



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN LOGOPEDIA



Psicopatología del lenguaje en la esquizofrenia.

Autora: María Ortega Ibáñez

Tutora: Alba Ayuso Lanchares

CURSO 2022/2023

Índice

Resumen / Abstract	2
Justificación del TFG	3
Integración de competencias y contenidos trabajados	4
Marco teórico	6
Esquizofrenia.....	6
Sintomatología.....	7
Criterios diagnósticos del DSM-5.....	9
El lenguaje en la esquizofrenia	10
Metodología	11
Tipo y enfoque de la investigación	11
Participantes	11
Criterios.....	12
Criterios de inclusión.....	12
Criterios de exclusión.....	13
Técnicas de recogida de datos e instrumentos	13
Escala para la evaluación del pensamiento, el lenguaje y la comunicación o TLC (Andreasen, 1986).....	13
Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores o Neurobel (Adrián et al., 2015)	15
Procedimiento.....	16
Resultados	16
Discusión.....	21
Conclusiones.....	23
Referencias bibliográficas.....	25

1. RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico con consecuencias sociales y económicas que aparece en la juventud (entre los 24-27 años de media), perdura a lo largo de la vida y su prevalencia e incidencia es ligeramente mayor en hombres que en mujeres. Esta patología puede presentar síntomas positivos y negativos que afectan al lenguaje de las personas que la padecen; por ejemplo, el DSM-5 establece una serie de criterios que incluyen, entre otros dentro del lenguaje, el discurso desorganizado, con una duración mínima de 6 meses, incluyendo otros síntomas. Los trastornos del lenguaje son diversos según diferentes estudios y autores, pero los más mencionados son la pobreza de discurso y contenido, la tangencialidad y la ilogicidad. En esta investigación participan de forma voluntaria 22 pacientes ingresados en el Complejo Asistencial de Hermanas Hospitalarias y que están diagnosticados de esquizofrenia; estos participantes son evaluados con dos pruebas: el Neurobel y la escala TLC. Los resultados principales muestran una mayor alteración de la comprensión que de la expresión, observando una mayor incidencia del trastorno positivo o discurso desorganizado, tal y como indica el DSM-5. También presentan mayores dificultades en la continuación y comprensión de oraciones y mayor puntuación en falta de lógica, pobreza de contenido y descarrilamiento. Como conclusión, los participantes presentan mayor alteración de comprensión, pero con altas puntuaciones en alteraciones expresivas; además, se ve afectada de forma más significativa el área del pensamiento, además de la comunicación y el lenguaje.

PALABRAS CLAVE: esquizofrenia, lenguaje, comprensión, expresión.

ABSTRACT:

Schizophrenia is a psychiatric disorder with social and economic consequences that appears in youth (between 24-27 years of age on average), endures throughout life and its prevalence and incidence is slightly higher on men than on women. This pathology can present positive and negative symptoms that affect the language of the people who suffer from it; for example, the DSM-5 establishes a series of criteria that include, among others in the language, disorganized speech, with a minimum duration of 6 months, including other symptoms. Language disorders are diverse according to different studies and authors, but the most frequently mentioned are poor speech and content, tangentiality and illogicality. In this

research, 22 patients entered to the Hermanas Hospitalarias Health Care Complex and diagnosed with schizophrenia voluntarily participate; these participants are evaluated with two tests: Neurobel and TLC scale. The main results show a greater alteration in comprehension than in expression, with a higher incidence of positive disorder or disorganized speech, as indicated by the DSM-5. They also present greater difficulties in the continuation and comprehension of sentences and higher scores in illogicality, poor content and derailment. In conclusion, the participants present further alteration of comprehension, but with high scores in expressive alterations; moreover, the area of thinking is more significantly affected, together with communication and language.

KEY WORDS: schizophrenia, language, comprehension, expression.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TFG.

La elección del tema de este TFG viene, de un comienzo, por la realización del Practicum III en el Centro Sociosanitario de Hermanas Hospitalarias de Palencia, teniendo un estrecho contacto con pacientes diagnosticados de esquizofrenia y con el grupo de investigación de dicho centro, con el que además se ha colaborado.

Durante este periodo de observación y evaluación de pacientes con esquizofrenia, comenzó a surgir la incógnita de cómo serían diseñadas las sesiones de intervención logopédica con pacientes que, claramente, tienen alteraciones del lenguaje expresivo y comprensivo. Bajo esta primera incógnita, surgió la que da forma a este TFG: “¿Qué alteraciones presentan en mayor medida los pacientes con esquizofrenia?”.

Antes de pensar siquiera en cómo sería una intervención con estos pacientes, independientemente de la alteración que se trate en ese momento, se debe conocer cuáles son sus alteraciones, limitaciones y necesidades de base (las que son debidas a la esquizofrenia). De ahí que este TFG tenga como objetivo la descripción de las características del lenguaje oral y escrito de los participantes que han colaborado con este estudio, todos ellos con el mismo diagnóstico. Así, para un futuro, se podrán emplear estas características generales para pensar en cómo sería una intervención logopédica.

3. INTEGRACIÓN DE COMPETENCIAS Y CONTENIDOS TRABAJADOS

Las competencias reflejadas en el Plan de Estudios del Grado de Logopedia se distribuyen en tres tipos: Competencias Generales (CG), Competencias Específicas (CE) y Competencias Transversales (CT).

- *CG3. Usar las técnicas e instrumentos de exploración propios de la profesión y registrar, sintetizar e interpretar los datos aportados integrándolos en el conjunto de la información.*

La base de este TFG está en los resultados obtenidos a partir de instrumentos de evaluación específicos, que son el TLC y el Neurobel.

- *CG9. Comprender y valorar las producciones científicas que sustentan el desarrollo profesional del logopeda.*
- *CG13. Conocer y ser capaz de integrar los fundamentos biológicos (anatomía y fisiología), psicológicos (procesos y desarrollo evolutivo), lingüísticos y pedagógicos de la intervención logopédica en la comunicación, el lenguaje, el habla, la audición, la voz y las funciones orales no verbales.*

- *CE13.2. Conocer e integrar los fundamentos psicológicos de la Logopedia: el desarrollo del lenguaje, el desarrollo psicológico, la Neuropsicología del lenguaje, los procesos básicos y la Psicolingüística.*

Para poder establecer lo patológico es preciso conocer el estado psicológico de los participantes y las alteraciones del lenguaje más frecuentes.

- *CE13.3. Conocer e integrar los fundamentos lingüísticos de la Logopedia: Fonética y fonología, morfosintaxis, semántica, pragmática, sociolingüística y análisis del discurso y la comunicación.*

Se deben conocer las áreas generales del lenguaje para averiguar en cuales de ellas presentan más alteraciones los participantes.

- *CE13.5. Conocer e integrar los fundamentos metodológicos para la investigación en Logopedia.*

- *CG14. Conocer los trastornos de la comunicación, el lenguaje, el habla, la audición, la voz y las funciones orales no verbales.*
 - *CE14.1. Conocer la clasificación, la terminología y la descripción de los trastornos de la comunicación, el lenguaje, el habla, la voz y la audición y las funciones orales no verbales.*
 - *CE14.2. Conocer, reconocer y discriminar entre la variedad de las alteraciones.*
- *CG15. Conocer y valorar de forma crítica las técnicas y los instrumentos de evaluación y diagnóstico en Logopedia, y procedimientos de la intervención logopédica.*

Es preciso conocer las pruebas empleadas, así como la interpretación de sus resultados para poder realizar una investigación basada en dichos datos.

- *CG16. Conocer y valorar de forma crítica la terminología y la metodología propias de la investigación logopédica.*
- *CT1. Debe ser capaz de observar y escuchar activamente.*
- *CT2. Motivación por la calidad de la actuación.*
- *CT3. Tomar decisiones y asumir la responsabilidad de dicha decisión.*
- *CT4. Trabajo en equipo.*
- *CT5. Compromiso ético.*
- *CT6. Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinario.*
- *CT9. Habilidad en las relaciones interpersonales.*
- *CT10. Capacidad de organización y planificación.*
- *CT11. Adaptación a nuevas situaciones.*
- *CT12. Resolución de problemas.*
- *CT13. Razonamiento crítico.*
- *CT14. Capacidad de análisis y síntesis.*
- *CT18. Gestionar la relación con el otro.*

- CT22. *Adecuada producción del habla, estructuración del lenguaje y calidad de la voz.*

4. MARCO TEÓRICO.

Este Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene el propósito de describir el lenguaje en una muestra de pacientes con esquizofrenia, por lo que se va a hablar en este primer apartado de qué es la esquizofrenia y la sintomatología que puede presentar, los criterios actuales del DSM-5 para establecer este diagnóstico y las alteraciones del lenguaje que suelen tener estos pacientes.

4.1. Esquizofrenia.

Son varias las definiciones de la esquizofrenia debido a los numerosos estudios que hay, Petkari (2010), explica:

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que normalmente aparece en la juventud o en la adolescencia y que afecta a la persona durante todo el curso de su vida. Por su gravedad y por ser uno de los trastornos mentales que más discapacidad provoca, se considera un problema importante con consecuencias sociales y económicas. Y esto porque requiere cuidados constantes tanto por parte de la familia de la persona como por parte de los servicios de la salud mental y de la sociedad. (p. 1).

Alanen (2003) especifica que la sintomatología de este trastorno puede aparecer de manera repentina en el sujeto o de forma gradual, pudiendo mejorar o volverse crónico en diferentes grados. La esquizofrenia se caracteriza por la alteración de la personalidad, la regresión del desarrollo, la tendencia al aislamiento y al repliegue a un mundo interno con alucinaciones y/o delirios. En línea con las alucinaciones y los delirios, el DSM-5 (2013) incluye dentro la aparición de intereses y creencias atípicas.

Ayuso-Mateos et al. (2006), realizaron un estudio para calcular la prevalencia (tasa de incidencia, tasa de remisión y tasa de letalidad o relativa mortalidad) de la esquizofrenia en España basado en datos de incidencia con un modelo MIP. Obteniendo como datos los reflejados en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos demográficos en España.

Prevalencia media	Hombres	3'0 por 1000 habitantes/año
	Mujeres	2'86 por 1000 habitantes/año
Edad de inicio	Hombres	24'04 años
	Mujeres	27 años
Incidencia	Hombres	0'84 por 10.000 habitantes habitantes/año
	Mujeres	0'80 por 10.000 habitantes/año
Tasa de remisión (excepto para grupos de edad de 0-4)		10 por 1000
Tasa de relativa mortalidad (excepto para grupos de edad de 0-4 y 5-14)		10 por 1000

Fuente: Elaborado a partir de Ayuso-Mateos et al. (2006).

4.2. Sintomatología.

El Servicio Murciano de Salud (2010), explica que las manifestaciones principales de la esquizofrenia son las alteraciones de: la percepción, la ideación, la comprobación la realidad, los procesos de pensamiento, los sentimientos, la atención, la concentración, la motivación y el juicio. Los síntomas, podemos dividirlos en tres categorías:

- Síntomas positivos: los delirios y las alucinaciones.
- Síntomas negativos: el afecto aplanado, la alogia, la abulia y el déficit de atención.
- Desorganización: trastornos del pensamiento con habla y conducta desorganizada, y falta de atención.

Los síntomas negativos y los déficits son de vital importancia para la rehabilitación, ya que afectan al rendimiento, a las relaciones y a las emociones (Servicio Murciano de Salud, 2010).

Tabla 2. Características de la esquizofrenia.

Síntomas	Conducta Observable
Positivos:	
<ul style="list-style-type: none">• Autorreferencialidad.• Ideas delirantes.• Alucinaciones auditivas y visuales.• Trastornos del curso del lenguaje.• Aislamiento afectivo parcial.	<ul style="list-style-type: none">• Susplicacia.• Vigilante o temeroso.• Desconfiado.• Aislamiento.• Habla para sí.
Negativos:	
<ul style="list-style-type: none">• Restricción afectiva total o casi total.• Aplanamiento afectivo.• Desinterés por las relaciones sociales.• Apatía.• Abulia.• Descuido personal.• Alogia.• Pensamiento concreto.	<ul style="list-style-type: none">• Humor poco variable o carente.• Cara poco expresiva.• Aislamiento.• Inactividad.• Falta de higiene.• Inactividad.• Falta de higiene.• Discurso vacío y sin contenido claro.• Incapacidad para la abstracción.

Fuente: Pelayo-González (2013).

En función de la sintomatología, la esquizofrenia se puede clasificar en dos tipos (Padín, 2012):

- Esquizofrenia Tipo I: destacan los síntomas positivos debido a la hiperactividad del neurotransmisor de la dopamina en las regiones subcorticales.
- Esquizofrenia Tipo II: al contrario que en el Tipo I, hay una predominación de la sintomatología negativa por un descenso de la dopamina en las regiones frontales.

4.3. Criterios diagnósticos del DSM-5.

Para poder hacer un diagnóstico de esquizofrenia, el DSM-5 (2013, p.99) establece una serie de criterios que deben cumplirse:

- A. Presentar dos o más de los siguientes síntomas durante un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito). Uno de estos síntomas, debe ser siempre uno de los tres primeros:
 - 1. Delirios.
 - 2. Alucinaciones.
 - 3. Discurso desorganizado.
 - 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 - 5. Síntomas negativos (abulia).
- B. Desde el inicio del trastorno, debe haber un declive en el nivel del funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal.
- C. Los signos continuos del trastorno persisten un mínimo de seis meses. Este período incluye al menos un mes de síntomas del Criterio A y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos se pueden manifestar por síntomas negativos o por dos o más síntomas del Criterio A de forma atenuada.
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.
- E. El trastorno no se puede atribuir al consumo de sustancias u otra afección médica.
- F. Si hay antecedentes de un trastorno del espectro autista o un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico de esquizofrenia solamente se hace si los delirios o alucinaciones y otros síntomas requeridos, están presentes un mes como mínimo o menos si se trató con éxito.

4.4. El lenguaje en la esquizofrenia.

La esquizofrenia presenta una desorganización del pensamiento que se ve reflejada también en el lenguaje, además de presentar un enlentecimiento en el mismo. El paciente también podrá presentar como síntoma negativo la alogia, una alteración en la forma y contenido del pensamiento; esto dará lugar a un lenguaje empobrecido, con un discurso vacío y sin un contenido claro (Tabla 2) (Pelayo-González, 2013). También se destaca la catafasia, un término por el cual “se señala la supresión de las funciones del habla tanto en los estados excitados como en los inhibidos” (Leonhard, 1997).

El estudio realizado por Cuesta y Peralta (1993) en pacientes esquizofrénicos, esquizofreniformes y esquizoafectivos, indicó que los pacientes con esquizofrenia tenían puntuaciones altas en la pobreza del discurso y pobreza de contenido, tangencialidad, ilogicidad, circunstancialidad y bloqueo.

En otro estudio realizado con una muestra de 55 pacientes con esquizofrenia por González-Pablos et al. (2022), se encontró que la mayor alteración del lenguaje es la pobreza del habla y pérdida de la finalidad, seguido de circunstancialidad, pobreza de contenido, tangencialidad, descarrilamiento, falta de lógica y, por último, incoherencia.

Gavilán-Ibáñez (2011) explora el nivel comprensivo de los pacientes con esquizofrenia, llegando a la conclusión de que tiende a la normalidad en niveles elementales, pero que se muestra gravemente afectado cuando se incluye en el mensaje el lenguaje figurado (nivel semántico-pragmático).

Por último, Lázaro-García (2014) organiza las alteraciones en su estudio en tres categorías, con las alteraciones presentadas en sus participantes de mayor a menor:

- Trastornos de la Comunicación: perseveración (85.71%), tangencialidad (85.71%), descarrilamiento (71.43%), autorreferencia (71.43%), circunstancialidad (71.43%), pérdida de meta (57.14%), presión del habla (42.85%), ecolalia (35.71%), bloqueo (28%), pobreza del habla (21.43%) y distraibilidad (14.28%).
- Trastornos del lenguaje: neologismos (21.4%), parafasias semánticas (21.4%), incoherencia (21.43%) y parafasias fonémicas (14.28%).

- Trastornos del pensamiento: falta de lógica (28.57%) y pobreza en el contenido del lenguaje (42.85%).

5. METODOLOGÍA.

5.1. Tipo y enfoque de la investigación.

Esta investigación se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio realizado en el Complejo Asistencial de Hermanas Hospitalarias de Palencia. El CEIM del área de salud de Palencia en su sesión del 26 de noviembre verificó la investigación con el Nº Registro: 2020/029 (Anexo I).

Esta investigación es no experimental, transeccional, descriptiva y con un enfoque cualitativo (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020). En función de las variables es no experimental, ya que no se interfiere sobre las variables y solamente se observa y recopila datos. Según el objetivo es transeccional y descriptiva, ya que se evalúa en un momento determinado y no a lo largo del tiempo, y porque pretende recopilar las características del lenguaje en pacientes de una población determinada, en este caso, en pacientes con esquizofrenia.

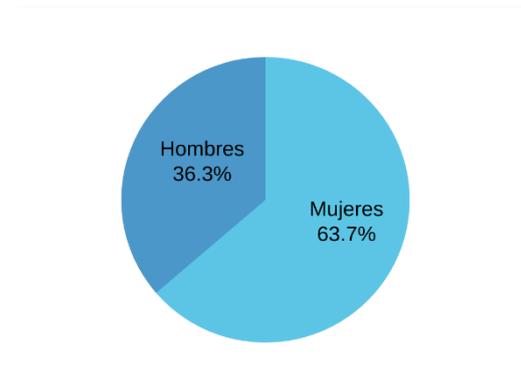
Por último, según los datos usados, es cuantitativo porque recoge y tiene en cuenta los datos obtenidos a partir de las pruebas TLC y Neurobel con el fin de describir y explicar los fenómenos observados durante la evaluación de los pacientes.

5.2. Participantes.

Un total de 33 pacientes cumplen los criterios de inclusión; pero tras aplicar los criterios de exclusión se obtuvo un total de 22 participantes.

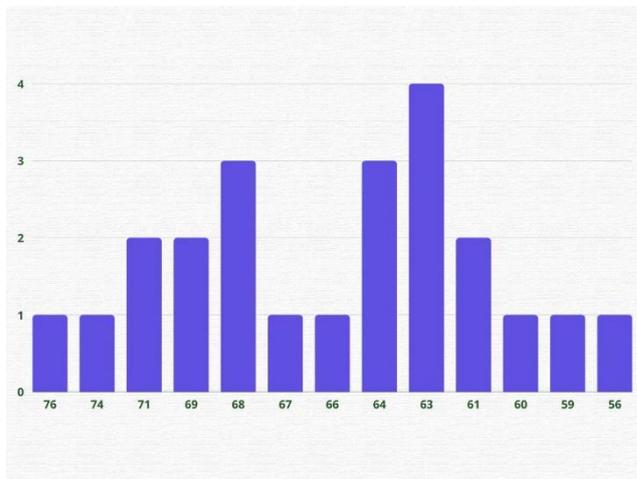
De los que participaron en la investigación, 14 eran mujeres (63.7%) y 8 hombres (36.3%) con edades comprendidas entre los 56 y 76 años. La edad media de la muestra es de 65 años ($x=65.56$), y la desviación típica sería 4.84.

Figura 1. Género de los participantes.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Distribución por edades.



Fuente: Elaboración propia.

5.3. Criterios.

5.3.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes ingresados en el Complejo Asistencial de Hermanas Hospitalarias.
- Pacientes diagnosticados con Esquizofrenia.
- Pacientes que ya hayan colaborado en el estudio previo del centro.
- Pacientes que muestren cooperación.

- Pacientes que hayan accedido a firmar el consentimiento informado. En caso de incapacidad legal, aquellos cuyo tutor legal haya firmado dicho consentimiento.

5.3.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes diagnosticados con Esquizofrenia pero que no forman parte del Complejo Asistencial de Hermanas Hospitalarias (o viceversa).
- Falta de cooperación.
- Falta de autorización y/o consentimiento informado.

5.4. Técnicas de recogida de datos e instrumentos.

5.4.1. Escala para la evaluación del pensamiento, el lenguaje y la comunicación o TLC (Andreasen, 1986).

La escala para la evaluación del pensamiento, el lenguaje y la comunicación (TLC) está compuesta por varios trastornos de la comunicación que son evaluados en función de su existencia y frecuencia durante las conversaciones con el paciente a evaluar a través de un sistema numérico del 0 al 4, siendo 0 la ausencia del trastorno y el 4 la presencia del trastorno de forma extrema. Aunque la escala original de Andreasen (1986) cuenta con varios ítems, solamente se evalúan aquellos que se ha visto que son más frecuentes en el estudio de Cuesta y Peralta (1993):

- Pobreza del contenido: uso de un lenguaje vago, estereotipado, abstracto... que transmite poca información independientemente de lo largas que sean las estructuras sintácticas empleadas.
- Tangencialidad: responder a preguntas de forma irrelevante, pudiendo no tener nada que ver la respuesta proporcionada con la pregunta original.
- Descarrilamiento: desvío durante el discurso espontáneo de una idea original a otra que puede, o no, estar relacionada.
- Incoherencia: uso de un discurso incomprensible debido a diversos mecanismos que pueden darse de forma simultánea o independiente.

- Falta de lógica: el paciente llega a conclusiones que carecen de lógica y que no están justificadas.
- Neologismos: formación de nuevas palabras de las que solamente el usuario conoce su significado.
- Perseveración: repetición continua de palabras, ideas o temas.

La evaluación del TLC se lleva a cabo gracias a la entrevista PRESEEA (Moreno-Fernández, 2021), que tiene una serie de características concretas en diferentes contextos. Esta entrevista abarca los siguientes temas en el siguiente orden: saludo, tiempo, lugar donde vive, familia y amistad, costumbres, peligro de muerte, anécdotas importantes en la vida, deseo de mejora económica y final.

Para valorar los resultados totales obtenidos, se ha establecido la siguiente clasificación en función del nº de ítems (7) y la máxima puntuación obtenida en total (28): Ausencia de afectación (puntuación 0); Afectación leve (puntuación entre 1-7); Afectación moderada (puntuación entre 8-14); Afectación severa (puntuación entre 15-21); Afectación extrema (puntuación entre 22-28).

La escala TLC divide los síntomas evaluados en negativos y positivos. El trastorno negativo está ligado a la pobreza de contenido, en el que el lenguaje “tiende a ser vago, a menudo demasiado abstracto o concreto, repetitivo y estereotipado” (Andreasen, 1986, p. 475). Por otro lado, el trastorno positivo (habla desconectada o discurso desorganizado) está relacionado con alteraciones del lenguaje como la tangencialidad, la incoherencia, el descarrilamiento... (Andreasen, 1982; González-Pablos, 2023).

5.4.2. Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores o Neurobel (Adrián et al., 2015).

El Neurobel es una prueba de screening para valorar los principales procesos implicados en el lenguaje oral. Con una duración aproximada de 20 minutos, esta técnica de sondeo presenta ocho subpruebas, de las cuales cuatro evalúan la comprensión y las otras cuatro la expresión del lenguaje, estando organizado de la siguiente forma:

A. Comprensión:

- I. Discriminación de fonemas.
- II. Decisión léxica auditiva.
- III. Emparejamiento palabra oral – dibujo.
- IV. Comprensión de oraciones.

B. Expresión:

- I. Repetición.
- II. Denominación de dibujos.
- III. Denominación de acciones.
- IV. Completar oraciones.

Durante la evaluación con esta prueba, se le da al paciente las instrucciones y un ejemplo para ayudarle a comprender la tarea. Una vez que el paciente comprende el ejercicio, se pone en marcha un cronómetro y se apuntan los resultados y tiempo de cada una de las tareas llevadas a cabo por bloques (por un lado, la comprensión y, por otro lado, la expresión). Las puntuaciones obtenidas son directas y tienen un total de 100 (48 puntos de expresión y 52 puntos de comprensión).

Para la valoración de los datos obtenidos en este estudio, se ha tenido en cuenta el capítulo de “Análisis y Aplicación de la Batería Neurobel” de Enrique González (2022), donde una puntuación del 74% indica una afectación leve de la comprensión y/o expresión del lenguaje y con una puntuación del 67% indica una afectación moderada de la misma.

5.5. Procedimiento.

La evaluación de estos pacientes se llevó a cabo entre los meses de julio y agosto. En primer lugar, se realizó una presentación del evaluador, qué era lo que se iba a hacer y con qué objetivo, procurando en todo momento establecer un clima cálido en el que el paciente tuviera la suficiente confianza para realizar todas las preguntas que considerara oportunas y dejando claro que podía abandonar el estudio en cualquier momento, ya que no estaba obligado.

Una vez que los pacientes firmaron los consentimientos informados, se comenzó el proceso de evaluación, que tenía una duración de una hora y media aproximadamente. En la mayoría de los casos, los pacientes no eran capaces de permanecer mucho tiempo sentados o concentrados en la tarea, por lo que se intentaba alternar las pruebas o, en caso de que aun así se fatigaran, se realizaba la mitad de la evaluación y la otra mitad al día siguiente.

Aunque son varias las pruebas llevadas a cabo, para este estudio solo se han empleado los resultados del TLC y del Neurobel, como ya se ha explicado anteriormente.

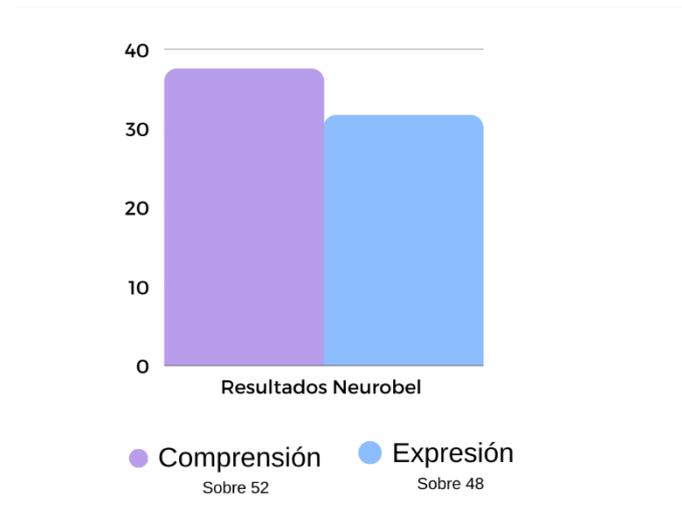
6. RESULTADOS.

Los resultados aportados por la investigación nos proporcionan información sobre la expresión y comprensión del lenguaje (Figura 5) que tienen los pacientes con esquizofrenia.

El Neurobel arroja como resultados una mayor dificultad a nivel expresivo que comprensivo, con 16.39 puntos por debajo de lo establecido, mientras que, a nivel comprensivo, solo están 13.57 puntos por debajo que, aunque muestra también una ligera dificultad comprensiva a nivel general, no es tan pronunciada como la alteración expresiva general.

Por lo tanto, teniendo en cuenta el estudio de González-Martín (2022), se considera que con una puntuación de 37.47 en comprensión (72%) y de 31.61 en expresión (65%) consideramos que muestran una afectación leve a nivel comprensivo y una afectación moderada a nivel expresivo.

Figura 3. Resultados comprensión y expresión Neurobel.



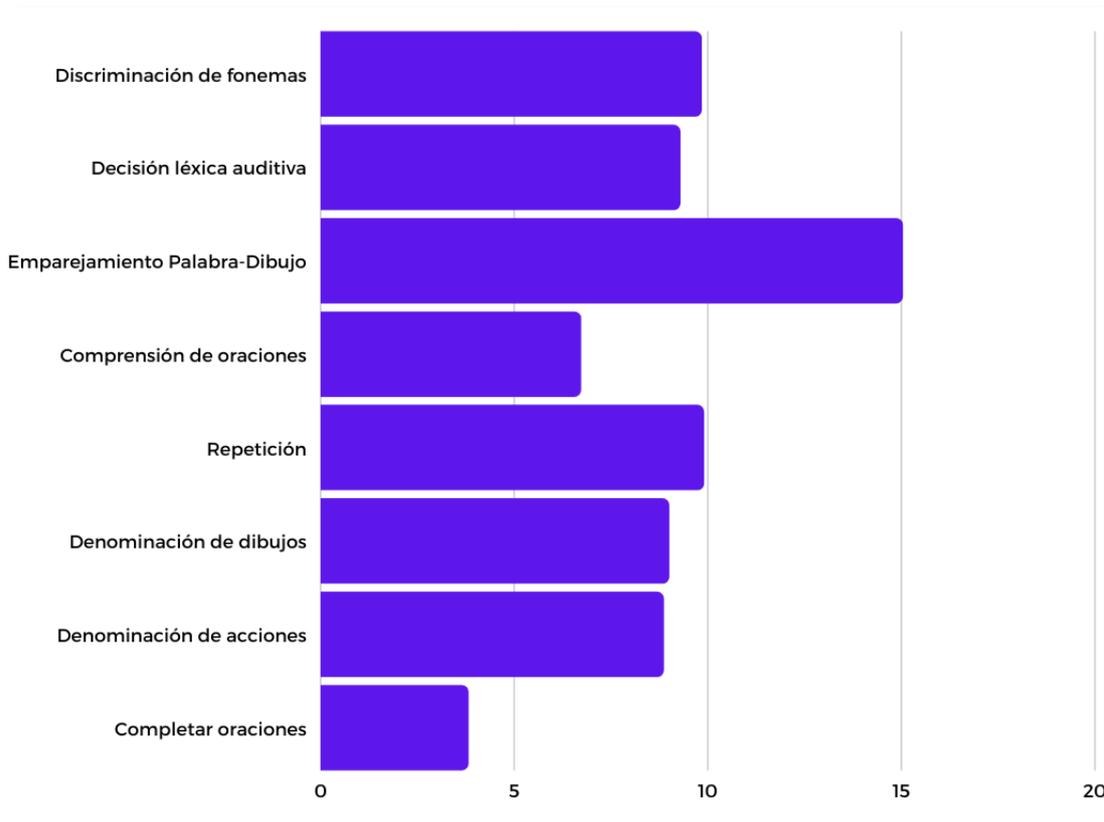
Fuente: Elaboración propia.

Desglosando las actividades del Neurobel (Figura 6), se pueden observar que las puntuaciones de las tareas expresivas (repetición, denominación de dibujos, denominación de acciones y completar oraciones) son ligeramente más bajas que las tareas del nivel comprensivo (discriminación de fonemas, decisión léxica auditiva, emparejamiento palabra-dibujo y comprensión de oraciones). En especial, se destacan dos actividades con muy baja puntuación:

- Comprensión de oraciones con una puntuación de 6.72 de media, siendo la segunda actividad con menor puntuación.
- Completar oraciones con una puntuación de 3.81 de media, siendo la actividad con menor puntuación.

Sin embargo, se destaca, por encima de todas, la tarea de “Emparejamiento Palabra-Dibujo”, en la que la puntuación es la más alta con diferencia, siendo esta de 15.04 de media.

Figura 4. Resultados TLC desglosados.



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, analizando los resultados del TLC (Tabla 3), destaca, a nivel general, la falta de lógica en la conversación espontánea, dato que concuerda con los resultados del Neurobel, donde se indicaba que los pacientes generalmente tenían mayores dificultades expresivas que comprensivas. También podemos observar una cifra elevada en pobreza de contenido y descarrilamiento.

Apoyando también los resultados del Neurobel, se comprueba que los pacientes muestran, también en su mayoría, una gran incoherencia en la conversación espontánea, al igual que en la tarea de completar oraciones del Neurobel.

Por último, los aspectos que presentan en menor medida los usuarios evaluados son los neologismos y las perseveraciones, aunque esta última también destaca en algunos de ellos.

En definitiva, se puede decir que los pacientes presentan, en varios casos, un trastorno negativo del pensamiento, ya que la puntuación total y media indican que es la tercera

alteración del lenguaje afectada. Sin embargo, se observa una mayor incidencia en el trastorno positivo (habla desconectada o discurso desorganizado), ya que los tres elementos fundamentales de este trastorno son los que más puntuación tienen: falta de lógica, descarrilamiento y tangencialidad.

Tabla 3. Análisis descriptivo de los resultados del TLC.

ASPECTOS EVALUADOS	PUNTUACIÓN TOTAL	MEDIA (22 pacientes)	CLASIFICACIÓN
Contenido	23	1.04	Afectación Leve
Tangencialidad	22	1	Afectación Leve
Descarrilamiento	26	1.18 = 1	Afectación Leve
Incoherencia	16	0.72 = 1	Afectación Leve
Falta de lógica	32	1.45 = 1	Afectación Leve
Neologismos	4	0.18 = 0	Ausencia de afectación
Perseveración	10	0.45 = 0	Ausencia de afectación
TOTAL TLC	132	6	Afectación Leve

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 4, se puede observar una comparación entre el TLC positivo y negativo, y los aspectos evaluados por el Neurobel. Los pacientes con TLC positivo son aquellos que en la escala han dado una puntuación de 0, es decir, que no presentan ninguna alteración; por otro lado, los pacientes con TLC negativo son aquellos que en la escala han dado una puntuación igual o superior a 1.

Aunque solamente se presentan dos pacientes con TLC positivo, se confirma que aquellos pacientes que tienen una puntuación de 0 en la escala tienen una puntuación considerada normal en el Neurobel. Sin embargo, hay excepciones en el TLC negativo, ya que en algunos pacientes de esta categoría el Neurobel también es normal (7 de 20).

Por otro lado, sí se observa en los pacientes con un Neurobel Moderado (una puntuación por debajo del 67%) una alteración tanto en la expresión como en la comprensión, mientras que los pacientes con un Neurobel Leve suelen tener solamente una de estas áreas afectadas.

Tabla 4. Comparativa Neurobel desglosado y TLC positivo y negativo.

	NEUROBEL						
	Comprensión s/alteración	Comprensión c/alteración	Expresión s/alteración	Expresión c/alteración	Total normal	Total leve	Total moderado
TLC + (N=2)	✓ (44.25)	×	✓ (39.23)	×	✓	×	×
TLC - (N=20)	✓ (40.87)	×	×	✓ (30.64)	×	×	✓

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 5 se puede observar una clasificación de los pacientes en función del grado de severidad obtenido en el Neurobel y la puntuación obtenida en las subpruebas del TLC. Comparando los resultados se puede comprobar que a medida que la puntuación del Neurobel disminuye, la puntuación del TLC aumenta, por lo que quienes tienen menos alteraciones en el lenguaje oral son quienes tienen un Neurobel normal (con una puntuación de 3.22 de media), seguidos de los que tienen un Neurobel leve (con una puntuación de 4.8 de media) y, por último, los que tienen un Neurobel moderado (con una puntuación de 9.6 de media).

Tabla 5. Comparativa subpruebas TLC y Neurobel.

	TLC							
	Cont.	Tang.	Desc.	Inco.	Lógi.	Neol.	Pers.	Total
Normal (N=9)	0.44	0.44	0.55	0.22	1.11	0	0.55	3.22
Leve (N=5)	1.75	0.8	1	0.8	0.6	0	0.2	4.8
Moderado (N=8)	1.5	1.5	2	1.37	2.25	0.5	0.5	9.62

Fuente: Elaboración propia.

Las puntuaciones totales del TLC muestran una puntuación de media de 5.88, mostrando un discurso desorganizado de grado leve, considerando una puntuación de 0 normal, de 1 a 7 afectación leve, de 8 a 14 afectación moderada, de 15 a 21 afectación grave y 22 afectación extrema.

7. DISCUSIÓN.

Al inicio de este proyecto se estableció como objetivo realizar una descripción lo más fiel posible de una muestra de pacientes cuyo objetivo común es la patología presentada: la esquizofrenia. Con este objetivo se pretendía comparar el lenguaje de estos pacientes de géneros y edades diversas, para observar si había algún punto en común entre todos los pacientes y hacer una descripción general del lenguaje en esta patología.

El análisis del Neurobel difiere ligeramente con los resultados obtenidos por parte de Gavilán-Ibáñez (2011), ya que concluyó que los sujetos con esquizofrenia tenían tendencia a poseer una comprensión del lenguaje normal, mientras que los resultados encontrados en este estudio muestran que, a nivel general, muestran una afectación leve de este componente del lenguaje. Sin embargo, sí que se puede decir que “tiende a la normalidad” si lo comparamos con el nivel expresivo, que tiene como tendencia una afectación moderada. Este autor sí que indicó que hay una mayor dificultad en el nivel semántico-pragmático cuando se incluye el lenguaje figurado y, aunque en este estudio no se ha evaluado ese aspecto, sí que se encuentra una mayor dificultad en el seguimiento de instrucciones de dos o más elementos y en tareas de razonamiento lógico. Hay que destacar que, aunque los usuarios presenten alteraciones leves o con tendencia a la normalidad, no se puede descartar que presenten una disminución de las funciones cognitivas (Keefe, 2005).

En este TFG los resultados del TLC indican que la falta de lógica y la pobreza del contenido son dos de las tres alteraciones del lenguaje más detectadas; esto confirma lo expuesto por Pelayo-González (2013), ya que estas puntuaciones indican la presencia de alogia, caracterizada por un lenguaje empobrecido, un discurso vacío (pobreza del contenido, con una puntuación en TLC de 23) y sin un contenido claro (falta de lógica, con una puntuación en TLC de 32).

Tal y como se observan en los resultados del TLC, las alteraciones del lenguaje predominantes son la pobreza del contenido y la tangencialidad, en tercer y cuarto lugar respectivamente, coincidiendo con el estudio de González-Pablos et al. (2022). Sin embargo, se discrepa en relación con este estudio en cuanto a las alteraciones más frecuentes, ya que indican que las más frecuentes son la pérdida de finalidad y la circunstancialidad, mientras que, en los resultados arrojados en este estudio, las más frecuentes son la falta de lógica y el descarrilamiento. Estos resultados también concuerdan con los del estudio de Cuesta y Peralta (1993), en el que hallaron que los pacientes esquizofrénicos tenían puntuaciones mayores en pobreza del contenido y discurso (TLC contenido = 23), tangencialidad (TLC tangencialidad = 22) e ilogicidad (TLC ilogicidad = 32). Aunque no se han evaluado de manera objetiva aspectos que estos autores sí que evaluaron, como la circunstancialidad y el bloqueo, en relación con este último sí que se ha observado en algunos participantes evaluados, pero no ha sido un rasgo muy destacado de la muestra global.

Retomando la clasificación mencionada en el marco teórico de Lázaro-García (2014), los pacientes de este estudio presentan trastornos de los tres tipos:

- Trastornos de la comunicación: son los trastornos que más prevalecen en mayor o menor medida entre los pacientes. Presentan descarrilamiento, tangencialidad y perseveración.
- Trastornos del lenguaje: la incoherencia y los neologismos son los que menor puntuación presentan, aunque sí que se pueden observar en los pacientes.
- Trastornos del pensamiento: la falta de lógica y la pobreza de contenido con las dos alteraciones que más prevalecen, siendo la primera y tercera patología, respectivamente, más frecuente en el estudio.

Por lo tanto, según esta clasificación, se puede afirmar que, aunque presentan más trastornos de la comunicación, son más llamativos los trastornos del pensamiento, ya que son los que obtienen mayor puntuación entre los participantes.

Con los resultados generales del TLC se puede observar que los participantes tienen un discurso desorganizado en grado leve, que bien puede ser debido a una de tres hipótesis planteadas por González-Pablos et al. (2023) en su estudio sobre el discurso desorganizado,

el deterioro cognitivo y el funcionamiento social. El estudio de estos autores plantea tres hipótesis:

- 1) El habla desconectada está relacionada con la impulsividad.
- 2) El habla desconectada se debe a la afectación de algunas funciones cognitivas.
- 3) El habla desconectada se debe al funcionamiento social (autonomía, el nivel cognitivo y las finanzas).

A través del estudio realizado, podrían ser cualquiera de las tres hipótesis la responsable de la afectación del discurso, ya que se ha observado tanto impulsividad como alteración de los niveles cognitivos (memoria de trabajo y velocidad de procesamiento). La tercera hipótesis, de funcionamiento social, podría ser confirmada con los datos aportados por Bowie (2011), donde encuentra diferencias del lenguaje entre pacientes institucionalizados y aquellos que viven en comunidad; sin embargo, en este estudio no hay datos de pacientes que vivan en comunidad, ya que todos son residentes de la institución.

8. CONCLUSIONES.

Tras la finalización de este TFG, podemos llegar a tres conclusiones generales gracias al análisis de los resultados obtenidos:

- Los participantes con esquizofrenia presentan una mayor alteración a nivel expresivo que comprensivo, llegando a obtener en muchos casos puntuaciones relativamente “normales” en las subpruebas de comprensión de la prueba Neurobel.
- El TLC muestra, generalmente, resultados que apoyan las subpruebas expresivas del Neurobel, con incrementos en la puntuación de falta de lógica, descarrilamiento y pobreza de contenido.
- La esquizofrenia provoca trastornos en las tres áreas: en la comunicación, en el lenguaje y en el pensamiento. Sin embargo, los que presentan mayores puntuaciones son los relacionados con el pensamiento, que son la falta de lógica y la pobreza de contenido.

Sin embargo, aunque se ha establecido un perfil general de todas aquellas personas que han participado en el estudio, las alteraciones en cada individuo son diferentes, de ahí que en la discusión se encuentren algunas discrepancias en la presencia o ausencia de ciertas patologías del lenguaje. Es fundamental de cara a intervenciones logopédicas con estos pacientes, conocer el estado físico y cognitivo, en especial del lenguaje, previo a una patología secundaria, como un accidente cerebrovascular; de esta forma, se evitará forzar de forma extrema al paciente, intentando que realice tareas que, anteriormente, no era capaz de hacer.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- González-Martín, E. (2022). Análisis y aplicación de la batería neurobel en Ayuso-Lanchares, A. y Santiago-Pardo, R. B., *Guía de evaluación del lenguaje oral*. Ediciones Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/54467>
- Adrián, J. A., Jorquera, J. y Cuetos, F. (2015). Neurobel: Breve batería neuropsiológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* 35, 101-113.
<https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2014.12.004>
- Alanen, Y. (2003). *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis*. H. Karnak Ltd (Ed.).
- American Psychological Association (APA) (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (R): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5 (R)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Andreasen, N. C. (1986). Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophrenia bulletin*, 12(3), 473-82.
<https://doi.org/10.1093/SCHBUL%2F12.3.473>
- Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J. M. y Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 194-201. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.003>
- Bowie, C. R., Gupta, M., & Holshausen, K. (2011). Disconnected and underproductive speech in schizophrenia: Unique relationships across multiple indicators of social functioning. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 152-156.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.04.014>
- Cuesta, M. J. y Peralta, V. (1993). Does formal thought disorder differ among patients with schizophrenic, schizophreniform and manic schizoaffective disorders? *Schizophrenia research*, 10(2), 151-158. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(93\)90050-S](https://doi.org/10.1016/0920-9964(93)90050-S)

- Gavilán-Ibáñez, J. M. (2011). *Teoría de la Mente y Comprensión del lenguaje en la Esquizofrenia* [Tesis doctoral de psicología, Universitat Rovira i Virgili].
<https://www.tdx.cat/handle/10803/42933>
- González-Pablos, E., Ayuso-Lanchares, A., Botillo-Martín, C. y Martín-Lorenzo, C. (2022). El trastorno del lenguaje de las personas con esquizofrenia y su relación con la gravedad y la funcionalidad. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 60(2), 138-147.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000200138>
- González-Pablos, E., Ayuso-Lanchares, A., Botillo-Martín, C. y Martín-Lorenzo, C. (2023). Relación entre discurso desorganizado, funciones cognitivas y funcionamiento social en personas con esquizofrenia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 31(1), 165-178. <https://doi.org/10.51668/bp.8323110s>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- Keefe, R. S., Eesley, C. E. y Poe, M. P. (2005). Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. *Biological psychiatry*, 57(6), 688-691.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.003>
- Lázaro García, S.M. (2014). *Evaluación multidimensional de los trastornos del lenguaje y comunicación en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y régimen ambulatorio*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid].
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/5689>
- Leonhard K. (1997). Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada (8va). *ALCMEON*, 6(3). https://www.alcmeon.com.ar/6/23/a23_05.htm
- Moreno-Fernández F. (2021). Metodología del “Proyecto para el Estudio Sociolingüístico del Español de España y de América”. Universidad de Alcalá.
<https://doi.org/10.37536/PRESEEA.2021.guia1>
- Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás* 4, 157-172.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4018442.pdf>

Pelayo-González, H. J. (2013). *Análisis de las Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia* [Tesis en Ciencias Biomédicas, Universidad Veracruzana].

<http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/42535>

Petkari, E. (2010). *Determinantes longitudinales de calidad de vida en esquizofrenia. Un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA* [Tesis de doctorado, Universidad de Granada]. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/5666/18917276.pdf>

Servicio Murciano de Salud (2009). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental* [Archivo PDF].

https://portal.guiasalud.es/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf