

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN
EL ÁMBITO CLÍNICO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA:
UN ENFOQUE LOGOPÉDICO**



Universidad de Valladolid



GRADO EN LOGOPEDIA

FACULTAD DE MEDICINA

VALLADOLID, CURSO: 2024 / 2025

PRESENTADO POR: ALEJANDRA VELASCO CESTEROS

TUTELADO POR: PROF. NATALIA JIMENO BULNES Y DRA. MARÍA FERNANDA NIETO RAMIRO

AGRADECIMIENTOS

A mis tutoras, por su dedicación y orientación en mi Trabajo Final de Grado.

A las amistades que he formado en la universidad, por hacer de ésta una etapa inolvidable.

A mis amigas de la infancia y mi pareja, por su apoyo incondicional constante.

A mi familia y mi hermano, lo más importante que tengo.

A mis abuelos, por ser mi ejemplo de superación a seguir.

Y en especial, a mis padres, por acompañarme durante todo el camino, tanto profesional como personal y creer en mí mucho más de lo que yo lo hacía.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
1. JUSTIFICACIÓN.....	3
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Descripción de la esquizofrenia	4
2.2 Trastornos del lenguaje y comunicación en la esquizofrenia	6
2.3 Afectación del funcionamiento global y clínico en pacientes con esquizofrenia ...	9
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivos generales.....	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4. MATERIAL Y MÉTODOS	13
4.1 Material.....	13
4.2 Métodos.....	14
5. RESULTADOS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	15
5.1 Propuesta de intervención logopédica aplicable a personas con esquizofrenia en el ámbito clínico.....	15
5.1.1 Población diana	15
5.1.2 Objetivos	16
5.1.3 Principios metodológicos de la intervención	16
5.1.4 Temporalización y duración de las sesiones.....	17
5.1.5 Actividades de la intervención	18

5.2 Estrategias dirigidas al profesional sanitario para favorecer la comunicación con pacientes con esquizofrenia.....	23
5.2.1 Simplificar y estructurar el lenguaje.....	24
5.2.2 Plantear preguntas de respuesta concreta	24
5.2.3 Técnicas de apoyo narrativo	24
5.2.4 Apoyos visuales y herramientas comunicativas	25
5.2.5 Seguir un esquema de consulta predecible	26
5.2.6 Conocer el caso clínico del paciente	26
5.2.7 Emplear un tono emocional empático.....	26
6. DISCUSIÓN	27
7. CONCLUSIONES.....	29
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
9. ANEXOS.....	32
Anexo 1. <i>Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales</i>	32
Anexo 2. <i>Entrevista logopédica inicial</i>	35
Anexo 3. Tablero de comunicación para pacientes con esquizofrenia destinado a entornos clínicos.	37
Anexo 4. Aplicación <i>LetMeTalk</i>	38
Anexo 5. <i>Escala visual analógica (EVA)</i>	39
Anexo 6. <i>Lista de síntomas clínicos</i>	40
Anexo 7. <i>Material para el desarrollo de las actividades logopédicas</i>	41
Anexo 8. Lista categorizada de disciplinas sanitarias que existen en España según el Ministerio de Sanidad.	42
Anexo 9. <i>Lista de métodos de exploración</i>	43

Anexo 10. <i>Lista de tratamientos y medicamentos.</i>	44
Anexo 11. <i>Folleto informativo para difundir en centros clínicos dirigido a profesionales sanitarios. Estrategias para favorecer la comunicación en pacientes con esquizofrenia.</i>	45
Anexo 12. <i>Entrevista logopédica de seguimiento.</i>	46
Anexo 13. <i>Encuesta de satisfacción del Programa de Intervención Logopédica FAASE dirigido a logopedas.</i>	49

RESUMEN

Introducción. La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza, entre otros, por significativos déficits en la comunicación y el lenguaje que impactan en el día a día de estas personas, y, en consecuencia, en el entorno clínico. No se dispone de ningún protocolo logopédico basado en la mejora de la intervención clínica en estos pacientes.

Objetivos. Desarrollar un programa de intervención logopédica para mejorar la interacción comunicativa entre paciente-médico y favorecer la autonomía de personas con esquizofrenia en la gestión de la salud.

Resultados. Se ha diseñado el Programa de Intervención Logopédica para Fomentar la Autonomía y Atención Sanitaria en personas con Esquizofrenia (FAASE). Este programa consiste en una intervención logopédica individualizada, estructurada en 12 sesiones, con el objetivo de mejorar las competencias comunicativas y la autonomía de los pacientes en el contexto sanitario.

La intervención se centra en la utilización del léxico clínico habitual y en el conocimiento y aplicación de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, que serán implementados durante las sesiones. Las actividades propuestas son prácticas, flexibles, multisensoriales y con un refuerzo positivo y retroalimentación constante.

La finalidad del programa es simular consultas clínicas, promoviendo interacciones comunicativas reales que faciliten la adaptación del paciente al entorno sanitario. Adicionalmente, se incluyen estrategias comunicativas dirigidas al profesional sanitario, con el fin de mejorar la interacción y comprensión mutua durante las consultas.

Conclusiones. El Programa de Intervención Logopédica FAASE podría mejorar el desarrollo comunicativo de las consultas clínicas en pacientes con esquizofrenia y promover una mayor adherencia terapéutica.

Palabras clave: esquizofrenia, comunicación, lenguaje, intervención logopédica y ámbito clínico.

ABSTRACT

Introduction. Schizophrenia is a severe mental disorder characterized, among other things, by significant deficits in communication and language, which impact the daily lives of affected individuals and, consequently, the clinical setting. Currently, there is no speech-language therapy protocol specifically aimed at improving clinical intervention in these patients.

Objectives. To develop a speech-language intervention program to enhance communicative interaction between patient and doctor and to promote the autonomy of individuals with schizophrenia in managing their health.

Results. The Speech-Language Intervention Program to Promote Autonomy and Healthcare in People with Schizophrenia (FAASE) has been developed. This program consists of a personalized speech-language intervention structured into 12 sessions, with the goal of improving patients' communicative skills and autonomy within the healthcare context.

The intervention focuses on the use of common clinical vocabulary and the knowledge and application of augmentative and alternative communication systems, which will be implemented throughout the sessions. The proposed activities are practical, flexible, multisensory, and include positive reinforcement and constant feedback.

The program aims to simulate clinical consultations, promoting real communicative interactions that facilitate the patient's adaptation to the healthcare environment. Additionally, communication strategies aimed at healthcare professionals are included, in order to improve interaction and mutual understanding during consultations.

Conclusions. The FAASE Speech-Language Intervention Program could enhance communicative development during clinical consultations in patients with schizophrenia and promote greater therapeutic adherence.

Key words: Schizophrenia, communication, language, speech and language intervention, clinical setting

1. JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de vista logopédico, la esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza, entre otros, por significativos déficits en la comunicación y el lenguaje que afectan en las relaciones con otras personas y en su calidad de vida. Con frecuencia estos pacientes presentan también diversas enfermedades psíquicas y somáticas (Jimeno Bulnes, N.; Rodríguez García, S, 2019).

Así pues, los frecuentes trastornos en el lenguaje y la comunicación tienen un interés no solo desde un enfoque social sino también clínico. En consecuencia, surge la pregunta de si es posible mitigar la vulnerabilidad de estas personas durante una consulta clínica a través de estrategias específicas. La logopedia desarrolla un papel fundamental en la mejora de la capacidad comunicativa de la persona, interviniendo tanto en la comprensión como en la expresión de estos pacientes.

La originalidad de este planteamiento se debe a que no nos consta que exista hasta la fecha ningún protocolo logopédico basado en la mejora de la intervención clínica del paciente con esquizofrenia. Además, la utilización de programas de intervención en el lenguaje y la comunicación dirigidos al ámbito sanitario en estos pacientes, podrían favorecer la relación médico-paciente, e idealmente la adherencia terapéutica y la salud física de estas personas (Jimeno Bulnes, N.; Rodríguez García, S, 2019).

Dado que, las consultas médicas habitualmente suelen generar un estrés significativo en los pacientes con esquizofrenia, exponiendo mayores dificultades comunicativas e interactivas con los distintos profesionales sanitarios, este protocolo de intervención tratará de suplir o disminuir estas barreras en la calidad de atención clínica de pacientes con esquizofrenia

En resumen, consideramos que este proyecto aborda un problema clínico de gran interés y representa una importante línea de investigación para la logopedia, que presenta una patología poco estudiada y atendida en esta profesión. Además, resalta la importancia y la necesidad de humanizar la atención sanitaria, con el fin de alcanzar una intervención más efectiva para los pacientes.

2. MARCO TEÓRICO

El marco teórico se divide en tres subapartados diferenciados, en los cuales se aborda la temática central sobre la que se desarrolla este trabajo. En primer lugar, se conceptualiza la esquizofrenia, se sigue con una descripción de sus características lingüísticas y comunicativas, y finalmente, se exponen los principales desafíos a los que se enfrentan estos pacientes en el contexto clínico.

2.1 Descripción de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave que afecta a diversas funciones psíquicas y el comportamiento de la persona, provocando una limitación importante en el desarrollo personal, social y psicomotor del individuo, así como conflictos en el núcleo familiar. Por ello, aunque no es tan común como otros trastornos mentales, es una de las primeras veinte causas de incapacidad en la población en edades comprendidas entre los 18 y los 44 años (Líceá Amador et al., 2019).

Los signos continuos de este trastorno persisten durante un mínimo de seis meses, incluyendo al menos un mes de presencia de síntomas (o menos si se trató con éxito). Estos síntomas son los siguientes: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (por ejemplo, disgregación o incoherencia frecuente), comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). Además, durante una parte significativa de tiempo el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, se sitúa muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio de la esquizofrenia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Actualmente, existen unos criterios diagnósticos de la esquizofrenia tal y como se registran en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* publicado en el año 2014 por la Asociación Americana de Psiquiatría, adheridos en este trabajo en el Anexo 1.

Se ha diferenciado entre síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia. (Andreasen & Grove, s. f.). Los síntomas positivos se caracterizan por las ideas,

comportamientos y percepciones. Estos síntomas, solo se presentan en la persona que padece el trastorno y no en la gente de su alrededor, pareciendo que el enfermo se inventa cosas o historias debido a que él percibe otra realidad y no tiene consciencia de su enfermedad. Entre ellos se encuentran; alteraciones de la conducta, desorganización del pensamiento, alucinaciones, aislamiento, afectividad aplanada y delirios. Por otro lado, los síntomas negativos son más difíciles de reconocer ya que se presentan de forma disminuida y no llaman tanto la atención. En estos casos, la persona se muestra en aislamiento social, descuidada, apática, deja de disfrutar de las cosas que le gustaba o solía hacer y/o tiene un bloqueo para poder establecer contacto con otras personas (Líceá Amador et al., 2019).

Esta enfermedad psiquiátrica es generalmente de curso prolongado y aparece como resultado de la interacción de numerosos factores. El componente genético, se ha demostrado en los estudios realizados en gemelos y en relación con la teoría poligénica. El componente biológico, hace referencia a que la esquizofrenia es un trastorno del encéfalo que cursa con alteraciones estructurales y funcionales que pueden visualizarse en las pruebas de neuroimagen. Los elementos psicosociales ambientales como; familias que expresan las emociones de forma intensa, acontecimientos estresantes o de gran impacto emocional, son factores de riesgo desencadenes de la enfermedad. Por último, alrededor del 40% de los pacientes esquizofrénicos abusan de las drogas y el alcohol, donde el cannabis es la sustancia más consumida que puede desencadenar esta enfermedad (Sadock & Sadock, 2011).

En cuanto a la epidemiología, la esquizofrenia está presente en todos los países del mundo y afecta alrededor de 7 a 8 personas de cada 1000, es decir, a 21 millones de individuos. Generalmente comienza durante la adolescencia o la adultez temprana, entre los 15 y los 35 años presentando un pico a los 25 años, aunque también puede iniciar durante la infancia o la tercera edad (Líceá Amador et al., 2019). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es más frecuente en hombres que en mujeres, estableciendo una relación entre ellos de 1,4:1. Además, la tasa de mortalidad por accidentes y causas naturales se eleva más que en la población general y la causa principal de muerte de estos pacientes es el suicidio (entorno al 10%) (Sadock & Sadock, 2011).

2.2 Trastornos del lenguaje y comunicación en la esquizofrenia

El lenguaje es fundamental en la vida humana y constituye un aspecto esencial en psiquiatría. Una de las primeras personas que mencionó la relación entre el lenguaje y la esquizofrenia fue Timothy Crow. Estos pacientes sufren numerosas dificultades comunicativas y lingüísticas debido a una asimetría interhemisférica, que actúan como obstáculo para conseguir la reinserción en sus actividades cotidianas, y por consiguiente en su práctica clínica.

Aunque una de las principales manifestaciones de la esquizofrenia es el trastorno formal del pensamiento, al analizarlo desde una perspectiva lingüística se observa que los trastornos del lenguaje son un síntoma común y significativo, que además actúan como marcadores tempranos de la enfermedad cuando se evalúan mediante mediciones objetivas del análisis computacional (Hartopo & Kalalo, 2022).

La esquizofrenia se puede evaluar mediante la *Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC)* creada por Andreasen en 1979 y adaptada al español en el capítulo 22. Está compuesta por 20 síntomas lingüísticos: pobreza del habla, pobreza del contenido del habla, presión del habla, habla distraída, tangencialidad, desorganización, incoherencia, falta de lógica, habla rimada, neologismos, aproximaciones de palabras, circunstancialidad, pérdida de meta, perseveración, ecolalia, bloqueo del pensamiento, habla artificiosa, autorreferencialidad, parafasia fonémica y parafasia semántica.

Los trastornos del lenguaje son uno de los principales síntomas que presentan los pacientes con esquizofrenia. Este aspecto refleja el impacto de la psicosis, en cuanto a la cognición (función ejecutiva y atención sostenida) y la pragmática de la comunicación verbal de estas personas, correlacionados significativamente con la pobreza en la expresión de estas personas (Bordás & Sanclemente, 2010). A nivel semántico y pragmático, los resultados muestran un deterioro evidente ya que utilizan las palabras de manera peculiar y siguen una estructura propia del lenguaje en esta enfermedad, lo que permite hablar de un lenguaje esquizofrénico (Salavera Bordás, 2010).

Para la explicación de dichos trastornos del lenguaje en la esquizofrenia, existen dos teorías principales:

1. Deterioro de la memoria semántica. Sugiere que la alteración del lenguaje en la esquizofrenia es causada por déficits en la estructura y función de la memoria semántica.
2. Fallo en la construcción y uso del contexto. Plantea que los trastornos del lenguaje surgen debido a fallos en la capacidad de construir y utilizar el contexto, lo que está relacionado con alteraciones en la memoria de trabajo o en las funciones ejecutivas en general (Hartopo & Kalalo, 2022).

Estos síntomas pueden manifestarse en distintos niveles del lenguaje, desde palabras individuales hasta alteraciones en las relaciones entre oraciones y la conexión de ideas expresadas. Sin embargo, a continuación, se explica de forma detallada las alteraciones del lenguaje más frecuentes en esta enfermedad.

En la esquizofrenia el nivel sintáctico utilizado, en general, está conservado. Sin embargo, estos pacientes tienden a usar una sintaxis más simple que combina con una semántica más deteriorada. Esto repercute en grandes dificultades cuando actúan como emisores a la hora de proporcionar información que le permita identificar un único referente, las descripciones ofrecidas resultan inadecuadas para las necesidades del oyente con respecto a la tarea que se quiere desarrollar, y el diseño función del receptor es defectuoso.

En la semántica, existe una alteración de orden superior que afecta la narrativa y la lógica del discurso. Se evidencia una red semántica disfuncional y una organización inadecuada de los nodos de sus redes que pueden contribuir a la idiosincrasia de procesamiento del lenguaje. Esto supone una mayor desorganización en el almacenamiento, la recuperación y la organización de la información semántica que en sujetos sanos. En este tipo de pacientes se da un exceso de monólogos, un discurso pobre, supone un gran esfuerzo por parte del interlocutor-receptor conseguir nexos de unión entre las frases que den consistencia a la conversación, su número de comentarios espontáneos es mínimo (lo que obliga al receptor a forzar en todo momento la conversación con el fin de conseguir una continuidad conversacional) y una gran dificultad para conseguir el cambio de tema a mitad del discurso. Además, presentan un sesgo semántico, es decir, mayor tendencia a activar el significado dominante en vez de significados subordinados, independientemente del contexto.

La pragmática es el nivel o dimensión más afectado. Los pacientes con esquizofrenia pueden utilizar el lenguaje de forma adecuada, pero no logran comunicarse bien, debido a que no tienen en cuenta sus interlocutores y las necesidades informativas de éstos. El análisis del lenguaje utilizado se define a menudo como un discurso “incoherente” y refleja pobreza de expresión, descarrilamiento, pobreza de los contenidos de expresión, perseverancia y circunstancialidad. Además, la actuación de estos pacientes cuando el número de elementos verbales es superior a tres o cuatro, empeora drásticamente su producción narrativa. Es importante mencionar que una de las anomalías del lenguaje característica es el uso peculiar de palabras poco frecuentes, marcador de esta enfermedad (Bordás & Sanclemente, 2010). A diferencia de las personas sanas, las personas con esquizofrenia no utilizan de forma eficaz las máximas conversacionales de Paul Grice (Grice, P. 1989). En consecuencia, muestran una falta de estructura global en sus conversaciones y una cohesión muy deteriorada, lo que desemboca en la sustitución del lenguaje verbal por gestos. En cuanto a la coherencia, estas personas presentan dificultades de planificación lo que hace que su discurso sea difícil de entender y de mantener el interés del interlocutor.

Con respecto a los trastornos de comprensión del lenguaje, en la esquizofrenia suelen ser más leves que los trastornos de la producción del lenguaje. Tienden a interpretar de manera literal las oraciones que escuchan, no hacen uso de la habilidad para comunicar ironía y experimentan dificultades para comprender metáforas o proverbios. Además, presentan menos dificultad para entender el lenguaje no verbal que el lenguaje verbal.

Finalmente, es importante conocer que la prosodia, es decir, la velocidad y entonación del habla también suele estar alterada en la esquizofrenia. Las personas que sufren esta enfermedad a menudo hablan con una entonación plana, una velocidad monótona y un timbre restringido. Además, su discurso tiende a interrumpirse con frecuencia y mostrar vacilaciones, en contraste con el habla de personas sin la enfermedad (Hartopo & Kalalo, 2022). El rendimiento de la fluidez verbal se correlaciona positivamente con la interrupción de la correcta organización semántica que presentan estos pacientes, y que se ha mencionado anteriormente. Es más, los déficits en la fluidez verbal se han registrado en familiares sanos de pacientes esquizofrénicos y se han

propuesto como posibles marcadores de rasgos de predisposición a esta enfermedad (Bordás & Sanclemente, 2010).

En conclusión, los trastornos del lenguaje impactan en el funcionamiento global de la persona afectando a la adecuada actuación de todos los ámbitos de la vida, incluyendo el personal, social, laboral y, por lo tanto, clínico.

A pesar de las numerosas dificultades comunicativas que enfrentan estos pacientes, aunque en la actualidad existen multitud de programas dirigidos al desarrollo de las habilidades sociales en personas que sufren esquizofrenia, hasta el momento no nos consta que exista ningún protocolo de intervención específico del lenguaje dirigido a personas con esquizofrenia.

2.3 Afectación del funcionamiento global y clínico en pacientes con esquizofrenia

En este ámbito hay que tener en cuenta que la esquizofrenia es una enfermedad que transcurre con un nivel de incapacidad importante, lo que afecta la calidad y esperanza de vida de las personas. Estos pacientes suelen ser hospitalizados varias veces presentando resistencia y/o escasa respuesta al tratamiento.

Los pacientes con esquizofrenia presentan una afectación del funcionamiento global que se refleja en la Escala Global de Funcionamiento, con puntuaciones generalmente bajas. El GAF es una de las formas de evaluación global más utilizadas en psiquiatría, que evalúa de 0 a 100 puntos el funcionamiento psicológico, social y ocupacional (Apiquián et al., 2013). Esta afectación en la disfunción del funcionamiento global se correlaciona con las alteraciones del lenguaje ya mencionadas en el apartado anterior, y con el aislamiento social que ocasiona la enfermedad. Además, repercute negativamente que aproximadamente el 47% de estos pacientes consuma drogas, principalmente: alcohol, cannabis, cocaína y tabaco y que en general, muestren estilos de vida poco saludables (Lícea Amador et al., 2019). Todos estos factores repercuten en las dificultades comunicativas del ámbito clínico.

Durante la atención médica, la técnica más utilizada es la entrevista clínica. La entrevista clínica es un método de recogida de datos a través de la comunicación entre

el profesional y el enfermo que desempeña un papel fundamental en el diagnóstico, evaluación, seguimiento y tratamiento del paciente. A consecuencia de las dificultades lingüísticas y comunicativas que generalmente presentan los pacientes con esquizofrenia, este método de obtención de información en muchas ocasiones está afectado, repercutiendo en el diagnóstico, evaluación, seguimiento y tratamiento de la persona.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la esquizofrenia es atendida por un gran equipo multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, dentistas...) debido a su patología somática (Ramos Pozón, 2015). Por lo tanto, una de las principales problemáticas reside en la existencia de numerosos profesionales que afirman no tener la experiencia ni los conocimientos necesarios para el abordaje de pacientes que sufren esquizofrenia, mientras que los profesionales que sí trabajan en este campo siguen reconociendo la dificultad que presentan a pesar de la experiencia continua (López Padilla, 2014). Para tener una mejor percepción de la importancia de dicha problemática, en México, el Instituto Mexicano de Seguridad Social expuso que el 50% de los pacientes con esquizofrenia no cuenta con un tratamiento y diagnóstico oportuno (Líceá Amador et al., 2019).

Aunque es cierto que desde hace varios años se está resaltando la importancia en la formación de habilidades comunicativas en los profesionales sanitarios, estos datos exponen la necesidad de profundizar aún más en el proceso comunicativo y las barreras lingüísticas que enfrentan las personas con esquizofrenia para ofrecer una mejor relación terapéutica entre el profesional sanitario y el paciente, con el objetivo de ser capaces de gestionar de forma más efectiva la interacción comunicativa con estos pacientes y cubrir las necesidades de cada uno de ellos (López Padilla, 2014; Bordás & Sanclemente, 2010).

Además de tener en cuenta todos estos factores, otro aspecto importante para garantizar una atención sanitaria óptima es la humanización entre el profesional y el enfermo. Cada paciente presenta unas características individuales diferentes, por lo que la intervención y trato por parte del especialista debe ser heterogéneo y adaptado a cada uno de los enfermos con el objetivo de que se sientan comprendidos.

3. OBJETIVOS

Tras haber presentado la justificación teórica que fundamenta este trabajo, a continuación, se exponen los objetivos que persigue:

3.1 Objetivos generales

1. Mejorar las habilidades comunicativas y autonomía de pacientes con esquizofrenia en entrevistas clínicas con distintos profesionales sanitarios.
2. Potenciar las habilidades comunicativas de distintos profesionales sanitarios en entrevistas clínicas a pacientes diagnosticados con esquizofrenia.
3. Contribuir a fomentar la humanización de la atención sanitaria en pacientes con esquizofrenia.

3.2 Objetivos específicos

Respecto al objetivo general número 1:

- a. Identificar las principales dificultades lingüísticas y comunicativas de pacientes con esquizofrenia en el contexto sanitario.
- b. Diseñar un programa de intervención logopédica para mejorar las competencias en pacientes con esquizofrenia durante entrevistas con distintos profesionales sanitarios (en el ámbito clínico).
- c. Ofrecer estrategias terapéuticas orientadas a disminuir el estrés comunicativo asociado a la consulta sanitaria.
- d. Reducir la dependencia de un acompañante para comunicarse eficazmente con el profesional sanitario en pacientes con esquizofrenia.

Respecto al objetivo general número 2:

- a. Informar a los profesionales sanitarios de las principales alteraciones lingüísticas y comunicativas de pacientes con esquizofrenia asociadas a las consultas clínicas.
- b. Proporcionar estrategias logopédicas a los profesionales sanitarios para favorecer la comunicación con pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

- c. Elaborar materiales de apoyo que sirvan para utilizar durante una consulta clínica con un paciente con esquizofrenia.

Respecto al objetivo general número 3:

- a. Sensibilizar de la importancia de una atención clínica centrada en la persona teniendo en cuenta las características comunicativas, cognitivas y emocionales de los pacientes con esquizofrenia.
- b. Difundir en entornos clínicos las estrategias o técnicas que favorecen una comunicación eficaz entre médico – paciente con esquizofrenia.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado se detallan los materiales utilizados durante el desarrollo del programa de intervención logopédica, así como los métodos que se han llevado a cabo para su elaboración.

4.1 Material

Para la creación de este trabajo, se ha utilizado materiales proporcionados por la Universidad de Valladolid especialmente herramientas informáticas como el paquete Microsoft Office 365.

Además de estos materiales, se han empleado recursos específicos destinados a la elaboración de instrumentos de apoyo que se utilizarán durante la intervención. Estos recursos son los siguientes:

- Centro Aragonés para la comunicación aumentativa y alternativa (ARASAAC): es un portal que ofrece multitud de pictogramas con posibilidad de adaptación personalizada para facilitar la comunicación de personas con necesidades educativas. Este programa de intervención logopédica está basado en el apoyo de la expresión mediante recursos visuales, como los pictogramas, obtenidos a través de esta página web. <https://arasaac.org/pictograms/search>
- Guía de vocabulario técnico para alumnos erasmus de enfermería: consiste en un glosario clínico creado por Verónica Velasco, Yara Martín y Paula Villareal en la Universidad de Valladolid, mediante el cual se ha obtenido la mayor parte del léxico clínico en el que se enfocan las sesiones logopédicas creadas para este programa de intervención. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/68947>
- Promoción de la salud física en personas adultas con esquizofrenia: recomendaciones oficiales y comunicación médica: este documento, al igual que el anterior, se ha utilizado para recabar información sobre el léxico a utilizar durante la intervención logopédica en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Jimeno Bulnes, N.; Rodríguez García, S, 2019).

- Wordwall: es una web a través de la cual se han creado recursos interactivos que se pueden utilizar durante el desarrollo de este programa logopédico. <https://wordwall.net/es>
- Canva: es una herramienta web gratuita que ha permitido crear diseños gráficos y material visual de apoyo para la intervención. Los recursos elaborados pueden consultarse a través de los enlaces públicos incluidos en los anexos de este trabajo. [Inicio - Canva](#)
- Mendeley: es un gestor de referencias bibliográficas gratuito desarrollado por Elsevier, a través del cual se ha gestionado todas las citas bibliográficas de este trabajo. [Search | Mendeley](#)

4.2 Métodos

En cuanto a la metodología, se ha desarrollado en primer lugar una propuesta de intervención logopédica teórico práctica enfocada en el paciente diagnosticado con esquizofrenia. Presenta un enfoque preventivo y rehabilitador, orientado a mejorar la comunicación de estas personas durante las consultas clínicas. La intervención aborda un total de 12 sesiones que se diferencian en 3 fases: una fase inicial enfocada a la psicoeducación y primera toma de contacto entre el logopeda – paciente, una fase de intervención enfocada en el entrenamiento de habilidades comunicativas, y una fase final de refuerzo y seguimiento.

En segundo lugar, este trabajo también está enfocado a los profesionales sanitarios. Para ello, se explican estrategias y técnicas a las que deben recurrir para conseguir una comunicación más eficaz con un paciente con esquizofrenia durante su consulta clínica.

Ambas propuestas se desarrollan de forma más completa en el epígrafe posterior.

5. RESULTADOS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 Propuesta de intervención logopédica aplicable a personas con esquizofrenia en el ámbito clínico

El Programa de Intervención Logopédica FAASE, pretende conseguir un mejor funcionamiento comunicativo en estas personas durante la práctica clínica, mediante una intervención directa e individual. Pretende alcanzar una comunicación más eficaz entrenando habilidades semánticas y pragmáticas, disminuir la sintomatología lingüística del llamado “lenguaje esquizofrénico” y proporcionar apoyos comunicativos.

5.1.1 Población diana

En este apartado se exponen los criterios de inclusión y exclusión que se han de tener en cuenta para realizar esta propuesta de intervención logopédica con un paciente.

- **Criterios de inclusión**

- Diagnóstico de esquizofrenia, sin importar el subtipo.
- Alteraciones del lenguaje con impacto en la comunicación funcional.
- Edad adulta comprendida entre los 18 y 70 años.
- Estabilidad clínica pautada por un profesional médico.
- Nivel de conciencia, atención y colaboración adecuados para poder participar de forma activa durante las sesiones.
- Personas con posibilidad de obtener beneficios después de la intervención.

- **Criterios de exclusión**

- Pacientes en fase aguda de la enfermedad o con sintomatología psicótica desorganizada grave que impida el trabajo estructurado en sesión.
- Presencia de trastornos neurológicos graves o trastornos del neurodesarrollo que comprometan la consecución de objetivos del programa.
- Consumo activo y no controlado de sustancias psicoactivas que alteren el rendimiento cognitivo y comunicativo.
- Incapacidad para seguir instrucciones básicas o para mantener atención mínima requerida durante la intervención, a pesar de los apoyos ofrecidos.

5.1.2 Objetivos

El programa FAASE pretende fomentar la autonomía y atención sanitaria en personas con esquizofrenia. Su objetivo es lograr una expresión funcional mediante el conocimiento y uso de apoyos comunicativos que optimicen la interacción clínica. Para ello, se plantea integrar un campo léxico clínico específico que facilite el acceso rápido y eficaz al lenguaje durante las consultas. Además, pretende favorecer el procesamiento de la información clínica y de manera indirecta, mejorar la atención, dado que el lenguaje es una función cognitiva que depende de esta capacidad para desarrollarse.

5.1.3 Principios metodológicos de la intervención

Las sesiones se desarrollarán de forma individual centrándose en las áreas del lenguaje más afectadas, la semántica y la pragmática. En consecuencia, las actividades se estructurarán entorno al conocimiento y uso del léxico clínico más frecuente y en el desarrollo de role-playing entre el logopeda y el paciente con el objetivo de reproducir escenarios clínicos comunicativos. Además, presentarán un enfoque multisensorial para facilitar un aprendizaje y procesamiento de la información más eficaz.

Durante toda la intervención, el logopeda debe fomentar el uso del lenguaje oral y utilizar estrategias de corrección, reformulación, simplificación y estructuración del discurso aportando al paciente un modelo comunicativo correcto. Es fundamental trabajar la organización del discurso mediante recursos como; disminuir el ritmo de habla, utilizar apoyos visuales durante la expresión oral o realizar preguntas concretas.

El etiquetaje de la esquizofrenia facilita una postura pasiva ante sus dificultades y habitualmente expectativas negativas y rígidas. Por esta razón, este programa se basa en una intervención motivacional enfocada en el feedback y refuerzo positivo constante con el objetivo de favorecer la autoconfianza comunicativa de la persona.

La sintomatología de este trastorno puede afectar la relación terapéutica con facilidad. El logopeda que desarrolle este programa debe tener en cuenta el elevado grado de flexibilidad de las sesiones que supone una enfermedad como es la esquizofrenia (Palma Sevillano et al., 2005).

5.1.4 Temporalización y duración de las sesiones

La intervención se estructura en un total de 12 sesiones individuales con una frecuencia de 2 sesiones semanales. Véase la planificación temporal y contenidos de cada sesión de este programa teórico práctico en la Tabla 1.

Cada sesión dura 45 minutos para ofrecer una intervención intensiva focalizada en la capacidad de atención y estabilidad clínica del paciente. Las sesiones siguen una secuencia lógica: tareas de activación cognitiva y lingüística mediante el refuerzo del léxico clínico y tareas de expresión en situaciones simuladas entre logopeda – paciente. La distribución temporal de una sesión tipo se organiza del siguiente modo:

1. Fase inicial de bienvenida y saludo: 5 minutos.
2. Desarrollo de las actividades: 30 minutos.
3. Fase de retroalimentación y refuerzo positivo: 5 minutos.
4. Fase final de cierre y despedida: 5 minutos.

Tabla 1. Temporalización del programa de intervención logopédica para pacientes con esquizofrenia.

Contenido	Sesión	Objetivos
<i>Inicio del programa</i>	1	Conocer al paciente y fomentar la psicoeducación
<i>Establecimiento de rutinas comunicativas</i>	2	Aplicar lenguaje funcional básico en una consulta clínica mediante apoyo visual
<i>Síntomas clínicos</i>	3 / 4	Identificar y comunicar síntomas
<i>Disciplinas sanitarias</i>	5	Fomentar el léxico de las profesiones y especialidades sanitarias
<i>Métodos de exploración</i>	6 / 7	Fomentar el léxico y comprender los métodos clínicos exploratorios

<i>Tratamiento e intervención</i>	8 / 9	Fomentar el léxico de medicamentos y otros tratamientos
<i>Consulta clínica</i>	10	Generalizar los aprendizajes mediante una simulación de consulta médica
<i>Resumen y finalización del programa</i>	11	Consolidar logros o reforzar necesidades
<i>Seguimiento</i>	12	Evaluación de la evolución del paciente

5.1.5 Actividades de la intervención

A continuación, se presentan propuestas de actividades y recursos que pueden implementarse durante las sesiones de logopedia.

Inicio del programa

El objetivo es establecer un vínculo entre logopeda – paciente y recabar información funcional, para poder adaptar las futuras sesiones logopédicas. Para ello, se ha diseñado una breve entrevista inicial incluida en el Anexo 2 de este trabajo. Además, el logopeda realizará una introducción al paciente de las características principales del programa.

No se debe pasar por alto la importancia de conciencia sobre la enfermedad y su relación con la logopedia, especialmente en los aspectos comunicativos. En este sentido, el logopeda tiene un papel clave como orientador asesorando al paciente sobre los recursos que puede emplear para apoyar su expresión durante las consultas clínicas. Se incluyen los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC), por ejemplo, un tablero de comunicación manual o un comunicador digital como *LetMeTalk*, qué se utilizarán como apoyos continuos a lo largo de la intervención. Véase Anexo 3 y 4.

Otros apoyos complementarios pueden ser escalas visuales numéricas para expresar el nivel de dolor o malestar (véase Anexo 5), tarjetas de emociones o una libreta donde el

paciente pueda consultar ideas preparadas previamente o anotar información relevante de la consulta médica, un recurso muy útil en personas que padecen esquizofrenia.

Establecimiento de rutinas comunicativas

Esta sesión está enfocada en construir una estructura lingüística sencilla y común que el paciente pueda utilizar en las consultas clínicas. Además, se introducirá por primera vez el uso de un sistema aumentativo de comunicación como; el tablero de comunicación o LetMeTalk durante las actividades para apoyar la expresión y comprensión.

Propuesta de actividad 1: Tarjetas de secuencias

- **Explicación:** El paciente ordena las tarjetas con imágenes y las explica de forma oral. El orden de las tarjetas es: llegar al hospital, esperar el turno, entrar a consulta, saludar al médico, explicar los síntomas, exploración médica, recetar tratamiento, despedirse y salir del hospital. En cada paso, el logopeda solicitará al paciente que exprese lo que él diría en cada una de estas situaciones, entrenando el desarrollo completo de una consulta clínica con ayuda del profesional.
Al finalizar la actividad, se repiten las estructuras clave como: “Buenos días doctor”, “Vengo porque...” “¿Cuándo tengo que volver?”.... El paciente debe escribir dichas oraciones en su libreta, con el objetivo de crear una plantilla de comunicación básica para sus futuras consultas clínicas.
- **Objetivos:** Interiorizar el orden lógico de una consulta clínica y crear guiones conversacionales que el paciente pueda usar como guía durante la consulta.
- **Material:** Libreta, bolígrafo y tarjetas o enlace al material digital. Véase Anexo 7.

Síntomas clínicos

En estas dos sesiones, se realizarán actividades en la consulta y en casa. Gracias a la entrevista inicial, el logopeda conocerá los términos que se deben abordar durante las actividades logopédicas para ofrecer una intervención personalizada. En el Anexo 6 se incluye una lista de síntomas clínicos frecuentes en pacientes con esquizofrenia, para identificar el léxico más adecuado con el que trabajar durante la intervención.

Propuesta de actividad 2 en consulta: Asociación síntoma clínico – percepción corporal.

- Explicación: El paciente debe indicar el síntoma que se representa en las imágenes y expresar de forma oral el tipo de malestar asociado. Por ejemplo, en una imagen donde se representa *una persona mareada* el paciente debe expresar que el malestar asociado es *sudoración, pérdida de equilibrio o visión borrosa*. El logopeda debe apoyar la expresión oral del paciente y realizar preguntas, para simular de forma indirecta una situación real de expresión de síntomas en una consulta sanitaria. Además, el léxico que se trabaje en esta actividad se puede relacionar con la búsqueda de pictogramas en el tablero de comunicación o en la aplicación LetMeTalk para favorecer la autonomía comunicativa del paciente.
- Objetivos: Identificar y expresar de forma oral la percepción corporal de síntomas clínicos. Organizar las ideas y construir frases coherentes.
- Material: Comunicador del paciente, tarjetas o imágenes reales de los síntomas clínicos o enlace a la actividad digital. Véase Anexo 7.

Propuesta de actividad 3 en casa: Mi diario de síntomas.

- Explicación: Día a día, el paciente realizará una autoobservación apuntando en su libreta los síntomas y el estado emocional que ha detectado en su cuerpo.
- Objetivos: Identificar los síntomas del día a día. Facilitar la expresión y el recuerdo de síntomas en una consulta clínica.
- Material: Libreta y bolígrafo.

Disciplinas sanitarias

Esta sesión se enfoca en utilizar el léxico de las profesiones sanitarias y comprender su actividad clínica. Al igual que en otras actividades, se presenta una lista categorizada en base a estos términos en el Anexo 8, con el fin de orientar el trabajo con el paciente.

Propuesta de actividad 4: Juego de parejas

- Explicación: Consiste en levantar de dos en dos las tarjetas de los profesionales sanitarios para encontrar sus parejas. Durante la búsqueda, el logopeda realizará

preguntas relacionadas con el profesional de la imagen como; ¿quién es? ¿Qué funciones tiene? ¿Cuándo acudimos a él? ...

- Objetivos: Ampliar el léxico de las disciplinas sanitarias. Comprender y expresar las funciones de los profesionales sanitarios. Fomentar la capacidad de atención.
- Material: Tarjetas del juego o enlace a la actividad digital. Véase Anexo 7.

Métodos de exploración

Estas sesiones se enfocan en conocer y comprender los métodos de exploración más comunes entre las disciplinas sanitarias. Se incorpora una lista en base a estos términos en el Anexo 8, con el objetivo de orientar el vocabulario a utilizar en las actividades.

Antes de iniciar las actividades, es aconsejable realizar una activación de conocimientos. Aunque lo ideal sería observar directamente los instrumentos y procedimientos, pueden utilizarse imágenes o videos como apoyo visual para facilitar su comprensión.

Propuesta de actividad 5: Completa la frase

- Explicación: Consiste en completar frases cotidianas que tanto el paciente como las personas de su alrededor pueden pronunciar, con el fin de conseguir una e
- Objetivos: Ampliar y comprender el léxico de los métodos de exploración clínicos. Estructurar frases gramaticalmente correctas. Asociar las profesiones sanitarias con sus métodos de exploración. Estimular la planificación lingüística.
- Material: Lápiz y fichas descargables o enlace al material digital. Véase Anexo 7.

Tratamiento e intervención

Al igual que en las sesiones anteriores, se centra en conocer y comprender las funciones de los tratamientos o intervenciones. Para orientar los términos a utilizar en estas sesiones, se adjunta una lista de los tratamientos y medicamentos principales.

Al igual que en las sesiones anteriores, antes de iniciar las actividades es aconsejable realizar una activación del léxico que se utilizará.

Propuesta de actividad 6: Mi medicación

- Explicación: El paciente debe explicar el tipo y motivo de medicación que consume y/o tratamientos que realiza actualmente. Para que el logopeda facilite la expresión oral, el paciente debe llevar a la sesión los medicamentos, recetas o informes aportados por el médico. Además, para aprovechar que se disponen de los medicamentos en forma física, se leerán las instrucciones y los efectos secundarios (reforzando los síntomas que se trabajaron en otras sesiones). Al ser una actividad de expresión oral fluente, es una actividad adecuada para trabajar la disminución del ritmo del habla.
- Objetivos: Conocer la medicación del paciente. Comprender el seguimiento de instrucciones médicas o recetas. Organizar el discurso de forma clara.
- Material: Medicación del paciente, recetas o informes aportados por el médico.

Consulta clínica

Esta sesión es imprescindible para generalizar y utilizar los conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores. Se integrarán los recursos de apoyo que se han utilizado durante la intervención: libretas, tablero de comunicación manual, comunicador digital...

Propuesta de actividad 7: Simulación de una consulta clínica

- Explicación: Consiste en realizar un role-playing entre logopeda-paciente simulando una consulta clínica entre médico-paciente. Es recomendable que la simulación se base en futuras citas médicas del paciente, con el fin conseguir una representación realista y fomentar la autoconfianza del paciente.
- Objetivos: Recrear un entorno comunicativo clínico real.
- Material: Recursos que se utilizan en una consulta clínica como; cita médica, instrumentos de exploración, una camilla, una bata que portará el logopeda...

En caso de detectarse dificultades de comprensión (a pesar de que esta capacidad se ha abordado durante las actividades de forma transversal), durante la simulación el logopeda realizará instrucciones de órdenes clínicas sencillas y habituales.

Resumen y finalización del programa

Al igual que se realiza el inicio y cierre de la sesión logopédica, es importante marcar el fin de la intervención para ayudar a los pacientes con esquizofrenia a estructurar el tiempo. El logopeda realizará un resumen de la intervención que cerrará esta sesión.

El objetivo es repasar los conocimientos aprendidos y reforzar los aspectos en los que cada paciente presente mayores dificultades. De esta forma, el logopeda aportará seguridad y potenciará la autonomía de la persona en sus futuras consultas clínicas.

Seguimiento

Esta sesión se realizará después de un mes de la intervención logopédica de forma presencial o telefónica, según el logopeda lo pauté. Con el objetivo de evaluar la evolución del paciente, se desarrollará una entrevista clínica de seguimiento, adherida en este documento en el Anexo 12. A partir de esta evaluación, el logopeda determinará el alta logopédica o la continuación de la intervención logopédica.

Para valorar la aplicabilidad del Programa de Intervención Logopédica FAASE, se ha incorporado en el Anexo 13 una evaluación dirigida a los logopedas responsables de su implementación, para identificar las fortalezas y áreas de mejora del programa.

5.2 Estrategias dirigidas al profesional sanitario para favorecer la comunicación con pacientes con esquizofrenia

En este apartado se indican estrategias logopédicas que pretenden conseguir una comunicación eficaz entre el médico y el paciente con esquizofrenia, con el objetivo de detectar las necesidades del paciente y ofrecer un tratamiento adecuado. Con relación a este contenido, se ha elaborado un folleto informativo con un enfoque visual destinado a su distribución en centros hospitalarios, como se muestra en el Anexo 11.

5.2.1 Simplificar y estructurar el lenguaje

Como se menciona en el marco teórico, estos pacientes suelen presentar una buena comprensión del lenguaje verbal que se ve reducida durante las situaciones de estrés, como en una consulta clínica. En consecuencia, se deben emplear oraciones sencillas, estructuradas y con un lenguaje accesible que beneficien la interpretación y retención de la información en personas con dificultades de procesamiento.

Por ejemplo. *En lugar de decir: “Realizaremos un análisis de sangre para evaluar los parámetros hematológicos y bioquímicos y detectar posibles alteraciones en tu estado de salud.” Decir: “Vamos a hacerte un análisis de sangre para ver cómo están tus niveles de salud.”*

5.2.2 Plantear preguntas de respuesta concreta

Formular preguntas cerradas contribuye en los pacientes con esquizofrenia a planificar un discurso oral reducido y coherente, evitando circunloquios en la medida de lo posible. Esta técnica está relacionada con la simplificación y estructuración del lenguaje mencionadas previamente, no obstante, se enfoca en favorecer la expresión oral en lugar de centrarse en la comprensión de la información.

Por ejemplo. *En lugar de decir: “¿Podrías explicarme como te has sentido esta última semana y que síntomas has notado?” Decir: “¿Has notado algún cambio cuando duermes?”*

5.2.3 Técnicas de apoyo narrativo

Una relación interpersonal centrada en el paciente proporciona una atmosfera ideal que mejora los resultados clínicos y la satisfacción (Lizarraga et al., 2001). Por ello, las técnicas de apoyo narrativo son estrategias útiles para obtener datos de calidad. Ayudan a que el paciente pueda sentirse aceptado y entendido y, por consiguiente, expresar de forma espontánea y organizada los pensamientos, emociones e ideas.

- **Escucha reflexiva.** Es una habilidad fundamental que trata de averiguar lo que intenta decir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones. Para ello, en los

pacientes con esquizofrenia se utilizarán las siguientes técnicas: *repetición de palabras* importantes que ayuden a simplificar el discurso, *refraseo* mediante palabras sinónimas que clarifiquen lo explicado, *parafraseo* para verificar lo que el profesional intuye mediante nuevas palabras y *señalamiento emocional* a través de frases que muestren sentimientos o emociones: “te veo un poco triste”. Los *silencios* son otra técnica de escucha reflexiva muy eficaz, aunque en estos pacientes se debe favorecer la facilitación de la comunicación mediante las estrategias nombradas.

- **Resumir.** Esta técnica es fundamental para clarificar y verificar la información captada. El profesional debe destacar lo más crucial que ha dicho el paciente de forma sencilla y simplificada con el objetivo de completar y averiguar los datos.
- **Reestructuración positiva.** Significa afirmar y apoyar al paciente, destacar sus aspectos positivos y recalcar lo dicho por él mediante comentarios y frases de comprensión. Sirve para rehabilitar su autoestima y el sentido de autoconfianza: “pareces una persona muy optimista” (Lizarraga et al., 2001).

5.2.4 Apoyos visuales y herramientas comunicativas

Algunos pacientes, entre ellos las personas con esquizofrenia, en ocasiones recurren a sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) como; tableros de comunicación o comunicadores digitales para expresarse. Los profesionales sanitarios deben comprender y facilitar el uso de este tipo de apoyos comunicativos.

Sin embargo, otros pacientes no recurren a estas herramientas por desconocimiento, decisión propia o incomprensión de su utilización. Es útil que los sanitarios cuenten con apoyos visuales como; tarjetas de emociones, escalas numéricas (véase el Anexo 5), o imágenes que anticipen los instrumentos de exploración que se utilizarán en consulta, entre otros. Estos materiales permiten comprender mejor la situación y dinámica de la consulta, colaborar de forma activa y comunicarse de forma eficaz con su médico.

Como herramientas comunicativas, el apoyo de la expresión oral con gestos y pausas permite al paciente procesar la información de forma efectiva. El uso de la entonación y el resalte de las ideas durante el discurso facilita la retención y comprensión del mensaje.

Además de estas estrategias, existen otros recursos complementarios que pueden contribuir a compensar las dificultades de expresión en pacientes con esquizofrenia.

5.2.5 Seguir un esquema de consulta predecible

Existe una estructura general de interacción médico-paciente durante una consulta clínica que obedece a las siguientes secciones: saludo inicial, evaluación y discusión del estado del paciente, discusión y prescripción del tratamiento y/o pruebas técnicas y por último, la despedida. Esta rutina facilitará a la persona con esquizofrenia a anticipar lo que va a suceder, reducir el estrés e incertidumbre que supone la consulta clínica, comprender y participar en las interacciones médico-paciente y conseguir una comunicación más efectiva (Valero-Garcés, 2008) .

5.2.6 Conocer el caso clínico del paciente

El profesional debe realizar una revisión del historial clínico del paciente antes de que este entre en consulta, para disponer de toda la información necesaria y poder comprender y abordar de forma fluida las interacciones con la persona con esquizofrenia. Es recomendable realizar un breve resumen del informe clínico del paciente para obtener información de forma rápida antes del comienzo de la consulta.

Para garantizar una atención efectiva e integral debe existir comunicación entre los distintos profesionales que atienden al paciente, ya que la esquizofrenia es una patología tratada por un equipo multidisciplinar.

5.2.7 Emplear un tono emocional empático

Gran parte de la efectividad de las intervenciones clínicas radica en el estilo emocional que emplea el profesional sanitario. Un estilo emocional basado en una actitud comprensiva, empática y compasiva es determinante en la motivación del paciente. Se expresa a través de interacciones verbales y no verbales o a través de características tan sutiles como el tono de voz, que han mostrado una fuerte asociación con el éxito terapéutico (Palma Sevillano et al., 2005).

6. DISCUSIÓN

Actualmente, existen diversos programas de intervención para personas con diagnóstico de esquizofrenia, que se enfocan en el desarrollo del metalenguaje y en aspectos pragmáticos de la comunicación, pero ninguno se centra en la atención sanitaria. A diferencia, el Programa de Intervención Logopédica FAASE pretende familiarizar al paciente con el entorno clínico y optimizar la eficacia de las interacciones comunicativas durante las visitas médicas. Además, esta propuesta se desarrolla de forma individual en contraste con otros programas, que en su mayoría presentan un carácter grupal.

Este enfoque presenta cierta semejanza a otros modelos de intervención previamente desarrollados en otras patologías como; la diabetes o el Trastorno del Espectro Autista (Boada & Parellada, 2017) (Alonzo-Castillo et al., 2024). Todos ellos, pretenden fomentar la autonomía de la persona en el ámbito clínico e intervenir como medida de prevención secundaria.

Dicho programa no solo destaca por su originalidad en comparación con otras intervenciones logopédicas, sino por su doble perspectiva: intervención logopédica directa con el paciente y formación indirecta del profesional sanitario en estrategias comunicativas para pacientes con esquizofrenia. Respecto a la actuación directa, tiene relevancia la multidisciplinariedad en las especialidades médicas más frecuentes para los pacientes con esquizofrenia. En cuanto a la intervención indirecta, es esencial realizar una formación del profesional sanitario, ya que la comunicación es bidireccional y muchos profesionales sanitarios reconocen no contar con las herramientas necesarias para atender de forma adecuada a un paciente con esquizofrenia (López Padilla, 2014). Con esta propuesta, se espera incrementar la adherencia terapéutica de los pacientes con esquizofrenia y contribuir a humanizar la atención sanitaria.

A pesar de los aportes de este trabajo, es importante considerar que el Programa de Intervención Logopédica FAASE no se ha puesto en práctica. Esta limitación implica que no se ha podido comprobar su eficacia y viabilidad en un contexto real, aunque la metodología de la intervención logopédica se fundamenta en la evidencia teórica.

De este modo, se plantea principalmente como futura línea de investigación la realización de un estudio piloto con el objetivo de validar el programa. El estudio piloto, podría establecerse en colaboración con la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), y en concreto aquí en Valladolid, en la Asociación El Puente. Otra propuesta también relevante, sería la creación de un plan de difusión futuro con el objetivo de dar a conocer dicho proyecto. La divulgación podría desarrollarse en distintos centros sanitarios o asociaciones mediante el reparto de folletos o trípticos expositivos, en colegios y medios profesionales y por medio del Proyecto Humanizas de la Universidad de Valladolid.

En conclusión, el Programa de Intervención logopédica FAASE busca fomentar la eficacia de la actividad del paciente con esquizofrenia dentro del sistema sanitario, lo cual tiene un valor clínico, ético y social.

7. CONCLUSIONES

Las conclusiones extraídas a partir de este Trabajo Final de Grado son las siguientes:

1. La esquizofrenia presenta alteraciones significativas en la comunicación, especialmente en los componentes semántico y pragmático del lenguaje, lo que dificulta la interacción médico-paciente en entornos clínicos.
2. El Programa de Intervención Logopédica FAASE puede contribuir a mejorar la comunicación y autonomía del paciente con esquizofrenia durante las consultas y procesos sanitarios.
3. Los profesionales sanitarios deben utilizar estrategias comunicativas para proporcionar una atención accesible, efectiva y empática en pacientes con esquizofrenia.
4. El uso de apoyos visuales o sistemas aumentativos y alternativos de comunicación puede facilitar la comprensión y expresión oral de los pacientes con esquizofrenia.
5. La formación y concienciación de los profesionales sanitarios sobre las alteraciones comunicativas y lingüísticas que conlleva la esquizofrenia es necesaria para humanizar el entorno clínico y ofrecer un tratamiento adecuado.
6. Es esencial ofrecer una atención clínica personalizada y adaptada a las necesidades y características del paciente, durante la intervención logopédica y consulta clínica.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonzo-Castillo, T., Lugo-Marín, J., Robles, M., Rossich, R., Gallego, L., González, M., Setién-Ramos, I., Martínez-Ramírez, M., Ramos-Quiroga, J. A., & Gisbert-Gustemps, L. (2024). Autism spectrum disorder: the impact of an online training strategy on the knowledge of the healthcare staff of a tertiary care hospital. *Revista de Neurologia*, 78(1), 1-7. <https://doi.org/10.33588/rn.7801.2023244>
- Andreasen, N. C., & Grove, W. M. (1986). *Thought, Language, and Communication in Schizophrenia: Diagnosis and Prognosis*. <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/12/3/348/1865944>
- Apiquián, R., Córdoba, R., Louza, M., & Fresán, A. (2013). Registro Electrónico de Adherencia al Tratamiento de Esquizofrenia en Latinoamérica (e-STAR): Resultados clínicos del uso de risperidona inyectable de liberación prolongada a dos años de seguimiento. *Salud Mental*, 36(1). <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2013.003>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5.a ed.).
- Boada, L., & Parellada, M. (2017). Ir al médico sin miedo: www.doctortea.org para la habituación al entorno médico de pacientes con autismo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.005>
- Bordás, C. S., & Sanclemente, M. P. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 30(2). [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(10\)70120-0](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(10)70120-0)
- Grice, P. (1989): *Studies in the Way of Words*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Hartopo, D., & Kalalo, R. T. (2022). Language disorder as a marker for schizophrenia. En *Asia-Pacific Psychiatry* (Vol. 14, Número 3). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/appy.12485>
- Jimeno Bulnes, N. (2019). *Promoción de la salud física en personas adultas con esquizofrenia: recomendaciones oficiales y comunicación médica*. Discurso de ingreso como Académica de Número de Natalia Jimeno Bulnes y contestación de

- Santiago Rodríguez García. Valladolid: Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid; 2019. 90 p. ISBN 978-84-09-16584-1. España. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338712832_PROMOCION_DE_LA_SALUD_FISICA_EN_PERSONAS_ADULTAS_CON_ESQUIZOFRENIA_RECOMENDACIONES_OFICIALES_Y_COMUNICACION_MEDICA
- Líceia Amador, A. G., Robles Saavedra, D., Díaz Garfía, C. X., & Juárez Chávez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11). <https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>
- Lizarraga, S., Ayarra, M., Lizarraga, S., & Zarraondo, C. /. (2001). Entrevista motivacional The motivational interview. En *ANALES Sis San Navarra* (Vol. 24, Número 2).
- López Padilla, B. (2014). *El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia = Communication with schizophrenia patients*. <http://www.aecs.es>.
- Palma Sevillano, C., Cebrià Andreu, J., Farriols Hernando, N., Cañete Crespillo, J., & Muñoz Seco, E. (2005). La intervención motivacional en el paciente esquizofrénico. En *Psiquis* (Vol. 26, Número 3).
- Ramos Pozón, S. (2015). Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 511-526. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352015000300005>
- Sadock, B. J. ., & Sadock, V. A. . (2011). *Kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatria Clinica*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Salavera Bordás, C. (2010). *Trabajando la prevención: habilidades comunicativas en personas con esquizofrenia. Conocer la enfermedad para trabajar desde la escuela*.
- Valero-Garcés, C. (2008). «La conversación de contacto» en contextos institucionales: la consulta médica. *Oralia: análisis del discurso oral*, 11, 107-131. <https://doi.org/10.25115/oralia.v11i.8231>

9. ANEXOS

Anexo 1. *Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).*

Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p.ej. disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- A. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- B. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presente de forma atenuada (p.j. creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- C. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o

depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.

- D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.j. una droga o un medicamento) o a otra afección médica.
- E. Si existen antecedentes de un trastorno autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presente durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si: Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: Remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva). Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 65–66).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual: La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.) Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Anexo 2. Entrevista logopédica inicial.

Entrevista basada en las dificultades comunicativas y experiencias en el entorno clínico de pacientes con esquizofrenia.

Datos personales del paciente

Nombre: _____ Apellidos: _____ Edad: _____

Teléfono de contacto: _____ Ocupación actual: _____

Fecha y edad de diagnóstico: _____ Medicación: _____

Enfermedades diagnosticadas: _____

Experiencia comunicativa durante las consultas clínicas:

1. ¿De qué forma te comunicas en tu día a día? ¿Y en una consulta clínica?

2. ¿Utilizas algún tipo de apoyo comunicativo? ¿Cuál?

3. ¿Te resulta difícil organizar lo que quieres decir?

4. ¿Te cuesta encontrar las palabras que quieres usar?

5. ¿Entiendes todo lo que te explican los médicos?

6. ¿Necesitas que te repitan las cosas los médicos?

7. ¿Hay palabras que no entiendes en las consultas?

Si	No	A veces
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

8. ¿Qué es lo que te resulta más difícil cuando hablas con los médicos?

9. ¿Qué te ayuda a comunicarte cuando hablas con un médico?

10. ¿Cómo te sientes cuando hablas con el personal sanitario?

Experiencia en el entorno clínico

1. ¿A qué hospital o centro vas habitualmente? ¿Cuántos años llevas acudiendo?

2. Cuando tienes una urgencia médica, ¿a qué hospital vas?

3. ¿Hay alguien que te acompañe a las consultas? ¿Por qué?

4. ¿Tienes alguna cita médica próximamente? ¿Cuál?

5. ¿A qué disciplinas sanitarias acudes con más frecuencia?

Opiniones y expectativas de la intervención

1. ¿Qué esperas de estas sesiones de logopedia?

Anexo 3. Tablero de comunicación para pacientes con esquizofrenia destinado a entornos clínicos.

Este material ha sido diseñado con pictogramas específicos del ámbito sanitario para facilitar la comunicación de pacientes con esquizofrenia en contextos sanitarios. Consiste en un comunicador físico imprimible que se puede adaptar y personalizar en función de las necesidades y el sexo del paciente.



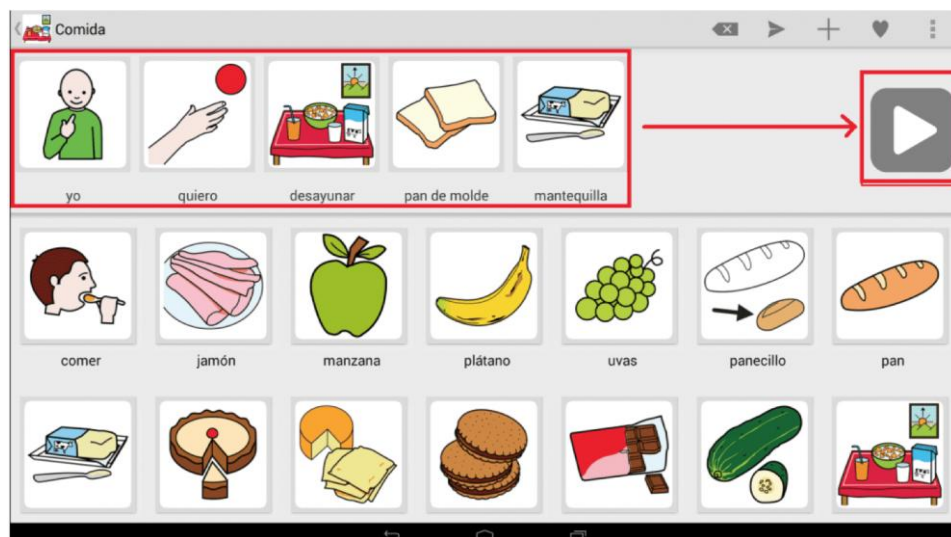
Acceso al material completo en el siguiente enlace público:

https://www.canva.com/design/DAGn-FdDZv4/CLl-QPfUoDyt0LEymknFDq/edit?utm_content=DAGn-FdDZv4&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Anexo 4. Aplicación *LetMeTalk*.

LetMeTalk es un comunicador gratuito multiplataforma disponible en IOS y Android. Su función principal es crear frases a través de la selección manual de pictogramas, que se transcriben en forma de voz para facilitar la comunicación de aquellas personas con dificultades. Permite clasificar el vocabulario por categorías, construir frases con una estructura morfosintáctica similar al lenguaje oral e incluir imágenes; tanto pictogramas como fotografías reales, lo que favorece la comprensión del usuario que utilice este comunicador, por ejemplo, añadiendo imágenes de sus familiares.

Generalmente, es un método más cómodo y eficaz que un tablero de comunicación físico, porque permite llevarlo en el dispositivo móvil y locutar los sonidos de la oración.



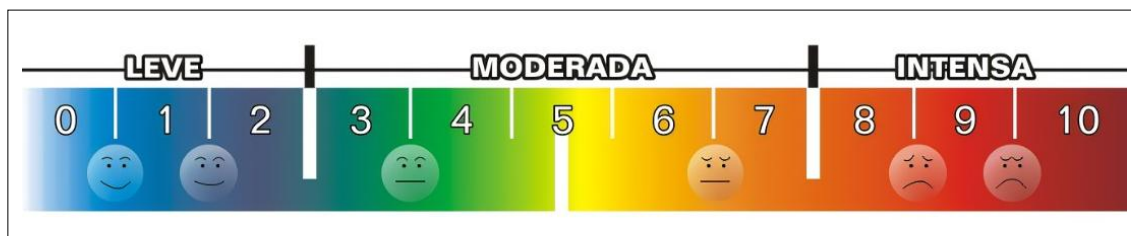
En el canal de YouTube de ARASAAC se encuentran 14 vídeos explicativos sobre el uso de esta aplicación. En ellos se muestra como descargar la aplicación, gestionar las categorías de imágenes, elaborar frases, cambiar el idioma, crear un perfil etc.

Puede acceder a los vídeos a través del siguiente enlace:

https://www.canva.com/design/DAGn-FdDZv4/CLPpfUoDyt0LEymknFDq/edit?utm_content=DAGn-FdDZv4&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Anexo 5. Escala visual analógica (EVA).

Permite a los pacientes con esquizofrenia indicar manualmente el grado de dolor o molestia relacionado con los síntomas tratados en consulta.



Anexo 6. Lista de síntomas clínicos.

Lista de términos basada en las disciplinas sanitarias más frecuentes en pacientes con esquizofrenia y sus síntomas clínicos más comunes.

Atención primaria

- Astenia
- Diabetes
- Diarrea / estreñimiento
- Dolor de garganta
- Fiebre
- Migraña
- Náuseas

Cardiología

- Desmayo / síncope
- Dolor en el pecho
- Mareo / vértigo
- Presión alta /baja
- Taquicardia / bradicardia

Endocrinología y nutrición

- Aumento / pérdida de peso
- Bajón de azúcar
- Cansancio
- Falta de apetito
- Hipo / hiperglucemia
- Hipo / hipertiroidismo
- Orinar con frecuencia
- Temblor

Neumología

- Dificultad para respirar

- Disnea
- Mocos / flemas
- Opresión en el pecho
- Silbido al respirar
- Tos seca / congestión nasal

Neurología

- Cefalea
- Convulsiones
- Hormigueo
- Mareo
- Me cuesta hablar / moverme
- Perder el equilibrio
- Temblores
- Visión borrosa / escotoma

Odontología

- Sarro
- Dolor de muelas (caries)
- Encías inflamadas
- Mal aliento
- Sensibilidad al frío / calor

Psiquiatría

- Alucinaciones auditivas / visuales
- Ansiedad / estrés
- Delirios
- Insomnio
- Nervios

Anexo 7. Material para el desarrollo de las actividades logopédicas.

A través de este enlace público, se puede acceder tanto a una versión descargable como digital de las actividades incluidas en la intervención. Estas actividades han sido diseñadas por la autora específicamente para este programa.

https://www.canva.com/design/DAGoKpXtdVo/KYMDBXWa6JL-HNO8gRyjdQ/edit?utm_content=DAGoKpXtdVo&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

No obstante, es fundamental recordar que los materiales deben ser creados y adaptados según las necesidades individuales de cada paciente, con el fin de garantizar una intervención personalizada y eficaz.

Anexo 8. Lista categorizada de disciplinas sanitarias que existen en España según el Ministerio de Sanidad.

Disciplinas médicas

- Alergología
- Aparato digestivo
- Cardiología
- Dermatología médico-quirúrgica y venereología
- Endocrinología y nutrición
- Geriatria
- Hematología y hemoterapia
- Medicina del trabajo
- Medicina familiar y comunitaria
- Medicina física y rehabilitación
- Medicina intensiva
- Medicina interna
- Medicina preventiva y salud pública
- Nefrología
- Neumología
- Neurofisiología clínica
- Oncología médica
- Pediatría y sus áreas específicas
- Psiquiatría
- Reumatología

Disciplinas quirúrgicas

- Angiología y cirugía vascular
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía general y aparato del digestivo
- Cirugía oral y maxilofacial

- Cirugía ortopédica y traumatología
- Cirugía pediátrica
- Cirugía plástica, estética y reparadora
- Cirugía torácica
- Ginecología y obstetricia
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Urología

Disciplinas no clínicas

- Anatomía patológica
- Anestesiología y reanimación
- Farmacología clínica
- Inmunología
- Medicina nuclear
- Oncología radioterapéutica
- Radiodiagnóstico

Disciplinas clínicas no médicas

- Dietética y nutrición humana
- Emergencias sanitarias
- Enfermería
- Fisioterapia
- Logopedia
- Optometría
- Podología
- Psicología
- Terapia ocupacional

Anexo 9. Lista de métodos de exploración.

Lista de términos basada en las disciplinas sanitarias más frecuentes en pacientes con esquizofrenia y sus principales métodos de exploración.

Atención primaria

- Análisis de sangre, orina y heces
- Auscultación
- Exploración mamaria
- Medición de la tensión arterial
- Pesar y medir
- Pruebas de alergia
- Tacto rectal

Cardiología

- Ecocardiograma
- Electrocardiograma (EEC)
- Holter cardiaco
- Medición de la presión arterial
- Pulsioximetría

Endocrinología y nutrición

- Análisis de sangre
- Control de la diabetes
- Índice de masa corporal (IMC)
- Medición del perímetro abdominal

Neumología

- Espirometría
- Gasometría arterial
- Pruebas de alergia respiratoria

- Pulsioximetría
- Radiografía de tórax
- Tomografía torácica
- Audiometría

Neurología

- Electroencefalograma (EEG)
- Electromiografía (EMG)
- Exploración de reflejos
- Potenciales evocados
- Resonancia magnética cerebral
- Tomografía axial computarizada (TAC)

Odontología

- Exploración bucodental
- Impresión dental
- Ortopantomografía
- Pruebas de oclusión
- Radiología dental

Psiquiatría

- Análisis de sangre
- Electroencefalograma (EEG)
- Escalas clínicas como un test de memoria o atención
- Análisis de sangre, orina y heces

Anexo 10. Lista de tratamientos y medicamentos.

Lista de términos basada en las disciplinas sanitarias más frecuentes en pacientes con esquizofrenia y sus tratamientos y medicamentos más comunes. Entre paréntesis se incluye un ejemplo, aunque el logopeda adaptará el léxico según la medicación del paciente que conocerá gracias a la entrevista logopédica inicial.

Atención primaria

- Analgésicos (ibuprofeno)
- Antibióticos (amoxicilina)
- Vacunas (gripe A)
- Vendaje

Cardiología

- Anticoagulantes (sintrom)
- Antihipertensivos (losartán)
- Betabloqueantes (bisoprolol)
- Cateterismo cardiaco
- Diuréticos (furosemida)
- Marcapasos

Endocrinología y nutrición

- Antidiabéticos orales
- Dieta nutricional
- Hormonas tiroideas (levotiroxina)
- Insulina
- Vitaminas y suplementos (Vitamina D, calcio, hierro...)

Neumología

- Antibióticos (amoxicilina)
- Corticoides inhalados o en pastilla
- Ejercicios respiratorios

- Fisioterapia
- Inhaladores
- Oxigenoterapia

Neurología

- Antiepilépticos (carbamazepina)
- Medicamentos para migraña (sumatriptán)
- Relajantes musculares (baclofeno)

Odontología

- Anestesia local
- Brackets y férulas de descarga
- Empastes
- Endodoncia
- Enjuagues con clorhexidina
- Extracciones
- Limpieza dental
- Prótesis dentales

Psiquiatría

- Ansiolíticos (diazepam)
- Antidepresivos (fluoxetina)
- Antipsicóticos (risperidona)
- Psicoterapia
- Rehabilitación psicosocial
- Terapia ocupacional

Anexo 11. Folleto informativo para difundir en centros clínicos dirigido a profesionales sanitarios. Estrategias para favorecer la comunicación en pacientes con esquizofrenia.



Acceso al material completo en el siguiente enlace público:

https://www.canva.com/design/DAGnJ MOHPc/IRVmMbSHLwqGh-ddqplizQ/edit?utm_content=DAGnJ MOHPc&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Anexo 12. Entrevista logopédica de seguimiento.

Entrevista basada en la experiencia en el entorno clínico de pacientes con esquizofrenia tras recibir el programa de intervención logopédica.

Datos personales del paciente

Nombre: _____ Apellidos: _____ Edad: _____

Teléfono de contacto: _____ Ocupación actual: _____

Fecha y edad de diagnóstico: _____ Medicación: _____

Enfermedades diagnosticadas: _____

Experiencia comunicativa durante las consultas clínicas:

1. En este mes, ¿de qué forma te has comunicado en tu día a día? ¿Y en las consultas?

2. En este mes, ¿has utilizado algún tipo de apoyo comunicativo? ¿Cuál?

3. ¿Qué dificultades observas cuando lo utilizas? ¿Y beneficios?

4. ¿Te resulta difícil organizar lo que quieres decir?

5. ¿Te cuesta encontrar las palabras que quieres usar?

6. ¿Entiendes todo lo que te explican los médicos?

7. ¿Necesitas que te repitan las cosas los médicos?

8. ¿Hay palabras que no entiendes en las consultas?

Si	No	A veces

9. En este mes, ¿has tenido alguna dificultad para comunicarte con los médicos?

10. ¿Cómo te sientes ahora cuando hablas con el personal sanitario?

Autonomía en el entorno clínico

1. ¿Sigues acudiendo al mismo centro sanitario? ¿A cuál?

2. Este último mes, ¿te ha acompañado alguien a las consultas? ¿Por qué?

3. ¿Tienes alguna cita médica próximamente? ¿Cuál?

4. ¿Qué medicamentos tomas actualmente?

Percepción del paciente de la intervención logopédica

1. ¿Has notado algún cambio ya sea positivo o negativo tras la intervención?

2. ¿Sientes que expresas mejor lo que quieres decir a los médicos ahora que antes?

3. ¿Crees que los médicos o las personas de tu alrededor te entienden mejor ahora?

4. ¿Has utilizado alguna estrategia de las que practicamos en sesión? ¿Te han resultado útiles?

Evaluación del Programa de Intervención Logopédica FAASE

1. ¿Qué es lo que más te ha gustado de la intervención?

2. ¿Hay algo que no te haya gustado o te haya resultado poco útil?

3. ¿Qué actividades te han resultado más útiles o interesantes? ¿Y cuáles menos?

4. ¿Qué cambiarías o añadirías a la intervención para sea más efectiva?

Anexo 13. *Encuesta de satisfacción del Programa de Intervención Logopédica FAASE dirigido a logopedas.*

Esta herramienta es un recurso público y anónimo, diseñado para evaluar la aplicabilidad del Programa de Intervención FAASE. Está dirigida a los logopedas encargados de implementar dicho programa.

El objetivo de esta encuesta es recopilar opiniones profesionales que permitan mejorar el programa. Como beneficio adicional, las respuestas proporcionadas por otros profesionales estarán disponibles públicamente a través del segundo enlace, fomentando la colaboración y el intercambio de experiencias entre logopedas.

- Acceso a la encuesta en el siguiente enlace: <https://forms.gle/hCT77P77m8Yohvv17>
- Acceso a los resultados públicos de la encuesta:
<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1nBXStcC9xrRe828Wq6LLm2ZRRN0-yJoNCvtpP9vw-gc/edit?usp=sharing>