMG) que afecta en la percepción, pensamiento y comportamiento de las personas que la padecen, llegando a vivenciar la realidad de manera anormal. Implicando y comprometiendo las estructuras elementales de todo aquello que asociamos con aspectos nucleares de nuestra cultura. La esquizofrenia no es un proceso puntual o transitorio, sino una condición que impregna la totalidad de la existencia y confiere a su portador un perfil psicológico constante y definido (Colodrón 2002).

La esquizofrenia es un trastorno mental generalizado y crónico, con una etiología multifactorial y una prevalencia global de 0,3 al 0,7% (Herráez & Palacios, 2009). Con frecuencia superior en el género masculino. Sin embargo, la variedad de síntomas de estados de ánimo y cuadros breves mantienen un riesgo equivalente en ambos, en las definiciones que incluyen la mayoría de los síntomas. El inicio de señales de alarma se sitúa en un rango de edad entre los 15 y 45 años y prevalencia en la juventud (Mac-Kay 2018).

Para un diagnóstico certero según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5 2013) por la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP, 2013, P. 108), el paciente debe tener dos o más síntomas positivos o negativos explicados posteriormente y perdurar en el tiempo de manera significativa desde el inicio del trastorno (mínimo de 6 meses). No ha de atribuirse a trastornos similares sin episodios maniacos o depresivos ni a acontecimientos secundario a efecto fisiológico de sustancias u otra afectación médica.

La CIE-11 conceptualiza la esquizofrenia bajo un enfoque categórico y ha realizado cambios en los criterios diagnósticos, como retirar los síntomas de primer rango de Schneider y 3 cambios en los especificadores, respecto a la CIE-10, (Valle 2020), pero la definición nuclear de la esquizofrenia se mantiene igual en ambas y se armonizó con la del DSM-5.

Los síntomas en la esquizofrenia se dividen en dos categorías: positivos y negativos. Los síntomas positivos se definen así, por su carácter visible únicamente en las personas con la patología, incluyen trastornos de la sensorpercepción (alucinaciones), del lenguaje (lenguaje desorganizado), la

organización comportamental (catatonía), y exageraciones del pensamiento inferenciales (ideas delirantes). Esta clase de sintomatología posee dos tipos de vertientes, la relación con los tipos neurales subyacentes, quién se divide en dimensión psicótica (delirios y alucinaciones) y la dimensión de desorganización (comportamiento y lenguaje desorganizado). Por otro lado, los síntomas negativos, son los que afectan al estado emocional de la persona con una pérdida o disminución que involucra la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención, inclusive restricciones de intensidad como aplanamiento afectivo, en el comportamiento intencional con un objetivo (abulia) y en la fluidez, productividad del pensamiento y lenguaje (alogia). (Mac-Kay 2018.). La sintomatología negativa, se relaciona con la pobreza del lenguaje y una peor función social y ocupacional (Barrera, 2006). Además, existe una afectación cognitiva, con déficits de memoria, resolución y procesamiento de la información.

La escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS, Kay et al., 1987), tuvo el propósito de proporcionar un instrumento definido para evaluar los síntomas específicamente positivos y negativos de la esquizofrenia, así como la psicopatología general. Se han demostrado fuertes propiedades psicométricas en confiabilidad, validez y sensibilidad.

2.2. PSICOPTOLOGÍA DEL LENGUAJE

El lenguaje es una facultad del propio ser humano de expresarse y comunicarse con los demás, a través de sonidos articulados u otros sistemas de signos. De tal manera, es utilizado para extraer información del ambiente y de los contextos que le rodean en su vida diaria. Para esto, es imprescindible la producción y comprensión del lenguaje, ya sea de forma oral o escrita (Agudelo, 2022).

Esta patología se mostró digna de estudio en el siglo XIX, cuando dos pilares fundamentales de la psiquiatría y neurología investigaron este trastorno, Emil Kraepelin (1856-1926) y Eugene Bleuler (1857-1939). Bleuler conceptualizó el TFP, como el síntoma nuclear de la esquizofrenia, es decir, para este autor, el TFP era la alteración fundamental que daba origen a todos los síntomas de la esquizofrenia. Actualmente, se describe el TFP como “aquello de lo que un sujeto habla es el contenido y el modo en el que habla es la forma”; los delirios hacen referencia al contenido y el TFP a la forma (Kircher 2014).

A pesar de que aún no exista un consenso acerca de la estructura factorial para el TFP, existen supuestos de probabilidad de alteraciones en organización, ritmo, empobrecimiento del habla y grado de idiosincrasia del lenguaje. Se posiciona como preferente la utilización de escalas múltiples en la exploración de asociaciones entre TFP y déficits o funcionamientos neuropsicológicos, dados por los déficits lingüísticos que este presenta. (Roche et al., 2016).



La relación con la logopedia yace en que los déficits de comunicación en la esquizofrenia surgen de un pensamiento desorganizado que conduce a patrones de habla incoherentes. Inclusive, este trastorno puede obstaculizar la capacidad de inicio y mantenimiento de conversaciones, interfiriendo en el flujo natural del mismo, en la dificultad anómica, así como en la comprensión del lenguaje figurado, dando lugar a conflictos en la integración social. Los logopedas, pueden evaluar y tratar los trastornos de la comunicación mediante la evaluación y rehabilitación del habla y el lenguaje, y por ende los dominios a nivel sintáctico, semántico, pragmático e inclusive mejorar la inteligibilidad, fluidez y funciones ejecutivas. No se descarta la colaboración conjunta con un equipo de profesionales, individuo y familia para establecer unos objetivos que influyan en el bienestar y mejora de la calidad de vida del sujeto. Las intervenciones pueden focalizarse en mejora de la gramática, de la articulación, de la comprensión del lenguaje y de las habilidades lingüísticas pragmáticas, con el fin de abordar situaciones o interacciones sociales cotidianas e infrecuentes (contacto visual adecuado, respetar los turnos de palabra, señales sociales, etc). (Raina 2024).

Los trastornos del lenguaje constituyen una parte esencial de los síntomas en la esquizofrenia, hasta llegar a ser aunadas y conceptualizadas como “logopatías”, pero no hay existencia de un único y uniforme patrón de afectación. Por tanto, la delimitación y la evaluación puede dar a confusión en las similitudes que presentan en clasificación y terminología la psicopatología del lenguaje, el posible y parcial solapamiento de los trastornos del lenguaje con los formales del pensamiento y en menor medida otras manifestaciones (Jimeno 2019). Además, la autora, en su estudio, presenta una serie de pruebas estandarizadas, que permiten indagar y profundizar la investigación en la psicopatología del lenguaje, para hacer de esta una más precisa y documentada. Defiende la existencia de pruebas generales y específicas para evaluar los trastornos del lenguaje y una gran variedad en ellas. La necesidad de rigurosidad y conocimiento en la aplicación de las mismas y que la mayoría de ellas son accesibles y fundamentadas en la función oral, expresiva y objetiva.

Se observan las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia como objetivos potenciales de rehabilitación, con una necesidad de observación tanto en clínica como en investigación, las cuales, deben estar íntimamente conectadas. En el estudio se demuestra, la existencia de múltiples herramientas de evaluación del lenguaje en esta patología a través de escalas estandarizadas y métodos de rehabilitación multimodal. Dejando como evidencia, la necesidad existencial de investigación y concienciación de ambos, ya que la intervención del lenguaje requiere un enfoque integrador e interdisciplinario, del mismo modo que debe estar presente durante la vida de los pacientes con esquizofrenia. (Jimeno 2024)



A través de análisis de estadios, existen evidencias científicas de la importancia del tratamiento logopédico en la esquizofrenia, ya que las alteraciones más intensas, se encuentra en aspectos relacionados con semántica-pragmática, coherencia del discurso, fluidez verbal, prosodia, atención, planificación, secuencialización y expresión facial. Se verifica que los déficits cognitivos se asocian a la pobreza del lenguaje, alteración en algún nivel de habla o una peor función social y ocupacional. La rehabilitación del lenguaje, produce beneficios en la vida de las personas con esquizofrenia, mejorando así tanto, la calidad de esta como su integración en la sociedad (Mac-Kay, et al., 2018).

Se destaca y consolida de la idea de necesidad terapéutica por parte del logopeda en la vida de las personas que padecen esquizofrenia, evidencia las bases de las mejoras comprendidas en los ámbitos de pragmática, semántica y habilidades discursivas, incidiendo significativamente en la calidad de vida e integración de estos pacientes. Cabe mencionar la falta de personal propio del lenguaje en este ámbito y la necesidad del mismo a lo largo de toda la vida de las personas. Incluir especialistas en el lenguaje, así como en el desarrollo de la logopedia dentro de la investigación para el tratamiento de los trastornos del habla en las esquizofrenias, es una necesidad emergente en la patología. (Joyal et al., 2016)

Todos estos autores y artículos, con mayor o menor antigüedad, apelan la necesidad de la figura del logopeda y/o la intervención en el lenguaje de las personas con esquizofrenia, ya que a través de estudios de experimentación, han observado las mejoras que supone en los pacientes, el trabajo y mantenimiento o rehabilitación de las habilidades lingüísticas, impidiendo la cronicidad y mejorando su contribución e integración en la sociedad, que repercute de manera directa en la calidad de vida de los individuos.

Existen en la actualidad un elevado número de textos específicos que presentan un gran número de pruebas y escalas en la práctica psiquiátrica. Por ejemplo, (Jimeno 2019), presenta en su estudio, cinco posibles escalas o pruebas generales objetivas de evaluación psicopatológica, cinco pruebas subjetivas y seis específicas; con el fin de aumentar el acuerdo y unificar criterios sobre los trastornos, además de aumentar la fiabilidad en su recogida y cuantificación de la intensidad.

La escala PANNS es uno de los instrumentos de evaluación del TFP en las personas con esquizofrenia, fue creada por (Kay & cols 1987), consta de 30 ítems que se subdividen en siete para la escala positiva (PANSS-P), dieciséis para la negativa (PANSS-N) y los dieciséis restantes para la escala psicopatológica general (PANSS-PG).

Respecto a las pruebas específicas del lenguaje, escala de Pensamiento Lenguaje y Comunicación, (Thought, Language and Communication Scale, TLC) (Andreasen 1979), es la prueba por excelencia en

el trastorno de la esquizofrenia, más utilizada y conocida. (González 2023), (Lanchares 2022) y (Lanchares 2023). Esta herramienta de evaluación, que se centra en los síntomas objetivos y consta de 20 ítems en los que se cuantifican alteraciones del pensamiento y lenguaje como descarrilamiento, tangencialidad y pobreza del habla, que se evalúan durante una entrevista de 45 minutos aproximadamente. Actualmente se cuenta con una guía para su aplicación en español (Jimeno 2022, en el libro de Ayuso y Santiago).

Kircher y cols desarrollaron la denominada “Escala de Trastorno formal del pensamiento (TALD)”, que tiene como objetivo la inclusión de los síntomas subjetivos dentro de la evaluación. que posee 30 ítems que engloban: i) Síntomas subjetivos negativos, pobreza del pensamiento o bloqueos. iii) Síntomas subjetivos positivos, inferencia del pensamiento y presión o aceleración del mismo. iii) Síntomas objetivos negativos, pobreza de expresión y concretismo. iv) Síntomas objetivos positivos, circunstancialidad y descarrilamiento (Kircher et al., 2014).

Existen peculiaridades específicas que caracterizan a cada una de las escalas, por ejemplo, en la escala TLC, la autora recomienda la sustitución de la terminología “trastorno del pensamiento”, por los subtipos que recoge, lo que permite contabilizar y diferenciar los síntomas negativos y positivos y por ende diferencias entre esquizofrenia y manía. (Jimeno 2019). Sin embargo, la TALD recoge síntomas del lenguaje oral, tanto de la función expresiva como comprensiva.

Entre estas dos escalas existen semejanzas y diferencias (Anexo 1 y 2). Se recomienda la formación y entrenamiento del evaluador en la prueba o pruebas utilizadas, pues, por ejemplo, el mismo ítem puede tener significados distintos en una y otra escala.

Entre los principales síntomas y comunes, se encuentran: afectación del habla descarrilamiento, tangencialidad, neologismos y pobreza o presión de habla o del contenido. En la TALD, de evalúa una disfunción del habla receptiva e iniciativa, así como una alteración en la iniciativa e intencionalidad del pensamiento y enlentecimiento de este. Por otro lado, en la TLC, evalúa: incoherencia, falta de lógica, perseveraciones, distraibilidad, asociación fonética y parafasias tanto fonéticas como semánticas, aproximaciones de palabras, circunstancialidad, pérdida de meta, ecolalias, bloqueos y autorreferencias

Además, cabe mencionar que, entre sus similitudes de valoración, existen diferencias en las terminologías de ambas, por ejemplo, en la TALD la “ruptura del pensamiento” como síntoma objetivo corresponde con “bloqueos” de la TLC; y lo denominado como “bloqueos” en TALD determina síntomas subjetivos del paciente.

A continuación, se presenta las definiciones de las alteraciones anteriormente mencionadas, que se consideran más relevantes en las evaluaciones psicopatológicas de las personas con esquizofrenia.

- Pobreza del contenido del lenguaje (o del habla) (pobreza de pensamiento, alogia, verbigeración, trastorno formal negativo del pensamiento). Las respuestas son suficientemente largas y el lenguaje es adecuado en cantidad, conlleva poca información, es decir, respuestas vacías. El lenguaje tiende a ser vago, a menudo muy abstracto o bien demasiado concreto, repetitivo y estereotipado.
- Tangencialidad. Consiste en contestar a una pregunta de una forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante. La respuesta puede relacionarse con la pregunta de alguna forma distante, o puede no tener relación relevante.
- Descarrilamiento (asociaciones laxas, fuga de ideas). Una forma de habla espontánea en la que las ideas se van del hilo a otro relacionado de forma clara pero oblicua, o hacia otro tema sin relación.
- Falta de lógica. Patrón del habla en el que se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica.
- Neologismos. Formación de nuevas palabras; consiste en una palabra o grupo de palabras completamente nuevo cuya derivación no puede ser comprendida.
- Perseveración. Repetición persistente de palabras, ideas, o temas de forma que, una vez el paciente empieza un tema o una palabra concretos, recurre constantemente a él en el flujo de la conversación.

Todas estas alteraciones en el lenguaje constituyen las alteraciones principales o más comunes en la comunicación de la esquizofrenia, por ello, se debe tener siempre presente que las necesidades comunicativas en esta patología existen y son más relevantes de que se puede llegar a imaginar.

3. OBJETIVOS

1. El primer objetivo general es estudiar o establecer las características del Trastorno Formal del Pensamiento (TFP).
 - 1.1. Conocerla frecuencia de necesidad de acceso al lenguaje funcional e integración en la sociedad.
 - 1.2. Determinar evaluaciones de lenguaje y los métodos de evaluación en las personas con esquizofrenia.
 - 1.3. Estudiar las intervenciones logopédicas o del lenguaje en la esquizofrenia hasta la actualidad.

2. El segundo objetivo general, es conocer la importancia del papel del logopeda en el trastorno de la esquizofrenia.

2.1. Mostrar beneficios a través de la evidencia científica de las terapias en la comunicación.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.

La búsqueda de artículos se realizó desde el 1 marzo hasta el 31 de abril de 2024. Se realizó a través de diversas bases de datos, que son: “Pubmed”, “Dialnet”, “Scielo” y “Scopus”.

Se basa en artículos científicos, que se lograron buscando mediante palabras clave y operadores booleanos, siguiendo unos criterios determinados para su aceptación, señalados posteriormente. Las palabras clave para la búsqueda de los artículos fueron:

- Speech therapy AND Schizophrenia AND treatment OR assessment
- Logopedic treatment AND Schizophrenia
- Speaks AND therapy AND Psychosis
- Lenguaje intervention AND Schizophrenia
- Linguistic treatment AND Schizophrenia
- Rehabilitation AND Schizophrenia

4.2. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

El procedimiento que se ha seguido en la elección de artículos:

1. Realizar una búsqueda exhaustiva
2. Contabilizar los artículos
3. Eliminar los descartables y/o repetidos
4. Seleccionar los prioritarios y descartar los que no se focalizan en el tema
5. Determinar las fechas en las que se realizan las revisiones.
6. Incluir en la tabla de contenido.

Para el inicio de la revisión bibliográfica, se establecieron criterios de inclusión y exclusión. Los estudios seleccionados para la revisión bibliográfica debían cumplimentar todos los criterios, dando prioridad en los que se muestre la relevancia de la mejora en la calidad de vida del paciente con

trastorno mental grave a través de las mejoras del lenguaje. Por ende, se determinan como prioritarios aquellos que focalicen en el tema que se trata.

- Criterios de inclusión:
 - Estudios originales y novedosos sobre la intervención en la esquizofrenia.
 - Estudios publicados en español, inglés y portugués
 - Artículos con antigüedad menor a 6 años
 - Estudios en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
 - Acceso al texto completo
 - Estudios observacionales, experimentales y experimentación controlada.
 - Artículos científicos.
- Criterios de exclusión:
 - Estudios que no tengan en cuenta las afectaciones del lenguaje o que las determine otra alteración.
 - Estudios que utilicen como tratamiento único la farmacología.

5. RESULTADOS

Se han obtenido un total de 17 artículos. Según el tipo de investigación, son: **observacional** (*Chan et al., 2022; Sebastián 2021; Raina. 2024*), **experimental** (*González et al., 2021; Jimeno et al., 2020; Jimeno et al., 2019; Figueroa et al., 2019*), **experimental controlado** (*Bettis et al., 2024; Cabuk et al., 2024; eng et al. 2024; Bora et al., 2023; Figueroa et al., 2022; Parola et at., 2020; Bosco et al., 2019; Bambini et al., 2022; Santos et al., 2021*) y **cuasiexperimental** (*Martínez et al., 2018*).

Tabla 1. Características generales de las publicaciones seleccionadas (todas excepto los artículos que poseen intervención).

Tabla 2. Características generales de las publicaciones que poseen intervención en la comunicación.

A continuación, se presentan los artículos estudiados en fundamentación al lenguaje en la esquizofrenia.

Tabla 1. Características generales de las publicaciones seleccionadas (todas excepto los artículos que poseen intervención).

Nº Artículo	Autores (año)	Población (muestra)	Evaluación	Resultados	Observaciones
1	<p>Bettis et al., 2024 Experimental controlado</p>	<p>En el estudio n= 30 los participantes del GE, en el cual todos fueron exclusivamente varones, predominantes de mediana edad y con trastorno de la esquizofrenia o esquizoafectivo. Los criterios de inclusión: 1- edades comprendidas entre 18- 60 años. 2- ningún cambio de medicación 30 días previos a la prueba. 3- capacidad para dar el consentimiento informado. 4- no dependencia de sustancias activas. 5- sin discapacidad intelectual documentadas. 6- sin antecedentes de enfermedad neurológica o lesión cerebral traumática que haya resultado en una pérdida del conocimiento de más de cinco minutos.</p>	<p>Paras las narrativas, se utilizaron entrevistas de habla sobre Enfermedad Psiquiátrica de Indiana (preguntas abiertas para examinar recuerdos y experiencias). Para detectar las instancias específicas de habla desorganizada: Índice de perturbación de la comunicación (clasificar) y las alteraciones de CDI según el PANSS.</p>	<p>El libro de códigos final identificó: alineación, relaciones interpersonales, tensión, puntos de referencia personales y experiencias adversas. El tema más frecuente que se antepone a la desorganización, es la tensión de relación, seguido de dificultades o insuficiencias pasadas.</p>	<p>El presente reclama la necesidad de enfoques personalizados en psicoterapia, focalizando los procesos emocionales y los desencadenantes individuales, procedentes de un habla desorganizado, tratada como barrera clínica en la recuperación de la esquizofrenia.</p>
2	<p>Cabuk et al., 2024 Experimental controlado</p>	<p>Intervienen un GE y un GC, n= 38 personas ambos. Entre los cr de inclusión para el szq está que cumplan los criterios del DSM- 5 y para el GC, sin antecedentes neurológicos y psiquiátricos, somáticos ni adicciones previos. Entre los de exclusión ambos incluidos, cualquier historial de trastorno neurológico o somático crónico, retraso mental, abuso o dependencia de alcohol o sustancias, o lesión en la cabeza</p>	<p>La evaluación se llevó a cabo a través de la TALD (Kircher. et al 2014). Adaptándolo al idioma turco. Escala semiestructurada, predispuesta a la detección de síntomas objetivos y subjetivos, positivos y negativos. Los objetivos son medidos a través de la descripción de intereses y los subjetivos a través de un procedimiento estándar, se observa cualquiera de los síntomas; el evaluador puede realizar las preguntas que considere para asegurar sus sospechas o la comprensión de lo que quiere decir.</p>	<p>Los grupos no difirieron en edad, género ni educación. GC presentó tasas más altas en empleo remunerado y matrimonio. El GE, tuvieron peores puntuaciones totales en la TALD y sus dimensiones factoriales. En el procesamiento natural, hubo distinciones en todas las variables, exceptuando el número total de palabras completas. MATTR fueron menores, y se encontraron correlaciones negativas significativas en el TALD (pronombre singular en primera persona=puntuación negativa subjetiva y objetiva). En cuanto al procesamiento del lenguaje natural, destacan diferencias en todas sus variables. GE, mayor similitud semántica y menor conjunción coordinante.</p>	<p>El presente proporciona hallazgos prometedores para la descripción y detección de las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia. El PNL proporciona una extracción rápida y precisa de las características del lenguaje en la esquizofrenia. El análisis demuestra que las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia son independientes de los idiomas y propone mediciones rápidas, eficaces y objetivas de las características por los patrones lingüísticos que se alteran en la esquizofrenia.</p>

3	<p>Peng et al. 2024 Experimental controlado</p>	<p>El estudio contó n=114 participantes con esquizofrenia, diagnosticados según el CIE-10 y un GC de pacientes sanos formado por 43 personas. Los Cr de inclusión del GE fueron 1. chino como lengua materna. 2. capacidad de escribir artículos sencillos. 3. capacidad para dar un consentimiento informado. Cr exclusión: alteraciones motoras o psicomotoras, comorbilidad de retraso mental, trastornos relacionados con las sustancias y/o condiciones médicas inestables.</p>	<p>Para la evaluación de los sujetos se pidió a todos ellos que proporcionarían al menos una página de escritura con un mínimo de 30 caracteres, sin tema designado, ni límite de tiempo y sin permitir copias de otros materiales existentes, y se corrigió con la versión preliminar del SISFIW. Como pruebas estandarizadas se utilizó la TLC y PANSS.</p>	<p>Según las características sociodemográficas, no se registraron diferencias entre sexos, edades, nivel de estudios ni duración de la enfermedad. Se dio importancia a las "condensaciones", "aproximaciones de palabras" y "tachaduras" y debido a las similitudes de muchas características se aunaron y trataron como descripciones yuxtapuestas, que dio como resultado 16 ítems a valorar. El 90,4% de los casos originales y el 88,5% con validación cruzada, se clasificaron correctamente. De esta manera, se revelaron diferencias significativas entre ambos grupos. Y se propone la prueba SISFIW de 16 ítems. (Anexo 5)</p>	<p>El objetivo del artículo presente es establecer y validar una escala de detección clínica integral, que capte las variables lingüísticas empíricas en la escritura de la esquizofrenia. El análisis discriminante de los ítems del SISFIW arrojó 8 clasificadores que discriminaron entre los grupos de diagnóstico con un rendimiento general perfecto, haciendo de este instrumento una herramienta practicable y fiable con un poder discriminativo relativamente sólido.</p>
4	<p>Bora et al., 2023. Experimental controlado</p>	<p>Los participantes incluyeron un GE con 80 personas, de los cuales 55 eran hombres, y GC de 49 personas sanas. Los criterios de exclusión para los participantes fueron: 1. Antecedentes personales de enfermedad médica o trastornos. 2. Abuso actual de alcohol/sustancias. 3. Antecedentes personales de trastornos neurológicos, inclusive las lesiones en la cabeza. Teniendo en cuenta que todos los participantes estaban recibiendo tratamiento farmacológico (antipsicótico).</p>	<p>Todos los pacientes fueron evaluados mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Además, todos realizaron la Escala de Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) y Escala de Evaluación de Síntomas Negativos (SANS), ambas se utilizan para evaluar los síntomas psicóticos, FTD y síntomas negativos actualmente. También se realizaron pruebas tales como: 1. La Prueba de Inferencia Contrafactual (CIT) es una medida de autoinforme, que incluye un conjunto de cuatro preguntas de elección forzada, en las que se evalúa una reacción afectiva general en una situación de "casi suceso" (malestar), una afectiva (arrepentimiento), una crítica o cognitiva (rumia) y un juicio de evitación o prevención. 2. Tareas de razonamiento silogístico, conflicto entre verdad deductiva y verdad de sentido común. 3. Cognición global y evaluación de ToM, que evalúa, la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo y la fluidez verbal.</p>	<p>No hubo diferencias significativas entre los grupos sanos y con esquizofrenia en cuanto a la edad y sexo. En RC, GE tuvieron un rendimiento significativamente peor, destacando en el análisis individual y en los ítems de relación con el "arrepentimiento". En el RS, los GC fueron superiores, en puntuación total. Las diferencias de grupo, entre pacientes y controles, fueron relativamente más pronunciadas para silogismo de sentido común Verdadero, que sentido común Falso. La diferencia más pronunciada fueron los silogismos válidos presentados con el contenido inusual/no de sentido común.</p>	<p>El presente artículo, confirma la diferencia e inferioridad de los pacientes con esquizofrenia en el razonamiento analítico y sentido común. Obteniendo puntuaciones más bajas y mostrando mayores dificultades en todos los dominios de las pruebas. El razonamiento analítico en la esquizofrenia se asoció significativamente con las FE y la memoria verbal, así como el vínculo entre el razonamiento silogístico y la ToM, todos ellos alterados por la patología.</p>

<p>5</p>	<p>Chan et al., 2022 Revisión narrativa</p>	<p>Se recluta a pacientes con trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo que cumplieren los siguientes criterios de inclusión: 1. diagnóstico primario. 2. rango de edad entre 18 y 65 años. 3. estabilidad clínica. 4. ninguna dependencia actual a sustancias. 5. ninguna condición intelectual, neurológica o médica que impida la finalización de los procesos de estudio. También se reclutaron controles sanos, con los mismos caracteres de inclusión, a excepción del diagnóstico.</p>	<p>Se confirma el diagnóstico mediante la Entrevista Clínica Estructurada para Trastorno de DSM o la Mini Entrevista Psiquiátrica Internacional. Los síntomas asociados se midieron con la PANSS y se calcularon con base en un análisis factorial previo. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas por profesionales. Para analizar el discurso todos comenzaron por la misma frase: "Me gustaría que me contaras la historia de tu vida, con el mayor detalle posible, desde que puedo recordar para ahora. Si te ayuda a organizar tu historia, puedes dividirla en capítulos o secciones".</p>	<p>Las características del lenguaje en relación con las auto experiencia, dio lugar a diferencias entre ambos grupos. Fueron 10 las características lingüísticas diferentes más notables. Se indicaba que el GE usaba más lenguaje experimental y emocionalmente más negativo. El lenguaje relacionado con la auto experiencia, puede inferir en síntomas clínicos, AAC reveló una muestra de relación altamente significativa entre las características del lenguaje y la PANSS, cuatro de cinco subescalas de dicha prueba tienen ponderaciones positivas sustanciales. Resultados indican que las puntuaciones generales más altas en la PANSS se correlacionan con valores más altos en las auto experiencias.</p>	<p>La auto experiencia es fundamentalmente subjetiva y las narrativas de las personas general una información digna de análisis y estudio. Ya que revela información subyacente de las capacidades lingüísticas de las personas. El análisis automatizado que se utiliza es el PNL. El objetivo principal del estudio fue examinar la capacidad de los métodos de PLN para captar el lenguaje relacionado con la auto experiencia en la esquizofrenia y determinar si las características de su lenguaje serían informativas sobre los síntomas clínicos.</p>
<p>6</p>	<p>Figuroa et al., 2022. Experimental controlado</p>	<p>Se seleccionaron 133 hispanohablantes en tres grupos, control o sano (49), diagnóstico de esquizofrenia crónica (44) y pacientes de más de dos años desde su primer episodio (40).</p>	<p>Entrevistas clínicas no estructuradas destacando tres aspectos del lenguaje: fluidez, productividad verbal y coherencia. Las entrevistas GC fueron seleccionadas del estudio ESECH54, de 32-83 min de duración, con preguntas abiertas. Sujetos GE reclutados de un Hospital Clínico, sus entrevistas oscilaron entre los 5- 102 mins. Todas ellas, se realizaron con pacientes clínicamente estables.</p>	<p>Tras la grabación y transcripción de 133 entrevistas. Al final del seguimiento, el conjunto de entrevistas aplicadas a los tres grupos, completaba un total de 30 características del lenguaje, de los cuales se detectaron 9 grupos de al menos dos variables correlacionadas. Los grupos GE y FEP, mostraron similitudes a nivel de longitud de palabra y características de la oración. A pesar de todas las correlaciones existentes, solo se mantienen correlacionadas negativas de PANSS y de pronombres demostrativos. Análisis trasversal= 10 características lingüísticas = precisión del 85,9%. Análisis longitudinal= 28 pacientes de FEP, diagnosticados de esquizofrenia. Aunando toda la información, supone una precisión del 77,5%, demostrando de esta manera que las entrevistas en español pueden discernir entre el habla GC y de GE y predecir el diagnóstico en pacientes con FEP.</p>	<p>Se ha demostrado que el análisis automatizado del lenguaje del habla de pacientes sanos y pacientes con esquizofrenia está claramente diferenciado, pero eso no pasa con el poder predictivo en un paciente con un primer episodio de psicosis. Considerando este desconocimiento como una necesidad de comprender la metodología de evaluación del lenguaje, así como, cuando y por qué falla el análisis lingüístico automatizado, con un enfoque importante de las tareas clínicas.</p>
<p>7</p>	<p>González et al., 2021 Estudio experimental</p>	<p>Muestra de n=55 adultos con eqz o Tto psicóticos, con diferentes grados de estudio, siendo el menor porcentaje los universitarios y un rango de edad entre 38 y 78 años, todos ellos con ingreso en un centro entre 4 y 56 años y con tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos y diferentes tipos de terapias psicosociales. Los criterios de inclusión: 1. pacientes con estancia larga dentro del centro. 2. Diagnósticos de esquizofrenia o tto psicóticos. 3. Que no presenten un deterioro cognitivo importante, que les impida colaborar en la prueba TLC de Andersen.</p>	<p>Se han aplicado: Escala Thought, language, and communication (TLC) (Andreasen, 1979). La Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI) (Guy, 1976) La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (Global Assessment of Functioning, GAF) (American Psychiatric Association, 1987).</p>	<p>Existe una diferencia considerable entre los participantes que tienen patologías en el lenguaje y los que no, encontrando porcentajes tales como 98,2% pobreza de habla y pérdida de la finalidad, 89,3% circunstancialidad, 80,4% en contenido, el 66.1% en tangencialidad, el 60.7% en descarrilamiento, el 53.6% en falta de lógica y un 46.4% en incoherencia; el 100% de ellos tienen dificultades en al menos uno de los ítems. EEAG correlaciona de manera inversa, cuando este aumenta el resto de variables disminuye y viceversa. El CGI correlaciona de manera moderada la falta de lógica, incoherencia y dimensión de la desconexión, cuando CGI aumenta las variables también y de la misma manera con la inversa.</p>	<p>Los pacientes con sqz de edad avanzada y largo internamiento presentan una gravedad alta de la patología, así como alteraciones importantes en el lenguaje y funcionalidad. Las alteraciones del lenguaje en esquizofrenia tienen una relación estrecha con la gravedad y funcionalidad perjudicando gravemente la vida de las personas que la padecen.</p>
<p>8</p>	<p>Sebastián 2021 Revisión integrativa</p>		<p>Refiere la mayor afectación en la semántica, en los aspectos de significado, comprensión del lenguaje y de los signos lingüísticos (oraciones, términos, símbolos, etc.). Determinado como trastorno semiótico, en lo que refiere a la incapacidad de reconocer y utilizar de manera eficiente las normas y signos ortográficos y gramaticales. Sumándolo la cantidad de errores a nivel lingüístico, como neologismos, glosolalias, verbigeraciones, distorsiones etc. Por ende, todo ello está relacionado con la estructura semántica y emotiva del lenguaje. Las alteraciones pragmáticas, segundo nivel más alterado, es el nivel metafórico, en el lenguaje no verbal y expresiones faciales en contextos comunicativos, repercuten en la exclusión o rotura genérica de la comunicación normal. En definitiva, el lenguaje oral está gravemente perturbado, desde un discurso incoherente, hasta las deficiencias macroestructurales que impiden una comunicación oral y fluida con las personas, principalmente por su disociación semántica y desadaptación comunicativa con el medio.</p>	<p>El lenguaje tanto oral como estructural en las personas con esquizofrenia, están gravemente alterados. Las principales disruptivas se encuentran en la semántica y la pragmática, quienes impiden la comunicación y fluencia del lenguaje normal para el sujeto.</p>	<p>A pesar de no existir en el presente artículo la figura del logopeda, deja claras evidencias de las deficiencias que sufren las personas con esquizofrenia en la comunicación y lenguaje. Atendiendo a todas las características señaladas, el profesional encargado de ello, es el logopeda, haciendo clara referencia a la necesidad de intervenir en patologías de este ámbito.</p>

<p>9</p>	<p>Jimeno et al., 2020 Estudio experimental</p>	<p>La muestra n= 460 pacientes con un rango de edad entre 16 y 40 años. Los criterios de exclusión de ambos estudios fueron que una condición somática o relacionada con las drogas que explicara la condición mental y, en pacientes con CHR y depresión, un diagnóstico de psicosis durante toda la vida y cualquier dato faltante en cualquiera de las 3 escalas objetivo</p>	<p>Las evaluaciones se realizaron a través de los criterios de síntomas básicos con el SPI-A, para los criterios de UHR con el SIPS, y para los síntomas psicóticos francos en PANSS. Los criterios del eje I, incluidos el FEP y depresión, fueron evaluados con la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV. Para evaluar la distribución y la importancia de los síntomas como nodos dentro de la red, se aplicaron medidas cuantitativas de centralidad de nodos basadas en medios de fortaleza, intermediación, y cercanía.</p>	<p>La frecuencia de los síntomas SPI-A, SIPS y PANSS fueron más notorias en el grupo de psicosis frente al GC, y más frecuente en el grupo de depresión en ambos. Se indicaron asociaciones positivas de una sola red con 86 nodos bien conectados. Cabe destacar que la mayoría de las relaciones entre síntomas son superiores al nivel de probabilidad.</p>	<p>El objetivo principal del presente era estimar la estructura de red de los síntomas psicóticos básicos, atenuados y francos y los síntomas relacionados, en sujetos que acuden a un centro de intervención temprana. La comunicación desorganizada fue el síntoma principal seguido de delirios y alucinaciones, la última evaluación predisponente es el PANSS, lo que sugiere que las alteraciones positivas pueden venir desarrolladas de alteraciones cognitivas y perceptivas incluidas en los criterios sintomatológicos básicos. La asociación entre los subgrupos centrales de síntomas, como inicio de tratamiento, puede relativizarse como fin para prevenir que la sintomatología asociada se propague o aumente en toda la red.</p>
<p>10</p>	<p>Parola et al., 2020 Experimental controlado</p>	<p>Los participantes del artículo actual, n=32 personas, (25 V), con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV. La edad oscila entre los 22 y 57 años y su nivel de educación de 8-14 años. Todos los pacientes con esquizofrenia se encontraban en fase crónica y clínicamente estables. Se descartó cualquier tipo de déficit lingüístico o cognitivo y 35 controles.</p>	<p>Las habilidades comunicativas y pragmáticas fueron evaluadas por ABaCo, diseñada para evaluar la comprensión y expresión de fenómenos pragmáticos, dividida en cinco escalas lingüística, extralingüística, paralingüística, contextual y conversacional. Se pretende que los participantes produzcan actos comunicativos pragmáticos relevantes. Por otro lado, se utilizaron pruebas tales como: Matrices progresivas coloreadas de Raven (inteligencia general), Prueba de creación de senderos (pensamiento rápido), Matrices atentas (atención selectiva), para la evaluación de la memoria de trabajo (funciones ejecutivas) la Prueba de repetición de palabras y sílabas y la Prueba de bloqueo de Corsi, Prueba de clasificación de tarjetas modificada y creación de senderos parte B para el control inhibitorio y flexibilidad cognitiva y la evaluación de ToM de primer orden / 3ª persona y capacidad avanzada, tareas de Sally y Ann y de sabelotodo y tareas de Historias extrañas respectivamente.</p>	<p>Los resultados mostraron que el clasificador BN realizó exitosamente la discriminación entre los pacientes con esquizofrenia y los pacientes sanos. La estructura de la red reveló que solo la capacidad lingüística pragmática influyó directamente en la clasificación de ambos grupos, en cambio el diagnóstico determinó el desempeño en tareas de ToM, extralingüística, paralingüística, atención selectiva, planificación, inhibición y flexibilidad cognitiva. El modelo identificó las habilidades pragmáticas, ToM y cognitivas como tres habilidades distintas e independientes.</p>	<p>La investigación exploró el potencial de aplicar el ML, específicamente el análisis de redes bayesianas (BN), para caracterizar la relación entre habilidades cognitivas, ToM y pragmáticas en individuos con esquizofrenia y controles sanos. De tal manera, tras su finalización se pudo concluir la importancia de considerar la lingüística pragmática y el deterioro como una disfunción central en la esquizofrenia y a su vez, el potencial de aplicar BN en la investigación, en relación entre la capacidad pragmática y la cognición (ToM y FE) con el fin de discriminar entre pacientes y controles, representar la interacción y el diagnóstico de la esquizofrenia.</p>
<p>11</p>	<p>Bosco et al., 2019 Experimental controlado</p>	<p>N= 32 personas con esquizofrenia (7m y 25v) y 32 personas sanas. Con una edad media de 40,17 años. Ambos grupos fueron emparejados por edad, género y educación. Los pacientes con esquizofrenia sufren la enfermedad crónica y se mantienen estables. Los criterios de inclusión: 1. hablantes nativos de italiano. 2. Ausencia de déficits cognitivos o lingüísticos severos. 3. Lograr consentimiento informado.</p>	<p>Para la evaluación se emplean las escalas lingüísticas y extralingüísticas de la Batería de Evaluación de la Comunicación (comunicación en diferentes actos comunicativos). La prueba se administró de manera individual. Se grabó un video para cada modelo. Ev Lg= actores se comunicaban a través del lenguaje. Ev Exlg= gestos performativos sin apoyo. En la primera los examinados debían responder verbalmente al examinador y en la segunda con gestos comunicativos. Además, se les aplicó una batería de tareas cognitivas y de ToM para evaluar funciones cognitivas importantes comunicativas-pragmáticas. Y para las diferencias significativas, se desempeñó una tarea cognitiva examinada.</p>	<p>En las muestras independientes no hubo diferencias significativas entre los grupos sanos y controles. En el rendimiento pragmático se indica una inferioridad significativa por el GE sobre la comprensión lingüística. Los resultados indican que los fenómenos más fáciles de comprender son los sinceros, seguidos de los engañosos y la ironía. También demuestran existencia de una disminución lineal considerable, dependiendo de tipo de acto comunicativo. Por otro lado, en la comprensión extralingüística, el GE, obtuvieron puntuaciones más bajas. Respecto a las funciones ejecutivas y ToM, el desempeño de las personas con esquizofrenia fue considerablemente peor. La colaboración de la AT, CI, VP, para el desarrollo pragmático, continua modesta y sin crecimiento.</p>	<p>El objetivo del actual era investigar el papel de las funciones cognitivas, FE y ToM, para dar explicación al individuo con sqz en comprensión y producción de actos comunicativos a través de medios lingüísticos y extralingüísticos. La validez y la fiabilidad de la batería han sido probadas y demuestran la validez y efectividad de la misma, así como de las personas que poseen la patología.</p>

<p>12</p>	<p>Jimeno et al., (2019) Estudio experimental</p>	<p>N= 50 entrevistas del corpus. eqz cónoca=25 FEP=25 Con un rango de edad de 25-50 años. Todos ellos fueron diagnosticados por un equipo de psiquiatras siguiendo el DSM-IV. Todos ellos reciben tto farmacológico y son estables.</p>	<p>Para la evaluación se utilizó: La entrevista clínica para el DSM-IV y la Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) (Kay et al. 1987).</p>	<p>Se tuvieron en cuenta variables como el estadio de la enfermedad e indicadores de fluidez verbal= que mostró diferencias importantes entre los dos grupos siendo más significativas el funcionamiento del discurso y las "pausas extensas" (+5seg) = interferencias en la participación discursiva. Dificultades para elaborar respuestas claras y disminución de la capacidad de contextualizar. Turnos de Habla con volumen débil= 37% en ocasiones respuesta indescifrable. Tartamudes= 41,9% frecuentes y se asocian al tratamiento de antipsicóticos. No se presenta de la misma manera en los tres estadios. Falsos inicios, relevantes por la posible asociación de deterioro del cortex prefrontal, estrc temporolímbicas y ganglios basales (responsables de procesos de planificación).</p>	<p>Desde el primer episodio de Esquizofrenia, las FV se ven afectadas de manera grave y con frecuentes disfunciones que intervienen con un impacto significativo sobre el desempeño de la comunicación. Hipótesis de que la FV se habilita con el deterioro cognitivo y puede determinarse como marcador informativo de la enfermedad. Los fenómenos verbales mencionados, se encuentran en todas las entrevistas, pero en los pacientes con mayor frecuencia interfiriendo en la calidad y eficacia comunicativas. Se establece la necesidad de herramientas terapéuticas de detección precoz y mantenimiento de las capacidades para evitar un deterioro irreversible.</p>
<p>13</p>	<p>Martínez et al., 2018 Estudio trasversal cuasi-experimental</p>	<p>Se trata de un estudio trasversal y cuasi-experimental, n=96 sujetos, de los cuales el 50% (48) tienen esquizofrenia y componen el grupo experimental y el otro 50% no padecen enfermedad mental, constituyendo el grupo control. Se divide el GE por sus características lingüísticas, siendo primordial la negativa, un embotamiento afectivo que afecta a la diversidad léxica y positiva las alucinaciones que afectan a la coherencia del discurso. GE, compuesto por 39 crónicas y 9 en primeros estadios; se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: A) Diagnóstico según el DSM-5. B) No diagnósticos asociados o subtipos de trastorno. C) Evitar falsos positivos, esperando el transcurso de un año y medio desde el diagnóstico. D) Presentar sintomatología positiva y negativa en el momento del reclutamiento.</p>	<p>En todos los casos hay alteraciones lingüísticas. Evaluación, utilizó LCF, descripción detallada de la conducta verbal y comunicativa de los hablantes con déficit, y no en la determinación de su patología. El paradigma de LCF, es la importancia de aunar evidencias del perfil comunicativo de patologías mentales o neurológica grave. Asume tres presuntos: 1. el lenguaje no se puede separar de las dimensiones sociales y cognitivas del individuo que las produce. 2. El sistema lingüístico no se puede separar de los usos a los que sirve. 3. el lenguaje rehabilita el lenguaje. A nivel pragmático: pares adyacentes, interpretaciones literales, coherencia, cohesión y mantenimiento del tema. A nivel prosódico: la capacidad de comprensión y expresión de las emociones a través de la voz y conocer la anamnesis. Por otro lado, se utilizaron escalas estandarizadas: "Batería de Montreal de Evaluación y Comunicación (MEC)", la interpretación de metáforas de la versión española del Protocolo MEC y el PREP-R. Todo ello se realizó por medio de una entrevista semiestructurada con una conversación dirigida a través de la lámina del Test de Boston "El robo de las galletas". Además, "Historia del Corsario Landolfo Rufolo" para la evaluación indirecta de las habilidades pragmáticas de base general, en la que debían resumir un texto previamente leído, los criterios para la evaluación de la historia fueron: CAV o cociente ente adjetivos y verbos y TTR es una medida léxico métrica que evalúa el grado de heterogeneidad, diversidad y flexibilidad del habla. Para la dimensión prosódica se utilizó la grabación de una actriz en la que emite una frase con contenido emocional neutro y en los cinco estados emocionales, que son alegría, tristeza, enfado, miedo y sorpresa; así como vergüenza, culpa, admiración y asco. Por último, se les pidió a los propios pacientes que reprodujesen la misma frase con los diferentes estados emocionales y para su evaluación vocal se utilizó e PRAAT.</p>	<p>1. Consumo de sustancias: GE: 54,6% no han consumido tóxicos en los meses previos al brote psicótico, no se puede establecer una relación significativa. Gran variabilidad en la medicación. En el área lingüística de la pragmática: existencia de relaciones significativas entre los grupos. 2. Interpretación de metáforas de Protocolo MEC: GC: 65,50 y 31,50 % para el GE. Se encuentra una correlación positiva entre las expresiones idiomáticas y las metáforas, obteniendo peores resultados para las idiomáticas; GE solo eran capaces de entender la interpretación literal. 3. PREP-R: relaciones significativas. Habilidad pragmática general: Ex=24,60% y Cr=72,40%. Pragmática específica: Ex= 27,30% Cr=79,23%. Y base gramatical: Ex=24,89% Cr=72,11% 4. Lamina de TEST DE BOSTON: se observaron parafasias fonéticas con un 88,2% en el GE, parafasias semánticas con un 96% en dicho grupo. Las anomias y repeticiones con un 89,3 y 74,4% respectivamente y los elementos que no aparecen en la lámina con un 100% de los sujetos experimentales. Concluimos, que las personas con esquizofrenia, que cursan con sintomatología positiva, son las que producen mayor cantidad de errores en la Lámina de Boston. La falta de conectividad y coherencia del discurso contribuye al uso de frases inconexas, escasez de palabras funcionales, y exceso de circunloquios. Poseen un habla entrecortada, en ocasiones ininteligible, y dificultades articulatorias. 5. Prueba escrita "Historia del Corsario Landolfo Rufolo": dando como resultado relaciones significativas en los parámetros del CAV y TTR, siendo para el GC 26,91 y 39,32% para el GE, cabe destacar que cuatro de los sujetos del GE, fueron incapaces de escribir, declarando que no recordaban nada. 6. Parámetros acústicos: la intensidad no posee diferencias, en cambio la frecuencia fundamental y velocidad del habla sí. Dejando constancia con un rango promedio de 57,40 y 42,29%. La evaluación de la prosodia, tanto comprensiva como expresiva generó porcentajes tales como 26,68 % dentro de GE.</p>	<p>El presente artículo, complementa su objetivo inicial, y aporta claras evidencias de las alteraciones, deficiencias y complicaciones que poseen las personas diagnosticadas con TMG, esquizofrenia con respecto a las personas sin diagnóstico. Demuestra a través de pruebas estandarizadas y subjetivas, así como muestras de habla y de voz que en su mayoría, los parámetros lingüísticos son candidatos a rehabilitación y necesidad de trabajo, con el fin de mejorarlos, mantenerlos y no cronificarlos. Siendo la figura del logopeda quien debería asumir esos cargos, incidiendo sobre los ámbitos lingüísticos más perjudicados y tonificar un habla fluida, coherente e inteligible.</p>

Tabla 2. Características generales de las publicaciones que poseen intervención en el lenguaje.

Nº Artículo	Autores (año)	Población	Evaluación	Intervención	Resultados	Observaciones
14	Raina (2024). Revisión narrativa		<p>Se estudia la investigación y rendimiento cognitivo de personas con esquizofrenia en tres tareas caracterizadas por diferentes demandas de mantenimiento de objetivos y almacenamiento de la memoria de trabajo verbal. Los síntomas de habla se evaluaron mediante escalas de calificación clínica y evaluación de habla mediante datos mecanográficos. Se realizaron pruebas de laboratorio para descartar patologías subyacentes. Para la evaluación deben ser personas con diagnóstico esquizofrénico, depresión o manías. Otras herramientas que se pueden utilizar son: La Batería de Evaluación Distinta, la Escala Lingüística, la Extralingüística y la Paralingüística, la Escala de Contexto y Conversacional. En términos de medición de la gravedad general, la Escala Breve de Clasificación Psiquiátrica y para la sintomatología positiva y negativa, una Escala de Síndrome Positivo y Negativo.</p>	<p>Los enfoques de tratamiento que se proponen incluyen una combinación entre los farmacéuticos y los psicoterapéuticos. En los que engloban la captación de las habilidades sociales y la comprensión del contexto, así como programas de intervención comunitarios. A pesar de que la primera línea de tratamiento que los pacientes con trastorno de la esquizofrenia suelen llevar a cabo es el farmacológico, este es un enfoque en el cual, en el contexto de los marcos psicoterapéuticos, la terapia en la esquizofrenia, se incluya la terapia cognitivo-conductual, la cual se utiliza para abordar directamente los síntomas de las personas que presentan psicosis. Con la investigación de la psicopatología, revelaron que estos individuos expresaban mayores dificultades cuando se trataba de comprender el discurso y los significados no literales y con frecuencia las habilidades pragmáticas se ven comprometidas y en la mayoría de los casos coexistían con deterioros cognitivos o sociocognitivos. Todo ello, revela que en los trastornos de la comunicación, se enfatiza la figura del logopeda y la importancia de que los profesionales sean conscientes del impacto y papel fundamental en los desafíos pragmáticos cuando interactúan terapéuticamente con las personas con trastorno de la esquizofrenia. Walsh "la voz en la logopedia y la voz que representa la experiencia vivida de la esquizofrenia son discernibles en diversos grados, dependiendo del contexto y contenido".</p>	<p>A medida que se desarrollan las dificultades en el habla, lenguaje y comunicación de las personas con esquizofrenia, generalmente obstaculizan su integración social, y es aquí donde se deja ver la importancia del logopeda en el paciente psíquico, siendo crucial al examinar su habla y fundamental en la terapia verbal, así como para facilitar su integración en la sociedad. Además, esta figura es fundamental para abordar las dificultades del habla, lenguaje y comunicación cognitiva que son de suma importancia y frecuentemente se ven afectadas. Los logopedas pueden evaluar, diagnosticar y rehabilitar trastornos de la comunicación, mediante aspectos del habla y la comunicación, inclusive la inteligibilidad, fluidez, sintaxis, semántica y pragmática. Puede utilizar un contexto conocido y un círculo cercano de los usuarios para entablar unos objetivos de comunicación específicos. Produciendo mejoras a nivel fonético, articulatorio, sintáctico y pragmático, así como todos los dominios subyacentes del lenguaje, en lo que puede intervenir la comprensión, expresión del mismo, así como la memoria y las señales de alerta, dotando con estrategias específicas para su integración en la sociedad.</p>	<p>Este artículo focaliza y enfatiza el papel que cumple el logopeda en el paciente psíquico, a través de investigaciones realizadas que demuestran las alteraciones que puede suceder en el lenguaje y comunicación en los pacientes con esquizofrenia así como la calidad y mejoras en la vida y comunicación de los mismos. Con el propósito de proporcionar un enfoque clínico del papel del logopeda en la evaluación y tratamiento de los trastornos de la comunicación presentados en la esquizofrenia.</p>

<p>15</p>	<p>Bambini et al., 2022. Experimental controlado</p>	<p>GE = 30 personas con diagnóstico de esquizofrenia, según el DSM-5, con una edad comprendida entre 18 y 65 años. Entre los cr de inclusión: tratamiento farmacológico (monoterapia antipsicótica), dar consentimiento informado por escrito y hablante nativo de italiano. Entre los de exclusión: lesión cerebral traumática grave, trastornos neurológicos, discapacidad intelectual, abuso de alcohol o sustancias en los 6 meses anteriores y episodio psicótico grave en los 3 meses anteriores. Todos eran autónomos en diferentes grados, todos independientes en las actividades diarias básicas y ninguno trabajaba.</p>	<p>1. Habilidades pragmáticas normales: test de Evaluación de Habilidades Pragmáticas y Sustratos Cognitivos (APACS; Arcara y Bambini, 2016). 2. Comprensión de metáforas: versión de la tarea Metáforas Físicas y Mentales (Bambini.V et al.). 3. Pensamientos abstractos: PANNS. 4. Funcionamiento diario: Escala de Calidad de Vida (QLS). 5. Evaluación adicional: habilidades de vocabulario, habilidades gramaticales y cognitivas (Escala BACS).</p>	<p>El PragmaCom ha sido desarrollado recientemente (Bambini y otros, 2020) como un programa de formación que aborda habilidades comunicativo-pragmáticas y se basa en el modelo de comunicación propuesto por Grice (Grice, 1975). Su principal estrategia es guiar en el desajuste de los actos comunicativos, impulsando el razonamiento pragmático. Este incluye dos tipos de ejercicios: 1. comprensión y comprensión del lenguaje figurado. 2. producción y aplicación de las máximas de cantidad y relevancia de la información.</p>	<p>Los grupos no difirieron en el inicio del estudio (demográficas, clínicas y funcionales). En los efectos del post-entrenamiento detectaron mejoras en el rendimiento de tres de las cuatro medidas. En primer lugar mostraron que los participantes de PragmaCom mejoraron la pragmática global, con una puntuación total de APACS, sin diferencias recaladas. En segundo lugar, indica una diferencia significativa en la comprensión de las metáforas. El tercer ANCOVA, mostró mejoras considerables en el pensamiento abstracto, las tres apoyadas por la covariable de las Funciones Ejecutivas. Exclusión del cuarto ANCOVA, que no surgió efecto del tratamiento sobre el funcionamiento diario global medido por QLS.</p>	<p>El estudio dignifica la maleabilidad de la pragmática en la esquizofrenia, la eficacia del PragmaCom y su eficiencia en la vida de los pacientes. Por todo ello y las mejoras expuestas, defiende la utilidad y necesidad de focalizarse en la pragmática. Recalcando su mejora de calidad de vida y su inclusión en la sociedad</p>
-----------	---	---	--	--	--	---

<p>16</p>	<p>Santos et al., 2021 Experimental controlado</p>	<p>Este estudio incluye individuos diagnosticados con esquizofrenia, ambos sexos incluidos y edades comprendidas entre 19 y 59 años, con al menos cinco años de escolaridad, usuarios CAPS. Criterios de inclusión y el consentimiento de los participantes. Fueron excluidos todos aquellos que no reúnen en dichas características o que inclusive presentasen comorbilidades asociadas.</p>	<p>Se examinan: a) Nivel de palabras y oración (léxico semántico); b) prosodia en oraciones y habla (prosódica) y c) nivel de oración y habla con procesamiento de inferencias (pragmático-discursivas). Subdivididas en diez subpruebas: conciencia de las dificultades; discurso conversacional; discurso narrativo; interpretación de metáforas; interpretación de actos de habla; fluidez verbal libre; juicio semántico; prosodia emocional producción; leyendo y escribiendo. 1. Discurso conversacional: habilidades de expresión, comprensión, comportamiento no verbal y prosodia lingüística emocional. 2. Discurso narrativo: capacidad de almacenamiento y comprensión del material lingüístico complejo y la producción del discurso narrativo. 3. Interpretación de metáforas: evalúa la capacidad de interpretar el sentido figurado. 4. Interpretación de actos de habla: capacidad de comprender actos de habla directos o indirectos a partir de un contexto situacional breve. 5. Fluidez verbal libre: capacidad de explorar la memoria léxico-semántica en la evocación libre de palabras. 6. El juicio semántico: capacidad de identificar relaciones semánticas en categorías entre palabras. 7. Prosodia- Emocional- Producción: destinado a evaluar la capacidad de producir entonaciones emocionales basadas en lo afectivo y contextos comunicativos de diversas situaciones presentadas. 8. Lectura: capacidad de leer en voz alta y comprender el texto. 9. Escritura: el dictado directo y la escritura para la evaluación de diferentes habilidades involucradas en los actos de escribir.</p>	<p>Se inicia la intervención logopédica tras la primera evaluación, GE=14 en el STIG. Los participantes que fueron a la evaluación, pero renunciaron a la intervención formaron el GC y únicamente se realizó la evaluación posterior al programa. La frecuencia fue de dos reuniones semanales de una hora de duración, durante 12 semanas. Se estimularon todos los dominios evaluados. Consistentes en actividades de narración (discurso), juegos de relación semántica y evocación léxica (léxico semántico), canto y dramatización de escenas (prosodia), y juegos de metáforas y discurso indirecto (pragmático). Las actividades estuvieron dirigidas al grupo de edad predominante, con dinámicas orientadas a los intereses de los participantes y a temas de actualidad y cotidianidad. El programa se dividió en las siguientes fases: 1) Inicio del vínculo y convenio del proyecto. 2) Estimulación del libre discurso, la atención y la concentración. 3) Trabajo del discurso narrativo. 4) Trabajar con el léxico y las categorías semánticas. 5) Estimulación de la comprensión y producción de prosodia lingüística y emocional. 6) Promoción del uso del lenguaje en diferentes contextos (Pragmática). 7) Desarrollo de la Lectura y la Escritura. 8) Revisión de conceptos y evaluación general del grupo. Al finalizar las 24 reuniones, los miembros de GE y GC, fueron reevaluados con los mismos instrumentos y se analizó mediante un análisis estadístico-descriptivo. Se realizó la prueba de Kolmogorov Smirnov para verificar si los datos tenían DN. La prueba T Student para muestras relacionadas (pareadas) se realizó cuando los datos eran paramétricos. Test de Wilcoxon para los datos dependientes y se realizó la prueba de correlación de Pearson para correlacionar las características demográficas de los participantes y los aspectos comunicativos</p>	<p>Las edades comprendidas fueron de 19 a 59 años, prevaleciendo los grupos de edad de 40 a 50 años y con mayor frecuencia en el sexo femenino. La participación supero el 70%, acudieron entre 17 y 24 sesiones. El discurso conversacional, no mostró cambios significativos de la GE, presentó todos los promedios aumentados, en cambio el GC fueron disminuidos. El discurso narrativo, se vio aumentado después de la intervención únicamente sobre GE. La interpretación de metáforas y de actos de habla, mostraron un aumento estadísticamente significativo en las puntuaciones de GE en todos los dominios. Al generar la comparativa pre y post- intervención, no hubo cambios en estos aspectos ni en sus dominios para GC. La fluidez verbal libre, las relaciones semánticas y explicaciones en el juicio semántico, así como la prosodia-producción emocional, todas ellas mostraron aumentos relevantes sobre GE y ninguno destacable para GC. En la tarea lectora, se redujeron los errores tras la intervención y aumento de medias, los demás aspectos no sufrieron modificaciones. De igual manera que la escritura tampoco se obtuvieron cambios reconocibles. Al correlacionar la presencia de las sesiones de intervención y los aspectos comunicativos de cada individuo, se dedujo una fuerte y positiva correlación de las variables y los aspectos del discurso conversacional y narrativo. Realizar la misma comparación una vez finalizada la intervención, las diferencias entre las medias de los dos grupos fueron notorias. El GE destacó en los dominios de todos los aspectos, a excepción de la escritura, donde no se mostraron diferencias. Los resultados declararon una</p>	<p>Este estudio busca verificar la efectividad de la intervención logopédica en el comportamiento de las personas diagnosticadas. El programa STIG, fue desarrollado considerando prácticas comúnmente utilizadas en la clínica logopédica para trabajar habilidades comunicativas. Teniendo en cuenta que la figura profesional del logopeda debe considerar las necesidades reales de la persona que recibe la terapia, tanto clínicas como personales, ya que estas afectan a la adherencia y a la efectividad del tratamiento. La reevaluación del lenguaje a través de la MAC Brief Battery después de participar en el STIG, dejó claras evidencias de la efectividad de la intervención logopédica, mejoras demostradas en todas las áreas y tareas, exceptuando la escritura que requiere más tiempo el proceso de aprendizaje. Se demuestra e incita la investigación e intervención del logopeda en pacientes psicóticos ya que deja reflejadas las evidencias de mejoras en la calidad y cantidad comunicativa y de vida de los usuarios a los que va destinada.</p>
<p>17</p>	<p>Figuroa et al., 2019 Estudio experimental</p>	<p>Los participantes n= 10 personas con diagnóstico de esquizofrenia, considerado desde hace menos de 3 años al momento de estudio, con un rango de edad entre 18 y 24 años (7vy3m). Cr de inclusión: 1. confirmación de diagnóstico. 2. consentimiento informado. 3. administración previa del PANSS y evaluación de un médico psiquiatra que certifica la ausencia de sintomatología positiva y estabilización psicopatológica. 4. mayores de edad. 5. hablantes de español nativo. 6. nivel intelectual normal.</p>	<p>El Test de las Miradas y el screening LEPSI al finalizar el Taller. Realizándose una comparación pre y post taller</p>	<p>El esquema operativo del programa comprende una primera etapa de evaluación diagnóstica, seguida de un taller de intervención dividido en módulos funcionales y temáticos y una evaluación posterior en la que complementa las diferencias entre ambas. Se organizó un taller de dos sesiones semanales semiestructuradas, 1,5h en 24 módulos temáticos: Funciones ejecutivas superiores, cognición social y pragmalingüística y eficacia comunicativa</p>	<p>La posevaluación reveló una subida en las puntuaciones de 8 de los 10 participantes y solo uno se mantuvo. En el "eyes test", se lograron incrementos de 4,5 y 6 puntos; índices relevantes en la toma de decisiones clínicas y terapéuticas en los primeros episodios. En la aplicación de screening LEPSI, se indica de manera genérica, que aquellos que mantenían un nivel paralingüístico intermedio o bajo, experimentaron una mejora o se mantuvieron en el mismo nivel. Se verifican los cambios positivos tanto en atribución emocional como en eficacia comunicativa de 9 de los 10 participantes.</p>	<p>Los resultados dejan ver la necesidad de un nuevo planteamiento en cuanto a la intervención para el desarrollo de planes de intervención clínica, que permita rehabilitar aquellas habilidades que permiten mejor adaptación y ayuda a la inserción social de las personas con esquizofrenia.</p>



GLOSARIO DE ABREVIATURAS	
CR= criterios	N = Número controles
DN= Distribución normal	PREP-R = Protocolo de Evaluación Pragmática – Revisada
EXLG=Extralingüística	PRG= Pragmática
FEP = First Psycosis Episode	SANS= Escala de evaluación de Síntomas Negativos
FV= Fluidez verbal	SAPS= Escala de evaluación de Síntomas Positivos
GE = grupo experimental	SQZ = esquizofrenia
LCF = Lingüística clínica funcional	STIG= Grupo de Intervención Logopédica
M= Mujeres	TMG= Trastorno Mental Grave
MAC-B = Montreal Assesment Communication Brieff-Batery	ToM= Teoría de la Mente
MEC= Batería de Montreal de Evaluación y comunicación	TTO= Trastorno

6. DISCUSIÓN

6.1. *Rehabilitación de los trastornos del lenguaje en esquizofrenia*

Se han identificado estudios o programas en las alteraciones comunicativas de las personas con esquizofrenia, por ejemplo, dos de ellas (Lanchares 2022) y (Lanchares et al., 2023), que tienen como objetivo principal, estudiar las características de lenguaje y la comunicación de personas con trastorno psíquico, esquizofrenia y esquizoafectivo y en mayor medida, a la mejoría de su calidad de vida y función global. Todo ello, recogido en una revisión innovadora (Jimeno 2024), en la que presenta además de un estudio de artículos que verifican la veracidad del presente, ofrece una amplia gama de herramientas de evaluación e intervención para la rehabilitación de los trastornos del lenguaje y la comunicación asociados a la esquizofrenia.

En nuestra revisión y otros artículos mencionados, se puede destacar la relevancia de incidir sobre el lenguaje, debido a las mejoras que muestran las personas que mantienen un régimen de terapias para comprender, mejorar y expresar su comunicación. (Bettis et al., 2024) hace mención a la necesidad de individualidad en las terapias; (Cabuk et al., 2024) indaga sobre la detección y descripción de las alteraciones del lenguaje a las que considera independientes; inclusive (Peng 2024) implementar un nuevo método de detección de la esquizofrenia a través de un sistema de análisis de la escritura.

Todo ello, se recoge en “La guía de intervención del lenguaje oral”, donde se expone de manera precisa un protocolo de evaluación en una persona con esquizofrenia, un posible tratamiento y un ejemplo de informe logopédico (Anexo 3).

La importancia del logopeda en pacientes psicóticos se basa en evidencia científica, anteriormente en estudios como el de (Clegg, 2007), se observa un estudio de caso en persona adulta con esquizofrenia, centrado en el aumento de la comunicación verbal a través de diversas metodologías y se discute previa y posteriormente la intervención, así como el papel que emplea la logopedia en la esquizofrenia. Se correlaciona, con estudios actuales que impulsan la importancia de la logopedia en la esquizofrenia, a través de estrategias, vertientes y demostración de necesidades de las competencias lingüísticas en el trastorno (Raina, 2024).

En los diversos artículos se estudian variables o dimensiones diferidas en todo el ámbito lingüístico, tales como la pragmática, la cognición social, neurocognición, descripción, lenguaje quien engloba la gramática, sintaxis, semántica, escritura, etc. Tanto en los estudios observacionales como en los

experimentales, a través de evaluaciones o comparaciones se demuestra la eficacia de la rehabilitación logopédica.

Debido a las mejoras que existen en los pacientes que son expuestos a la rehabilitación del lenguaje, que, a pesar de no ser en ocasiones mencionado, es el logopeda el profesional que se encarga de tratar todos aquellos aspectos o alteraciones que se encuentran en la comunicación y expresión o comprensión de lenguaje de las personas con esquizofrenia.

En todos los artículos, el porcentaje de mejora de los grupos experimentales es significativamente superior, a los individuos que no producen dichas mejoras. Existen casos de individuos que habitan a mantenerse de forma lineal, sin producir mejoras ni beneficios, sin embargo, no es significativo ya que el porcentaje del que se habla es ínfimo. Y es aquí donde debemos tener en cuenta que cada persona tiene limitaciones diferentes, diferentes formas de aprendizaje y diversos intereses, y por ende las rehabilitaciones nunca serán iguales a pesar de que la patología sea la misma.

Tras la existencia de un artículo, cual hacía mención a las mejoras en todas las áreas evaluadas excepto la escritura, se optó por buscar referencias significativas que lo pongan en manifiesto. De tal manera, que otro de los estudios, promueve la idea de un nuevo sistema de detección temprana de la esquizofrenia a través de la escritura, y sus resultados fueron satisfactorios, generando una nueva e innovadora herramienta de evaluación que mencionan como eficiente y eficaz. Confirma de esta manera, la afectación o alteración que la esquizofrenia produce en todas las dimensiones lingüísticas y del lenguaje y comunicación (Anexo 4).

6.2. Herramientas para la evaluación de las personas con esquizofrenia

Se constata una cantidad considerable de instrumentos de evaluación y detección de la esquizofrenia ya que en cada uno de los estudios hay evaluaciones diferentes, ya sean a través de entrevistas dirigidas, abiertas, pruebas estandarizadas u observaciones de comportamiento, pero a pesar de que la más frecuente generalmente es la escala TLC (Peng 2024); (González et al., 2021), en los artículos expuestos se reitera en mayormente reiterada la PANSS (Bettis et al., 2024); (Peng et al., 2024); (Bambini et al., 2022); (Chan et al., 2022); (Jimeno 2020) y (Jimeno 2019).

Debemos considerar como prioritario, que la persona evaluadora, debe tener consciencia y aptitudes necesarias requeridas para la aplicación de las metodologías, que habitualmente son acompañadas por los manuales y guías de evaluación. Debido al concretismo, puntualidad y especificidad de los síntomas, así como de su correcta detección.

Se han desarrollado herramientas para la evaluación de la esquizofrenia desde diferentes enfoques terapéuticos, psicopatológico, psicológico, lingüístico y logopédico. Todo ellos, fueron aplicados a las

capacidades del lenguaje verbal y la función del lenguaje expresivo, independientemente del método de uso.

La aplicación de las pruebas permite conocer las carencias comunicativas que tiene cada persona, ya que a pesar de tener un cómputo general que las aúna, cada una genera información relevante que permite una mayor precisión en la rehabilitación y dificultades que poseen. Por ejemplo, se menciona previamente a los resultados expuestos, que la escala TALD, permite la discriminación de los síntomas objetivos y subjetivos, así como la PANSS, una clasificación de los síntomas positivos y negativos. Por otro lado, la TLC, determina información valiosa acerca de su lenguaje y las alteraciones comunicativas.

6.3. *Herramientas y recomendaciones en la intervención de las personas con esquizofrenia*

En otras revisiones, autores recomiendan/utilizan, principalmente entornos individuales regidos por los diversos enfoques terapéuticos; tales como, condicionamiento operante, metacompreensión (entrenamiento explícito en habilidades de comunicación) o metaaprendizaje y remediación cognitiva. (Joyal 2016).

Además de las aplicaciones en cuanto a las herramientas de uso de la intervención logopédica, podemos encontrar actividades tangibles, como la realización de actividades escritas, lectoras, gramaticales, descriptivas, fomentar u potenciar el lenguaje no figurado y la comprensión de metáforas y señales sociales, mostrar y comprender los actos comunicativos no verbales, las expresiones faciales, así como comportamientos irónicos o similares en las situaciones cotidianas. También, afortunadamente, en la actualidad existen métodos de rehabilitación o programas interactivos que tienen una amplia gama de ejecución entre los que se encuentra “*Conecta-2*” relatado en la tabla y similares como “*Let’s talk*”, que benefician al paciente en el seguimiento, potenciación, rendimiento y la constante práctica, así como la adherencia al tratamiento.

Este tipo de actividades suelen llamar la atención y permiten su uso fuera de un contexto terapéutico y de manera individualizada, también, el margen de error es el mismo pero el “feedback” puede ser inmediato, debido a que ciertas plataformas permiten correcciones inmediatas o una vez finalizadas las actividades y también existe la opción de que el terapeuta pueda observar las respuestas o la forma de realización de las practicas establecidas.

Se han proporcionado recomendaciones anteriormente, entre las cuales se encuentran, planificar cuidadosamente la rehabilitación del lenguaje tanto para la práctica clínica como para la investigación y el apoyo familiares y cuidadores del paciente son actores esenciales. Por lo tanto, pueden controlar las habilidades lingüísticas del paciente y recibir instrucciones sobre la mejor manera de comunicarse

con el paciente (Jimeno 2024). No obstante, fruto del presente TFG, quiero presentar nuestras recomendaciones:

- Evaluar la percepción y objetivos del paciente respecto a sus habilidades en el lenguaje y comunicación, con el fin de fomentar en su caso su motivación hacia la intervención y así su adherencia al tratamiento.
- Contar con un personal cualificado y capacitado para asumir los cargos de una intervención en la patología.
- Determinar con exactitud los utensilios que pretendemos aplicar y que queremos conseguir.
- Conocer los gustos, preferencias y necesidades de cada uno de los individuos, de tal manera que lo anteriormente mencionado pueda adaptarse a las características de cada uno.
- Conocer y evaluar el apoyo familiar o social de cada persona afectada, con el fin de fomentar en lo posible la integración y generalización de las habilidades entrenadas en la intervención.
- Considerar las formas y métodos de utilización de las prácticas y actividades para conseguir ser preciso en el programa de intervención o plan de tratamiento.
- Introducir las TICS (herramientas interactivas) y facilitar el acceso para mejorar la constancia y frecuencia.

6.4. Limitaciones, fortalezas y futuras líneas de investigación.

Las limitaciones de este proyecto no son, si no otras que la falta de reconocimiento y estudio sobre la figura del profesional que ha de atenderlas. Considerando como preferente la importancia que tiene las características del lenguaje dentro del trastorno de la esquizofrenia, no existe suficiente clínica ni investigación acerca de la realización y reconocimiento de rehabilitación y eficacia de la logopedia dentro de los hallazgos y beneficios que genera en los pacientes.

Ya que la mayoría de los estudios expuestos habla sobre la importancia de la rehabilitación, la evidencia de las deficiencias, y las alteraciones notorias, sin embargo, pocos hacen referencia a la intervención y a la importancia de la figura del logopeda.

Finalmente, cabe mencionar la importancia tanto en clínica como investigación en este campo tan amplio y necesario. Ya que existe evidencia de su eficacia, se debe implementar y complementar nuevos estudios que verifiquen y muestren la eficiencia y eficacia y de tal manera poder cumplimentar la práctica clínica y la inclusión de las personas con esquizofrenia en la sociedad.

7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Tras la realización del presente Trabajo de Fin de Grado y los conocimientos aprendidos, me gustaría dejar constancia de una propuesta genérica de intervención logopédica, sobre en lenguaje de una persona con esquizofrenia.

- Anamnesis
 - a. Entrevista semiestructurada
 - b. Muestra de habla y análisis
 - c. Entrevista a familiares o tutores
- Evaluación
 - a. **Thought, Language and Communication (TLC)**. Escala específica centrada en síntomas objetivos.
 - b. **Thought and Language Dysfunction (TALD)**. Escala específica centrada en síntomas subjetivos.
 - c. **Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)**. Escala global, incluye síntomas positivos y negativos y diferentes funciones psíquicas.
 - d. **Test de Boston**. Prueba por confrontación visual de la capacidad de acceso lexical.
- Intervención
- Niveles del lenguaje
 - a. Pragmática
 - i. Metáforas
 - ii. Señales sociales
 - iii. Expresiones faciales
 - iv. Diferencias el lenguaje figurado y el lenguaje literal
 - b. Semántica
 - i. Denominación
 - ii. Descripción
 - iii. Aumento de calidad y cantidad lexical
 - c. Sintaxis
 - i. Oraciones lógicas y completas y correctas
 - ii. Evitar incoherencias
- Lenguaje oral
 - d. Fonética y fonología
 - i. Coordinación fono- respiratoria
 - ii. Coordinación articulo- fonatoria
 - iii. Corregir parafasias fonéticas y semánticas
- Lenguaje escrito.
 - e. Nivel, calidad y forma escritora
 - i. Narrativas, lenguaje espontáneo y lenguaje dirigido. (SISfiw).



Las actividades sobre todas estas áreas, se adaptarán según la edad y preferencias del paciente, intentando llamar su atención, aumentar su motivación y por todo ello, su adherencia al tratamiento. Además, priorizará todo aquello que sea más relevante en su vida y en su integración en la sociedad, mejorando de manera global sus interacciones con el medio y ser capaz de comunicar sus deseos, dificultades y necesidades, propiciando una mejora significativa en su calidad de vida.

8. CONCLUSIONES

1. La presencia de la figura del logopeda dignifica la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.
2. Los trastornos del lenguaje y comunicación en la patología no siempre son crónicos, mejoran y se mantienen capacidades.
3. Se dan una amplia gama de posibles evaluaciones eficientes y eficaces.
4. La adaptación y rehabilitación del lenguaje permite una mejora en la integración social, función global y calidad de vida de las personas con trastorno esquizofrénico.
5. Las alteraciones del lenguaje son predisponentes síntomas de la esquizofrenia y el logopeda debe estar presente a lo largo de su vida, así como las diversas terapias colindantes.
6. Con la rehabilitación del habla y del lenguaje, mejoran las habilidades comunicativas significativamente.
7. Actualmente se necesita mayor precisión y focalización en la clínica e investigación del tratamiento terapéutico no farmacológico en la vida de las personas con trastorno de la esquizofrenia.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Agudelo, M. I. B. (2022). Narrativas y espacios de educación no convencional: una apuesta para el encuentro con el lenguaje. *Cuadernos Pedagógicos*, 24(33), 1-12
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical: Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
3. Andreasen, N. (1986). Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 12, Nº 3.
4. Andreasen, N. C., Grove, W. M. (1986). Thought, Language and Communication in schizophrenia: Diagnosis and Prognosis. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 12, Nº3, 348-359.
5. Bambini, V., Agostoni, G., Buonocore, M., Tonini, E., Bechi, M., Ferri, I., Sapienza, J., Martini, F., Cuoco, F., Cocchi, F., Bischetti, L., Cavallaro, R., & Bosia, M. (2022). It is time to address language disorders in schizophrenia: A RCT on the efficacy of a novel training targeting the pragmatics of communication (PragmaCom). *Journal of Communication Disorders*, 97. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106196>
6. Barra, A. F., de la Cruz, N. M., & Bulnes, N. J. (2019). The evaluation of verbal fluency as a marker of primary communicative deficit in the first episode of schizophrenia. *Revista Signos*, 52(101), 780–803. <https://doi.org/10.4067/S0718-09342019000300780>
7. Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 44(3), 215-221.
8. Belinchón, M. (n.d.). *Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística*.
9. Bettis, R. J., Faith, L. A., Beard, A. M., Whan, B. A., Hegwood, C. M., Monette, M. A., Myers, E. J., Linton, I. S., Leonhardt, B. L., Salyers, M. P., & Minor, K. S. (2024). Narrative Forewarnings: A Qualitative Analysis of the Themes Preceding Disorganized Speech in Schizophrenia. *Behavioral Sciences*, 14(3). <https://doi.org/10.3390/bs14030212>
10. Bleuler, E. (1911): Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias, Hormé, Buenos Aires (la edición alemana de 1911, la traducción española procede de la edición en lengua inglesa de 1950).
11. Bora, E., Yalincetin, B., Akdede, B. B., & Alptekin, K. (2023). Deficits in Analytic and Common-Sense Reasoning in Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 211(5), 376–381. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001635>
12. Bosco, F. M., Berardinelli, L., & Parola, A. (2019). The ability of patients with schizophrenia to comprehend and produce sincere, deceitful, and ironic communicative intentions: The role of theory of mind and executive functions. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00827>



13. Çabuk, T., Mutlu, E., Touloupoulou, T., 2023. Thought and language disorder as a possible endophenotype in schizophrenia: evidence from patients and their unaffected siblings. *Schizophrenia. Res.* 254, 78–80. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.02.005>.
14. Çabuk, T., Sevim, N., Mutlu, E., Yağcıoğlu, A. E. A., Koç, A., & Touloupoulou, T. (2024). Natural language processing for defining linguistic features in schizophrenia: A sample from Turkish speakers. *Schizophrenia Research*, 266, 183–189. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.02.026>
15. Chan, C. C., Norel, R., Agurto, C., Lysaker, P. H., Myers, E. J., Hazlett, E. A., Corcoran, C. M., Minor, K. S., & Cecchi, G. A. (2023). Emergence of Language Related to Self-experience and Agency in Autobiographical Narratives of Individuals With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 49(2), 444–453. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac126>
16. Clegg, S. Brumfitt, RW Parks, PWR Woodruff, Intervención de terapia del habla y el lenguaje en la esquizofrenia: un estudio de caso, *Int. J. Lang. Comunitario. Trastorno* 42 (2007) 81–101, <https://doi.org/10.1080/13682820601171472>.
17. Colodrón, A., Kierkegaard, S., & Derrida, J. (2006). 1. La esquizofrenia. *Creación Artística y Enfermedad Mental*, 30.
18. del Barrio Gándara, M. V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2), 81-90.
19. Dos Santos, A. E., Pedrão, L. J., Zamberlan-Amorim, N. E., Furlan, J. D. L., & Carvalho, A. M. P. (2021). Effectiveness of the speech language intervention on the communicative behavior in groups of individuals diagnosed with schizophrenia. *CODAS*, 33(4), 1–10. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202020088>
20. E. Roche, L. Creed, D. Macmahon, D. Brennan, M. Clarke, La epidemiología y fenomenología asociada del trastorno del pensamiento formal: una revisión sistemática, *Schizophr. Toro.* 41 (2015) 951–962, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu129>
21. Emilio González-Pablos, (2021). *Tratorno del lenguaje en personas con esquizorfenia y su relacion con la gravedad y funcionalidad*.
22. *ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO PANSS.* (n.d.). Universidad Complutense de Madrid.
23. Figueroa, A., Oyarzún, S., & Durán, E. (2019). *ConeCta-2: entrenamiento de la cognición social y el lenguaje, al servicio de la eficacia comunicativa. Una experiencia clínica interactiva con personas con diagnóstico de esquizofrenia ConeCta-2: training of social cognition and language, at service of communicative effectiveness. a clinical and interactive experience with people with diagnosis of schizophrenia.* www.sonepsyn.cl



24. Figueroa-Barra, A., del Aguila, D., Cerda, M., Gaspar, P. A., Terissi, L. D., Durán, M., & Valderrama, C. (2022). Automatic language analysis identifies and predicts schizophrenia in first-episode of psychosis. *Schizophrenia*, 8(1). <https://doi.org/10.1038/s41537-022-00259-3>
25. González-Pablos, E., Ayuso-Lanchares, A., Botillo-Martín, C., & Martín-Lorenzo, C. (2023). Relación entre discurso desorganizado, funciones cognitivas y funcionamiento social en personas con esquizofrenia. *Psicol. conduct*, 165-178.
26. Herráez D, Palacios J. Recordatorio de semiología. Semiología de la esquizofrenia. Servicio de Psiquiatría. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid: No.1755, 2009.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.001>
27. Jimeno, N. (2019). *Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica* *Psychopathological assessment of language in schizophrenias: literature review*. www.sonepsyn.cl
28. Jimeno, N. (2024). Language and communication rehabilitation in patients with schizophrenia: A narrative review. In *Heliyon* (Vol. 10, Issue 2). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24897>
29. Jimeno, N., Gomez-Pilar, J., Poza, J., Hornero, R., Vogeley, K., Meisenzahl, E., Haidl, T., Rosen, M., Klosterkötter, J., & Schultze-Lutter, F. (2020). Main symptomatic treatment targets in suspected and early psychosis: New insights from network analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 884–895. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz140>
30. Joyal, M., Bonneau, A., & Fecteau, S. (2016). Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. In *Psychiatry Research* (Vol. 240, pp. 88–95). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.010>
31. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-76. doi: 10.1093/schbul/13.2.261. PMID: 3616518. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.024>
32. Kay, A. P. M. G., Mondaca Jerez, I., & Monardez Pesenti, P. (2018). Speech-language intervention in schizophrenia: an integrative review. *Revista CEFAC*, 20(2), 238–246. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820219317>
33. Kircher, T., Krug, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., Turner, L., Fähmann, P., Hornig, T., Katzev, M., Grosvald, M., Müller-Isberner, R., & Nagels, A. (2014). A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophrenia Research*, 160(1–3), 216–221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.024>



34. Kircher, T., Krug, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., Turner, L., Fährmann, P., Hornig, T., Katzev, M., Grosvald, M., Müller-Isberner, R., Nagels, A., 2014. A rating scale for the assessment of objective and subjective formal thought and language disorder (TALD). *Schizophr. Res.* 160, 216–221.
35. Lanchares, A. A. (2022). *PERFIL LINGÜÍSTICO DE PERSONAS ADULTAS CON ESQUIZOFRENIA RESIDENTES EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO* (Doctoral dissertation, Universidad de Valladolid).
36. Lanchares, A. A., Martín, C. B., Pablos, E. G., & Lorenzo, C. M. (2023). Trastorno del lenguaje y vocabulario receptivo en pacientes con esquizofrenia de edad avanzada. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 43(1), 100300.
37. Mac-Kay, A. P. M. G., Mondaca Jerez, I., & Monardez Pesenti, P. (2018). Speech-language intervention in schizophrenia: an integrative review. *Revista CEFAC*, 20(2), 238–246. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820219317>
38. Martínez, A., Martínez-Lorca, M., Santos, J. L., & Martínez-Lorca, A. (2018). Protocol for the evaluation of prosody and pragmatics in people with schizophrenia. *Revista de Investigación En Logopedia*, 8(2), 129–146. <https://doi.org/10.5209/RLOG.59892>
39. Nikolaeva Kosakova, L. (2021). Evaluación de los trastornos del lenguaje en las esquizofrenias mediante la escala de Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC): revisión bibliográfica.
40. Parola, A., Salvini, R., Gabbatore, I., Colle, L., Berardinelli, L., & Bosco, F. M. (2020). Pragmatics, Theory of Mind and executive functions in schizophrenia: Disentangling the puzzle using machine learning. *PLoS ONE*, 15(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229603>
41. Peng, Z., Li, Q., Liu, X., Zhang, H., Luosang-zhuoma, Ran, M., Liu, M., Tan, X., & Stein, M. J. (2024). A new schizophrenia screening instrument based on evaluating the patient's writing. *Schizophrenia Research*, 266, 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.02.003>
42. Praxis, R., Psi, C., & Toro, S. A. M. (2021). *Esquizofrenia y alteraciones del lenguaje: revisión integrativa Schizophrenia and language disorders: integrative review*.
43. Raina, S. (2024). Schizophrenia: Communication Disorders and Role of the Speech-Language Pathologist. In *American journal of speech-language pathology* (Vol. 33, Issue 3, pp. 1099–1112). https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-23-00287
44. Raina, S. (2024). Schizophrenia: Communication Disorders and Role of the Speech-Language Pathologist. In *American journal of speech-language pathology* (Vol. 33, Issue 3, pp. 1099–1112). https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-23-00287



45. Stanley R. Kay, Abraham Fiszbein, Lewis A. Opler, The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 13, Issue 2, 1987, Pages 261–276, <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
46. Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 95–104.
47. Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 95-104.

10. ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA PARA LA EVALUACION DEL PENSAMIENTO, LENGUAJE Y COMUNICACIÓN. TLC

(ANDREASEN 1979, 1986.)

DATOS DEL USUARIO	
IDENTIFICADOR	
NOMBRE	
APELLIDOS	
FECHA DE EXPLORACIÓN	
ENTREVISTA	

SINTOMAS	AUSENTE (0)	DUDOSO (1)	LEVE (2)	MODERADO (3)	GRAVE (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. Distraibilidad	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. Neologismo	0	1	2	3	4
11. Aproximación de palabras	0	1	2	3	4
12. Circunsatacialida	0	1	2	3	4
13. Pérdida de meta	0	1	2	3	4
14. Perseveración	0	1	2	3	4
15. Ecolalia	0	1	2	3	4
16. Bloqueos	0	1	2	3	4
17. Afectación del habla	0	1	2	3	4
18. Autorreferencia	0	1	2	3	4
19. Parafasia fonémica	0	1	2	3	4
20. Parafasia semántica	0	1	2	3	4

ANEXO 2. ESCALA DE DISFUNCIÓN DE PENSAMIENTO Y LENGUAJE (TALD)

KIRCHER Y COLS, 2014 (VERSIÓN ESPAÑOLA: JIMENO 2017)

DATOS DEL USUARIO	
IDENTIFICADOR	
NOMBRE	
APELLIDOS	
FECHA DE EXPLORACIÓN	
ENTREVISTA	

SINTOMAS	AUSENTE (0)	DUDOSO (1)	LEVE (2)	MODERADO (3)	GRAVE (4)
1. Circunstancialidad (O)	0	1	2	3	4
2. Decarrilamiento (O)	0	1	2	3	4
3. Tangencialidad (O)	0	1	2	3	4
4. Disgregación del pensamiento (O)	0	1	2	3	4
5. Pararrespuesta (O)	0	1	2	3	4
6. Perseveración (O)	0	1	2	3	4
7. Verbigeración (O)	0	1	2	3	4
8. Ruptura del pensamiento (O)	0	1	2	3	4
9. Presión del habla (O)	0	1	2	3	4
10. Logorrea (O)	0	1	2	3	4
11. Habla maníaca (O)	0	1	2	3	4
12. Parafasia semántica (O)	0	1	2	3	4
13. parafasia fonémica (O)	0	1	2	3	4
14. Neologismos (O)	0	1	2	3	4
15. Asociaciones fonéticas (O)	0	1	2	3	4
16. Ecolalia (O)	0	1	2	3	4
17. Pobreza del contenido del habla (O)	0	1	2	3	4
18. Pensamiento restringido (O)	0	1	2	3	4
19. Pensamiento enlentecido (O)	0	1	2	3	4
20. Pobreza del habla (O)	0	1	2	3	4
21. Concretismos (O)	0	1	2	3	4
22. Bloqueos (S)	0	1	2	3	4
23. Rumiación (S)	0	1	2	3	4
24. Pobreza del pensamiento (S)	0	1	2	3	4
25. Pensamiento inhibido (S)	0	1	2	3	4
26. Disfunción del habla receptiva (S)	0	1	2	3	4
27. Disfunción del habla expresiva	0	1	2	3	4

ANEXO 3. GUÍA DE EVALUACION DEL LENGUAJE (Lanchares, A. A., Belén, R., & Pardo, S. (2022).
GUÍA DE EVALUACIÓN DEL LENGUAJE ORAL. Pág 101)

5. EJEMPLO DE INFORME LOGOPÉDICO

Consideramos que en el informe de la prueba deben proporcionarse al menos un ejemplo de los ítems presentes. Así pues, el informe de la prueba puede iniciarse con los datos básicos del paciente y en su caso, contexto o finalidad de su aplicación. Es conveniente añadir el tipo de contacto y colaboración durante la entrevista. En este caso, el paciente ha mostrado un contacto adecuado con la interlocutora y buena colaboración durante toda la entrevista.

La muestra de habla se ha obtenido en el marco de la entrevista semiestructurada PRESEEA, y ha sido realizada por una L principal y otra L de apoyo en ... (lugar) el día (fecha). Tiene una duración total de 28 minutos y comprende los siguientes apartados: 1. Saludos (0:00); 2. Tiempo (2:02); 3. Lugar donde vive (3:24); 4. Familia y amistad (11:22); 5. Costumbres (18:58); 6. Peligro de muerte (21:10); 7. Anécdotas de la vida (22:30); 8. Deseo de mejora económica (25:20); 9. Final (27:00).

Véase en la Tabla 2 las puntuaciones por ítems y total obtenidas en la prueba.

Así pues, el método alternativo indica la presencia de un *trastorno moderado del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación* según la Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.

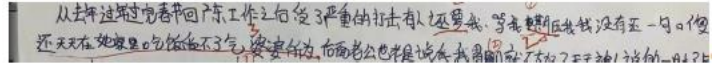
Adicionalmente puede añadirse lo siguiente:

La muestra de habla analizada muestra la presencia leve de alogia (fundamentalmente, constituido por pobreza del habla y del contenido del lenguaje), así como de otras alteraciones de interés, como: i) el *concretismo* (uso casi exclusivo de lenguaje concreto y descriptivo, con dificultad en el uso o manejo de conceptos abstractos), si bien se mantiene un uso ocasional de metáforas, como “salida del túnel” o “dejamos toda la pasta”, ii) marcada *disartria*, iii) *susplicacia* respecto al entorno (“aquí te fastidian el pie”, posibilidad de estar siendo escuchado). Por otra parte, muestra una adecuada respuesta afectiva a la broma final, acerca de la eventual realización de un crucero, con invitación a las dos entrevistadoras logopedas.

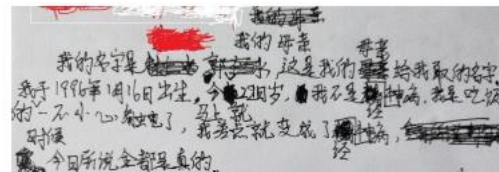
ANEXO 3. ESTRUCTURA DE LA PRUEBA DE EVALUACIÓN DE ESCRITURA DE PENG 2024. SISFiw.

Screening Instrument for Schizophrenic Features in Writing

1. Crossing – out - Tachado
2. Spelling errors – Errores ortográficos
3. Condensing - condensación



4. Confuse reference – confundir referencias
5. Illogically - Ilógico
6. Blocking - Bloqueos
7. Word approximations – Palabras de aproximación
8. Stilted speech – Discurso forzado
9. Irrelevance - Irrelevante



10. Incoherence - Incoherencia
11. Monotonousness - Monotonía
12. Repetition - Repetición
13. Overemphasis – Énfasis excesivo
14. Improper use of punctuation – Uso inadecuado de la puntuación
15. Showiness - Ostentación
16. Neologims - Neologismos



ANEXO 4. ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS (PANSS)

cibersam. (n.d.). PANSS. Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental, 54.

4.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Suspicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
Escala positiva (PANSS-P)	Puntuación directa:			Percentil:			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
Escala negativa (PANSS-N)	Puntuación directa:			Percentil:			
	1	2	3	4	5	6	7
Escala compuesta (PANSS-C)	Puntuación directa:			Percentil:			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Entorpecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
Psicopatología general (PANSS-PG)	Puntuación directa:			Percentil:			
	1	2	3	4	5	6	7