



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN LOGOPEDIA

TRABAJO FIN DE GRADO

**“LOGOPEDIA Y ESQUIZOFRENIA: NECESIDAD A
PARTIR DE UN ESTUDIO DE CAMPO”**



AUTOR: IVÁN SIERRA CONTRERAS

TUTORA: SONIA OLIVARES MORAL

VALLADOLID, JULIO 2021

Índice

1.	Introducción.....	3
2.	Objetivos	4
3.	Marco teórico.....	5
3.1.	Esquizofrenia.....	5
3.2.	Criterios específicos según el DSM-5.....	5
3.3.	Sintomatología.....	6
3.4.	Prevalencia y clínica de los trastornos cognitivos en esquizofrenia	7
3.5.	Las funciones ejecutivas y el lenguaje.....	7
3.6.	Evaluación.....	9
3.7.	Screening del deterioro cognitivo en psiquiatría (SCIP-S).....	10
4.	Materiales.....	13
5.1.	Recursos humanos:.....	13
5.2.	Recursos físicos:	13
5.	Metodología.....	13
6.1.	Tipo de investigación.....	13
6.2.	Criterios de inclusión y exclusión	14
6.2.1.	Criterios de inclusión	14
6.2.2.	Criterios de exclusión	14
6.2.3.	Criterios de inclusión para el estudio de datos	14
6.3.	Muestra	15
6.	Resultados	16
7.	Discusión.....	22
8.	Conclusiones.....	26
9.	Limitaciones del estudio	27
10.	Futuras líneas de investigación	28
11.	Bibliografía.....	29
13.	Anexos	31

Resumen

La esquizofrenia es una patología perteneciente al área de la salud mental que afecta a un gran número de personas en el mundo. De este amplio abanico de personas más de la mitad no recibe un correcto tratamiento, por ello es necesario el estudio de la distinta sintomatología y las variables que inciden en esta, derivando en una mejoría en su calidad de vida. Una parte fundamental del correcto funcionamiento de las personas con esquizofrenia, son las funciones ejecutivas. Estas no están estudiadas tanto como es necesario en este trastorno, e inciden de una manera muy directa en la vida cotidiana. Para la evaluación de estas variables, hay una gran cantidad de pruebas, aunque lamentablemente, no son muy utilizadas, pruebas como el Screening de deterioro cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S).

En este estudio se intenta explicar cómo estos factores repercuten en el día a día de estas personas e intentar dar a conocer el papel del logopeda como posible profesional que se suma a la intervención de estas personas.

Palabras clave: esquizofrenia, logopedia, funciones ejecutivas, lenguaje, comunicación, SCIP-S.

Abstract

Schizophrenia is a pathology belonging to the area of mental health that affects a large number of people in the world. Of this wide range of people, more than half do not receive correct treatment, therefore it is necessary to study the different symptoms and the variables that affect them, and achieve an improvement in their quality of life. A fundamental part of the correct functioning of people with schizophrenia are the executive functions. These are not studied as much as is necessary in this disorder, and affect in a very direct way on daily life. For the evaluation of these variables, there is many tests, although unfortunately, they are not widely used, tests such as the Screening for Cognitive impairment in Psychiatry (SCIP-S).

This study tries to explain how these factors affect the day-to-day life of these people and try to release the role of the speech therapist as a possible professional who joins the intervention of these people.

Keywords: schizophrenia, speech therapy, executive functions, language, communication, SCIP-S.

1. Introducción

El trastorno de esquizofrenia es un trastorno mental grave, el cual, según asegura la OMS, más de la mitad de las más de 21 millones de personas que padecen esta patología, no están recibiendo la atención ni el tratamiento que necesitan para lograr una buena calidad de vida.

Este TFG pretende apoyar y fomentar la visibilidad de la figura del logopeda como una pieza clave en el tratamiento y apoyo a las personas que padecen esta enfermedad. Esta labor se canaliza a través del análisis de los resultados extraídos de la aplicación de una prueba que evalúa las funciones ejecutivas en personas con esquizofrenia. A la vista de los resultados, la figura del profesional de logopedia puede atajar los problemas que este deterioro produce a nivel de lenguaje y comunicación.

En consecuencia, este deterioro influye de forma totalmente directa a la calidad de vida de estas personas, ya que estas áreas no son solo importantes para la autorregulación de uno mismo, sino que son imprescindibles para uno de los pilares del ser humano como es la sociabilización.

Este estudio se lleva a cabo a partir de una muestra 8 pacientes desde 38 hasta 54 años, todos ellos internos en el Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias en Palencia. La evaluación es realizada a partir del SCIP-S, un instrumento de screening el cual nos arroja información sobre el aprendizaje verbal inmediato, la memoria de trabajo, la fluidez verbal, el aprendizaje verbal diferido y la velocidad de procesamiento.

A partir de estos datos, obtendremos diversas conclusiones y argumentos que, con mayor evidencia, exponen la necesidad del logopeda en esta área de la salud mental, la cual no está cubierta por este profesional, y que, por consiguiente, hay mucho trabajo por hacer y camino que recorrer.

2. Objetivos

Los objetivos perseguidos durante la realización de este trabajo son:

1. Explorar los datos obtenidos a partir de la aplicación de la prueba SCIP-S.
2. Determinar el papel del logopeda como profesional integrado en el momento de evaluación e intervención de personas con esquizofrenia.
3. Establecer varias relaciones entre funciones ejecutivas y lenguaje y comunicación.
4. Observar distintas variables que afectan a la sintomatología del trastorno de esquizofrenia.
5. Proponer futuras líneas de investigación a partir de los resultados obtenidos.

3. Marco teórico

3.1. Esquizofrenia

La OMS (2019) define la esquizofrenia como un trastorno mental grave, caracterizado por una distorsión del pensamiento, de las percepciones, de las emociones, del lenguaje, de la conciencia de uno mismo, y de la conducta. Se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral.

La esquizofrenia, según González et al. (2009), es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse.

A su vez, Lugo y Alviani (2016), citado por López (2019), refieren que el concepto de esquizofrenia es aquel que define un grupo heterogéneo de síndromes de etiología desconocida, que difieren en sintomatología, curso y resultado final, cuyo diagnóstico descansa básicamente en criterios clínicos. Las áreas más frecuentemente afectadas son la percepción, la cognición, el lenguaje, la memoria, la emoción, la volición y los comportamientos adaptativos.

3.2. Criterios específicos según el DSM-5

El DSM-5 (2014) describe los siguientes criterios:

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período 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).
- B. 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).

- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período 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 períodos de síntomas prodrómicos o residuales.

Durante estos períodos 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 presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

- D. 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 fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

3.3. Sintomatología

Según Campero-Encinas (2009), la clínica en estos trastornos es muy variada, existiendo trastornos en la sensopercepción, como alucinaciones auditivas, siendo estas las más frecuentes, o ilusiones.

Encontramos también problemas en el pensamiento dándose ideas delirantes, normalmente de contenido paranoide, inserción del pensamiento, robo del pensamiento,... Además, y tratándose el área que más nos interesa, encontramos también trastornos del lenguaje. Estos trastornos no son patognomónicos, pero sí son muy relevantes ya que, según Barrera (2006), muestra que las alteraciones cognitivas no guardan dependencia con los síntomas negativos de la enfermedad, pero sí se relacionan con la falta de lenguaje y la mala función social y ocupacional.

3.4. Prevalencia y clínica de los trastornos cognitivos en esquizofrenia

El proceso mental de la información, los conocimientos sobre las estructuras de la memoria y el patrón de la atención han captado el interés de ciertos profesionales, mayormente en los aspectos relacionados con la actividad mental de los trastornos mentales (Pardo, 2010). Por ello, es necesario que nosotros, desde nuestro campo de diagnóstico e intervención, realicemos las pruebas necesarias para un correcto diagnóstico del problema y su futura intervención desde el área de la logopedia.

Barrera (2006), establece que los trastornos cognitivos de la esquizofrenia no tienen por qué ser síntomas directos de esta misma enfermedad, los problemas de atención y memoria de trabajo anteceden el comienzo de la psicosis y permanecen estables una vez ha ocurrido esta.

Aludiendo a Benavides-Portilla (2015), observamos que prevalece entorno al 1/1,5% de la población y suele aparecer en edades entre los 15 y 35 años, siendo 10 años antes en el hombre (15-25 años) con respecto a la mujer (25-35 años).

3.5. Las funciones ejecutivas y el lenguaje

3.5.1. Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas se definen como los procesos cognitivos de alto nivel que nos facilitan saber comportarnos ante circunstancias que nos resultan familiares (Gilbert y Burges, 2007). Son aquellas que le permiten a un individuo organizar, integrar y manipular la información adquirida. De este modo, al estar dichas funciones particularmente desarrolladas en el ser humano le dotan de la

capacidad de crear, anticipar, planear, y abstraer, entre otras (Ardila, 2005). Por otro lado, Cordero y Tirapú (2018) reseñan como funciones ejecutivas “*el conjunto de habilidades que están implicadas en la generación, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos, novedosos para el individuo y que precisan de una solución creativa*”.

Pineda (2015) explica que el desarrollo de estas funciones ejecutivas va a depender de una amplia variedad de factores como la naturaleza de la tarea cognoscitiva, el entrenamiento académico, las destrezas automatizadas, el tipo de demandas, entre otras.

Y no solo hallamos relaciones entre lenguaje y funciones ejecutivas, sino que según Korzenioeski (2011), el control inhibitorio y la memoria de trabajo se relacionan estrechamente con el rendimiento en el área de las matemáticas y el desarrollo de la comprensión lectora.

A nivel estructural, conforme con lo que refieren Ardila y Surloff (2007), el lóbulo frontal y las áreas cerebrales prefrontales están involucradas en el desarrollo de estrategias cognitivas, tales como la solución de problemas, formación de conceptos, planeación y memoria de trabajo. Por tanto, el córtex prefrontal está implicado en el desarrollo de funciones ejecutivas).

3.5.2. El lenguaje

A lo largo del siglo XIX surge una relación entre psicosis y alteraciones del lenguaje. Así, Dörr (2010) citaba a James Crichton-Browne (1923), con relación a un estudio en torno al peso del cerebro en personas con esquizofrenia establece que “*no parece imposible que aquellas áreas del cerebro que han evolucionado más tardíamente y que se supone están localizadas en el hemisferio izquierdo, sean las que más sufran la insania*”, refiriéndose al área que supone el núcleo del lenguaje, anteriormente descubierta por Broca.

En cuanto al lenguaje desorganizado, en la actualidad se siguen varias líneas de investigación:

- El trastorno formal del pensamiento es el resultado de una excesiva activación semántica en el hemisferio dominante, o bien un déficit semántico a nivel central.
- El trastorno formal del pensamiento es resultado de una disfunción ejecutiva que afecta a la producción del lenguaje.

3.6. Evaluación

Como hemos podido ver anteriormente en el apartado de “criterios específicos según el DSM-5”, estos describen las situaciones clínicas que pueden aparecer en esta patología permitiendo diferenciarla de otras.

A nivel cognitivo, tomando como referencia a Aguilera (2020), hay que diferenciar los síntomas neuropsicológicos (aquellos que afectan a las funciones cognitivas superiores) de los síntomas referentes a los procesos y contenidos del pensamiento. Dentro de estos últimos, encontraríamos los delirios, el lenguaje desorganizado y los trastornos formales del pensamiento.

Ardila (2005) refiere que prácticamente todos los procesos cognitivos en personas con esquizofrenia se encuentran alterados, pero se reporta que los más afectados son la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, estas a su vez, son el área cognitivo más estudiado en esquizofrenia.

Como hemos establecido anteriormente, las funciones ejecutivas son aquellas que le permiten al individuo organizar, integrar y manipular la información adquirida. De este modo, al estar dichas funciones particularmente desarrolladas le dotan de la capacidad de crear, anticipar, planear, y abstraer, entre otras. Las funciones ejecutivas permiten así organizar el comportamiento con el fin de lograr una meta a largo plazo, regular nuestras emociones y en general, regular nuestro comportamiento. Estas funciones también están involucradas en la conducta social, ya que le permiten al individuo anticipar el estado de ánimo o pensar de otros, asimismo, participan en la emisión de juicios basados en estados afectivos.

Como expone Sánchez (2015), existen diferentes tipos de pruebas para la evaluación de las funciones ejecutivas en esquizofrenia. Hallamos algunas baterías específicas que pretenden evaluar dominios aislados y concretos, como: “Escala para la evaluación del pensamiento, lenguaje y comunicación

(TLC)” de Andersen (1979) o “Clinical language disorder rating scale”, incluso baterías más generales para evaluar de forma sistematizada las principales funciones cognitivas, explorándolas en profundidad, como, por ejemplo: “Escala de evaluación de los síntomas negativos” o “Sistema AMDP”. Por último, encontramos escalas más breves que tratan de aportar una información útil para discriminar entre patología y normalidad, baterías como el “Miniexamen Cognitivo de Folstein” desarrollada en 1975 por Marshal F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHung y adaptada al español por Lobo en 1975.

3.7. Screening del deterioro cognitivo en psiquiatría (SCIP-S)

Se trata de una escala breve presentada por Purdon en 2005 y validada al castellano en 2008. Es una prueba que sirve para detectar déficits cognitivos en varios trastornos psicóticos y afectivos.

Esta prueba puede ser administrada en 15 minutos y se necesita simplemente un lápiz, papel y un cronometro. Consta de cinco subpruebas en las que se evalúan el aprendizaje verbal inmediato (AV-I), la memoria de trabajo (MT), la fluidez verbal (FV), el aprendizaje verbal diferido (AV-D) y la velocidad de procesamiento (VP). Además, este test consta de tres formas paralelas e independientes que pueden ser aplicadas indistintamente a un mismo paciente en diferentes ocasiones con el objetivo de minimizar los efectos de la práctica y del aprendizaje cuando existen aplicaciones repetidas.

- AV-I: Consta de una lista de 10 palabras las cuales deberán ser repetidas de forma inmediata una vez el profesional haya presentado todas. Se realizarán 3 intentos y se sumarán las palabras repetidas por intento, obteniendo así una puntuación directa sobre 30. Encontramos, además, que los puntos de corte son <21.

AV-I. Aprendizaje verbal inmediato

Instrucciones: En cada uno de los 3 ensayos, lea en voz alta la lista de 10 palabras con un intervalo de unos 3 segundos entre palabras. Después pida al evaluado que diga todas las palabras que recuerde, sin importar el orden. Registre cuántas palabras ha recordado en cada ensayo. Después de que el evaluado haya recordado todas las palabras que pueda, diga: "Trate de recordar estas palabras lo mejor que pueda porque voy a pedirle la lista otra vez dentro de algunos minutos".

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL
E1											<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AV-I
E2											
E3											

Perseveraciones

E1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 1. 1. Cuadro de registro AV-I.

- MT: Hay 24 tríadas de consonantes asignadas aleatoriamente en 8 tríadas por forma. El evaluado debe repetir las letras que componen cada tríada después de que las haya leído el examinador, o realizando una cuenta regresiva de 3, 9 o 18 segundos dependiendo de la tríada. En este caso, los puntos de corte son <20.

MT. Memoria de trabajo

Instrucciones: Lea cada una de las tríadas (series de tres letras) y pida al evaluado que las repita. A partir de la tercera tríada se introduce una tarea de interferencia consistente en que el evaluado cuente hacia atrás a partir del número que se indica (columna "Inicio" de la tarea de interferencia). La tarea de interferencia tiene una duración distinta en cada ítem, que se indica en la columna "Demora" (3, 9 o 18 segundos).

Estímulos	Tarea de interferencia		Respuesta Correctas (0, 1, 2 o 3)	
	Inicio	Demora (Seg.)		
Q-L-X	---	---		
H-J-T	---	---		
X-C-P	94	18		
N-D-J	109	9		
F-X-B	53	3		
J-C-N	46	9		
B-G-Q	117	18		
K-M-C	48	3		

TOTAL
MT

Figura 1. 1. Cuadro de registro MT.

- FV: Se pide a los evaluados que digan el mayor número de palabras que empiecen por una determinada letra en 30 segundos. Esto se realiza dos veces con dos letras diferentes. Observamos los puntos de corte en <19.

FV. Fluidez verbal Tiempo: 30 segundos por ensayo

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como pueda que empiecen por la letra que se indica en cada uno de los 2 ensayos (letra estímulo). El evaluado dispone de 30 segundos en cada ensayo.

Estímulo C

Estímulo L

Intrusiones

Perseveraciones

Total C + Total L = FV

Figura 1. 3. Cuadro de registro FV.

- AV-D: Consiste en pedir al evaluado que repita todas las palabras que recuerde de la primera lista de palabras, de la prueba AV-I a partir de un único intento. Encontramos los puntos de corte en <7.

AV-D. Aprendizaje verbal diferido

Instrucciones: Pida al evaluado que diga tantas palabras como recuerda de las que se le leyeron en la prueba AV-1. No lea las palabras otra vez.

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	TOTAL
E1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Intrusiones: Perseveraciones:

AV-D

Figura 1. 4. Cuadro de registro AV-D.

- VP: Se presentan 6 letras con su traducción al código morse y una lista de 36 cuadros con esas mismas 6 letras repartidas de manera aleatoria, el evaluado debe ir traduciendo al código morse cada una de las letras fijándose en el modelo. Las 6 primeras letras son a modo de entrenamiento, una vez hechas tiene 30 segundos para realizar la prueba. Observamos que los puntos de corte se encuentran en <12.

VP. Velocidad de procesamiento

Tiempo: 30 segundos

Instrucciones: Pida al evaluado que traduzca a código Morse lo más rápido posible las letras que aparecen en cada casilla. Dispone de una tabla de correspondencias en la parte superior. La prueba tiene varios elementos de entrenamiento que aparecen sombreados.

A	V	C	U	G	Y			
.-	...-	-.-.	..-	--.	-.-			

G	U	C	Y	A	V	C	A	G
V	Y	U	G	U	A	Y	C	V
A	C	Y	G	U	V	C	Y	V
U	G	A	V	C	G	A	V	Y

TOTAL

VP

Figura 1.5. Cuadro de registro VP.

Por último, encontraríamos una puntuación total que surge a partir de la suma de todas las puntuaciones de las anteriores subpruebas y que nos ofrece una visión más general de la afectación a nivel de funciones ejecutivas en el paciente y que tiene la puntuación de corte en <70.

Además, a lo largo de estas subpruebas se pueden anotar la existencia o no de intrusiones o perseveraciones, lo cual es muy importante a la hora de poder evaluar y observar donde se hallan problemas más significativos.

4. Materiales

El presente estudio ha sido llevado a cabo en el Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias, en Palencia, durante el segundo cuatrimestre del grado en Logopedia de la facultad de medicina de la universidad de Valladolid, empezando el 15 de febrero y finalizado el 28 de abril. Los recursos empleados se exponen a continuación.

5.1. Recursos humanos:

- Investigador.
- Tutor.
- Psiquiatras.
- Enfermeros.
- Trabajadores sociales.

5.2. Recursos físicos:

- Historias clínicas de los pacientes.
- Bibliografía específica.
- Hoja de recogida de datos y manual de la correspondiente prueba.
- Material de escritura.
- Recursos informáticos de estadística.

5. Metodología

6.1. Tipo de investigación

A partir de la intervención realizada, se propone una investigación de tipo analítica y descriptiva al no existir una intervención por parte del investigador, tan solo se han recogido los datos necesarios de las historias clínicas y aplicado la respectiva prueba de screening.

En cuanto al estudio de variables y número de estas, se trata de un estudio de tipo analítico exploratorio, ya que pretende formular un problema a través del análisis de una serie de datos.

Por último, en cuanto a la planificación de toma de datos ha sido de tipo retrospectivo, ya que los datos han sido tomados de las historias clínicas de los pacientes previamente ingresados en el centro.

Además, este estudio se enmarca dentro de una investigación más amplia llevada a cabo por el Grupo de Investigación del Centro Hermanas

Hospitalarias Palencia y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Provincial de Palencia.

6.2. Criterios de inclusión y exclusión

6.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Centro sociosanitario Hermanas Hospitalarias.
- Pacientes con previa anamnesis e historia clínica.
- Pacientes con deterioro cognitivo.

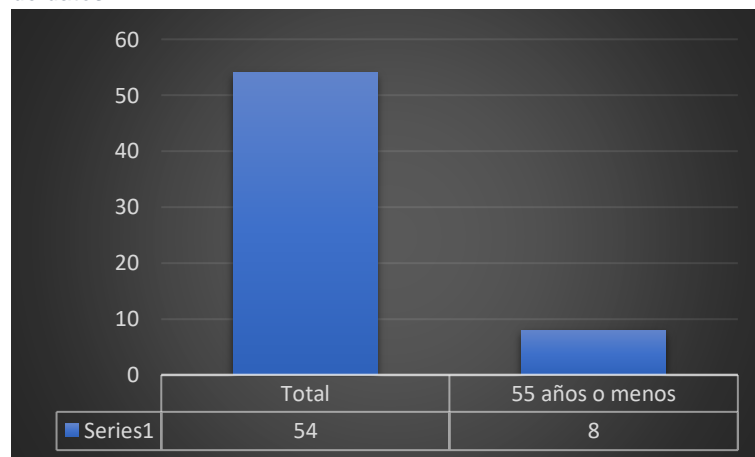
6.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con deterioro cognitivo, pero diagnóstico diferente a esquizofrenia.
- Pacientes sin historia clínica.

6.2.3. Criterios de inclusión para el estudio de datos

- Pacientes que se incluyan en los criterios de inclusión para la evaluación a partir del SCIP-S.
- Pacientes con 55 años o menos.

Gráfico 1. Pacientes que cumplen criterios de inclusión para el estudio de datos.



Fuente: Elaboración propia.

Como refleja el gráfico número 1, la muestra final para el análisis de datos se compone de solo 8 pacientes, ya que son quienes cumplen con todos los criterios de inclusión para el estudio.

6.3. Muestra

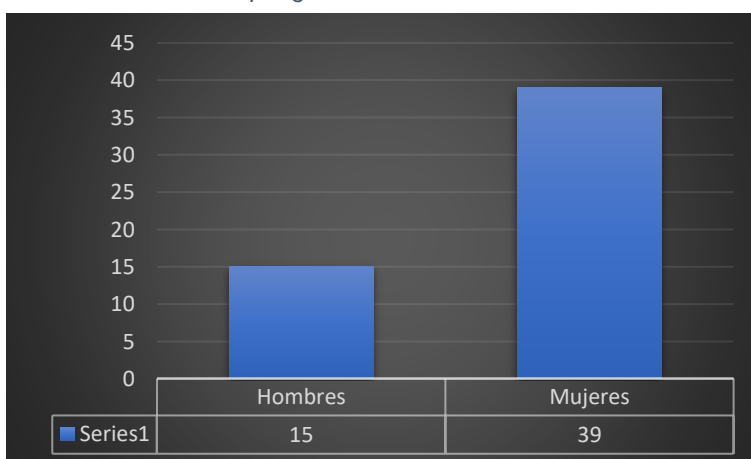
En este estudio han participado un total de 54 pacientes, aunque, como está expuesto en la gráfica 1, de estos 54, tan solo ocho han logrado ser incluidos en el análisis de datos. Todas las personas, se encuentran internas en el Centro sociosanitario Hermanas Hospitalarias de Palencia. La prueba ha sido aplicada de forma individual a cada paciente en un despacho libre de estímulos externos que hayan podido distraer al paciente o sesgar los resultados de la prueba.

En el momento en el que entraban, se les pedía que tomarán asiento y una vez estuvieran preparados, se proseguía con la firma del consentimiento informado si estaban capacitados para hacerlo, y si no eran capaces, se solicitaba a través del centro a los tutores legales de esas personas que nos diesen, si lo creían correcto, el consentimiento. Efectuado esto, se procedía a la realización de la prueba.

Los participantes poseen edades comprendidas entre los 38 y los 87 años, todos ellos diagnosticados con un trastorno de esquizofrenia, más o menos grave.

Como se puede observar, dentro de esta muestra se dispone de 15 hombres (28%) y 39 mujeres (72%).

Gráfico 2. Distribución por género.



Fuente: Elaboración propia.

6. Resultados

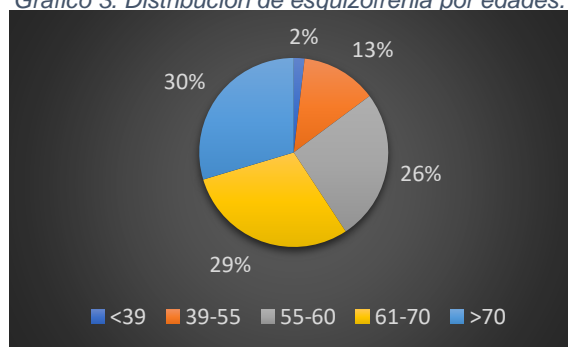
En este apartado se va a llevar a cabo la interpretación de los datos obtenidos a partir del Screening del Deterioro cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S).

Por una parte, se presentan los resultados obtenidos para posteriormente efectuar su análisis en profundidad de la muestra de 8 pacientes que cumplen los criterios de inclusión para el estudio anteriormente citados; posteriormente, se expondrán los datos del resto de participantes a los que se les ha aplicado la prueba, pero no se ajustan de manera exacta al criterio de edad. No obstante, no se descartan del análisis ya que arrojan una información muy valiosa a la hora de observar cómo puede evolucionar la enfermedad con respecto a las funciones ejecutivas y el lenguaje y para futuros estudios.

En el gráfico 2 podemos observar la población total (n=54) de los pacientes diagnosticados con trastorno de esquizofrenia en este centro, de los cuales un 14,8% (n=8) cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio de datos. Por tanto, estos datos son los que consideramos tienen mayor relevancia, aunque el restante 85,2% también han sido evaluados, nos arrojan una información menos fidedigna por no encontrarse dentro de los baremos de puntuación de la prueba.

La gráfica 3 refleja la distribución de los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia internados en el centro. Observamos un predominio en las edades más adultas, siendo de un 30% en adultos a partir de 70 años y un 29% en las edades comprendidas entre 61 y 70 años. A su vez, vemos como ocurre un declive en la incidencia de la patología teniendo en cuenta el factor edad, siendo de 26% en el rango de edad de 55 y 60 años; un 13% en el rango de edad de 39 y 55 años y un 2% en menores de 39 años.

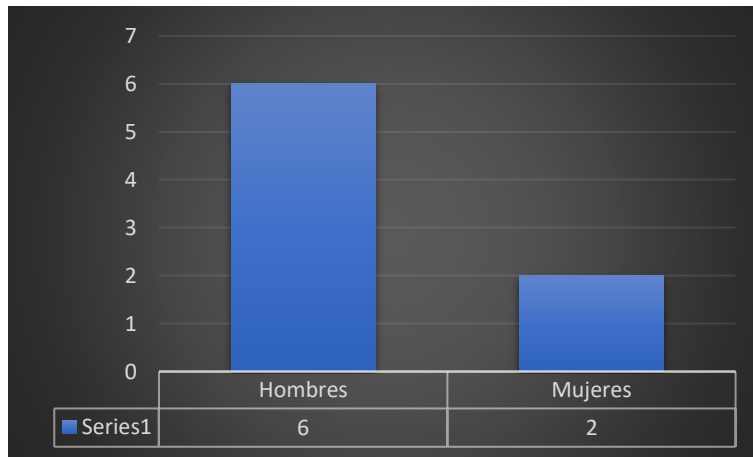
Gráfico 3. Distribución de esquizofrenia por edades.



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico 4, podemos observar la diferencia existente entre géneros en esta muestra (n=8): el género masculino representa la mayoría con un 75%, frente al 25% del género femenino. Con estos datos podríamos establecer que el grupo más susceptible en padecer esquizofrenia es el masculino, por ello debemos tener en cuenta el gráfico 1 en el cual vemos que tan solo es un 28% lo que representa esta patología en hombres frente al 72% del género femenino.

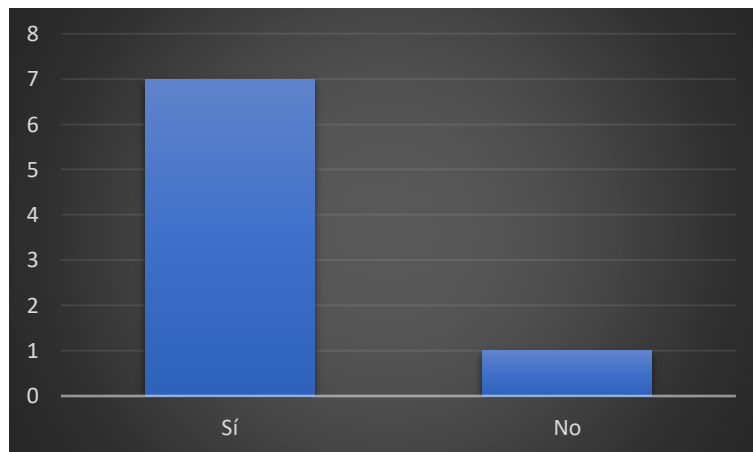
Gráfico 4. Distribución por sexo.



Fuente: Elaboración propia.

La gráfica 5 expresa que el 87,5% de los pacientes de esta muestra tienen deterioro cognitivo, en mayor o menor grado, según la prueba utilizada SCIP-S, frente al 12,5% restante que no muestra deterioro cognitivo.

Gráfico 5. Existencia de deterioro cognitivo.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presenta a partir de una tabla con todas las puntuaciones de los pacientes que cumplen los criterios de inclusión para el estudio de variables.

La tabla está compuesta por ocho pacientes denominados con distintas letras del alfabeto para cumplir la política de privacidad, ordenados por edad de menor a mayor. Además, es importante conocer el grado de formación que posee cada paciente ya conforma una de las variables que se tienen en cuenta en el baremo de la prueba para la tipificación de los resultados. Los números que corresponden con el grado de formación son:

- 1: Sin estudios.
- 2: Primarios incompletos.
- 3: Primarios.
- 4: Secundarios o superiores.
- 5: Universitarios.

Tabla 1. Resultados de la prueba SCIP-S. Elaboración propia.

	Grado formación	Sexo	Edad	T AV-I	T MT	T FV	T AV-D	T VP	T TOTAL
A	4	1	38	62	50	50	60	60	57
B	2	1	42	27	44	37	37	<27	34
C	4	1	44	46	46	54	60	51	49
D	4	2	50	<27	32	37	37	<27	<27
E	2	1	53	37	39	37	32	<27	29
F	3	1	53	27	31	53	32	<27	34
G	4	1	54	40	48	43	40	27	37
H	1	2	54	<27	35	35	40	37	31

Se puede observar que solo uno de los ocho participantes supera el corte, ya que su puntuación tipificada se encuentra dentro de la normalidad. Por ello se concluye que únicamente este paciente no posee un deterioro a nivel de funciones ejecutivas. En cambio, el resto de pacientes cuentan con una puntuación muy limitada en todas las áreas que fueron medidas a partir de esta prueba.

Además, es concordante que la persona más joven es la única sin daño a nivel de funciones ejecutivas, mientras que el resto realizaron una peor ejecución en las tareas que se solicitaron.

Una vez estudiado los resultados de manera global, se lleva a cabo un estudio de las variables que influyen directamente en el lenguaje y la comunicación. Para ello, resaltamos la importancia de las funciones ejecutivas. Esto es debido a que estas se encargan, como se ha expresado en el marco teórico, de regular la actividad de uno mismo y, es el momento en el que se inicia el habla y el ser humano en las etapas más tempranas, empieza a regular su propia actividad por medio del lenguaje.

Una vez analizadas las variables a modo descriptivo, podemos decir que la prueba determina según baremo que se muestran dificultades y esto puede estar afectando de manera directa al lenguaje y la comunicación.

En cuanto al nivel de estudios expuesto en la tabla 1, podemos observar de manera general, cómo los que han tenido un nivel de educación que corresponde con estudios secundarios o superiores, ofrecen una mayor puntuación de forma general en todos los apartados del test, y en la puntuación total de este, que los que no han recibido este nivel de educación, aun así, este dato no se puede entender como una máxima, ya que también vemos como uno de los participantes del estudio no cumple esta regla.

En las puntuaciones obtenidas para la primera subprueba, la cual corresponde a aprendizaje verbal inmediato, observamos un gran desequilibrio entre las puntuaciones de los distintos pacientes, siendo tan solo uno de ellos quien consigue superar el corte. El resto de los pacientes no consigue superar el corte, y no solo esto, si no que las puntuaciones no son regulares. Además, las personas que consiguen un mejor rendimiento en esta subprueba son aquellas quienes tienen un grado de formación superior, exceptuando el paciente con un nivel superior a estudios secundarios que tiene una puntuación baja en todas las subpruebas y en la prueba en general.

En una segunda instancia, podemos comparar los datos obtenidos de la anterior subprueba, con los alcanzados en la parte que corresponde con aprendizaje verbal diferido, en el cual hay que tener en cuenta más factores

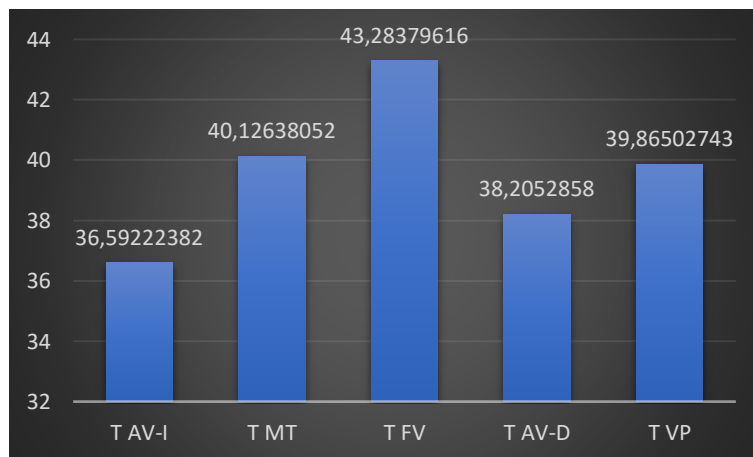
que simplemente los comentados anteriormente. Factores como la capacidad de retención, de memoria de trabajo y de organización del lenguaje, entre otras. Hallamos un rendimiento muy pobre en esta fase, observando que ninguno llega a la puntuación de corte, por tanto, todos tienen afectada esta variable, de hecho, no es una afectación pequeña ya que percibimos que las puntuaciones son muy bajas.

Seguidamente a esto, se observa que en la memoria de trabajo las puntuaciones son relativamente bajas, pero constantes en todos los pacientes que se incluyen en el análisis, siendo así un área afectada, pero en gran parte de una manera equitativa en todos.

En cuanto a la fluidez verbal, podemos ver que las puntuaciones como norma general, se acercan más a la puntuación que se estima debería ser óptima para superar la puntuación de corte y, por tanto, tener esta variable conservada, pero no encontramos ningún paciente que consiga superar esta barrera.

Por último, en la prueba de velocidad de procesamiento es en la que se produce un peor rendimiento por parte de estos sujetos, siendo tan solo el paciente que no presenta deterioro el único que supera el corte, mientras que el resto, realizan una ejecución muy por debajo de la media de corte, algunos incluso no llegando a realizar ningún ítem del subapartado correctamente.

Gráfico 6. Media de puntuaciones tipificadas.



Fuente: Elaboración propia.

También, se analizan las puntuaciones medias de cada una de las puntuaciones tipificadas expuestas en la gráfica 6 y se observa:

- En cuanto al aprendizaje verbal inmediato y diferido se puede observar que están casi dos desviaciones típicas por debajo de la normalidad.
- En lo refiere a la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento encontramos que está una desviación típica por debajo del resto de la población.
- Por último, la fluidez verbal también se encuentra casi una desviación típica por debajo de la normalidad.

Gracias a esto, podemos constatar dónde se encuentran los puntos más débiles de las personas que padecen esquizofrenia y ordenarlas de peor a mejor ejecución y poder así trabajar y reforzar los puntos más fuertes y a partir de ahí, ir mejorando los más débiles.

7. Discusión

Llegados a este punto y, como anteriormente se expuso, la esquizofrenia tiene una sintomatología muy amplia, en la cual debe intervenir un número extenso de profesionales para garantizar una intervención exitosa del trastorno, y conseguir el primer objetivo que se debe incluir en toda intervención, que es mejorar la calidad de vida del paciente, mejorando relaciones personales, autonomía...

En cuanto a la diferencia de los resultados teniendo en cuenta la variable de género en esta memoria, y coincidiendo tanto con los datos que existen sobre la prevalencia y sociodemográfica como con diversos estudios realizados a lo largo del tiempo, observamos una mayor cantidad de sujetos de género masculino en edades más tempranas y, más pacientes de sexo femenino a medida que se avanza en la edad. Angermeyer y cols. (1990) realizaron una revisión en la que concluyeron que la mitad de los estudios analizados mostraban un efecto del género significativo, y, en casi todos, las mujeres tenían un mejor pronóstico que los hombres.

Es importante establecer una relación entre las funciones ejecutivas, por ello, Silvestre (2019), referencia que los componentes del lenguaje se hallan en el hemisferio izquierdo, más específicamente en la zona persisilviana, y, concretamente, encontramos varias áreas corticales y subcorticales implicadas en el desarrollo del lenguaje como puede ser el área de Broca, el área de Broadman, etc. aunque también hay que destacar, que las áreas prefrontales, donde, asimismo, se encuentra el procesamiento de las funciones ejecutivas, están relacionadas con el lenguaje, sobre todo con la iniciación de la actividad verbal, la planificación de lo que se va a decir, el desarrollo de la cognición social y la teoría de la mente. Además, Bental y Tirosh (2007), refieren que los procesos metalingüísticos propios del lenguaje también son controlados por este lóbulo frontal y destacaron el importante papel de las funciones ejecutivas en la conciencia fonológica. Esta relación la podemos ver a través de los datos obtenidos en ítems como la velocidad de procesamiento o la fluidez verbal, en los cuales, las puntuaciones han sido bajas lo que apunta a que el inicio de la actividad cerebral o la planificación de lo que se va a decir, se encuentra dañado al igual que lo están las funciones ejecutivas, y no solo eso, si no que

el desarrollo de la cognición social también va a estar dañado si el lenguaje se encuentra deteriorado.

Una vez se han expuesto las relaciones entre funciones ejecutivas y lenguaje, observamos a partir de la gráfica 5, y coincidiendo con los diferentes estudios, como el de Pardo (2005), que expone que los pacientes con esquizofrenia rinden de un modo inferior a los controles en una o más variables del WSCT, lo cual indica a una anomalía en el funcionamiento de la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL), relacionadas con disfunciones ejecutivas y dificultades en la resolución de problemas. La escasa habilidad para planificar, los trastornos en la voluntad, la tendencia a perseverar en las respuestas, el pobre juicio social y la falta de flexibilidad cognitiva serían la consecuencia clínica de dichos trastornos.

Podemos extraer también que la persona con mejor rendimiento en esta prueba es la persona con una edad menor, por lo que la primera relación que podemos establecer es que, en la esquizofrenia, a menor edad, menor es el grado de afectación a nivel de funciones ejecutivas, aunque esto no es una máxima, ya que a medida que incrementamos la edad, observamos que hay pacientes con más daño a nivel cognitivo que otros con mayor edad, por tanto gracias a estos resultados podemos obtener un pronóstico de cómo van a ir viéndose afectadas estas áreas.

Y es que no solo la edad es un factor para tener en cuenta a la hora de explicar el motivo y la gravedad de los problemas cognitivos, sino que también influyen otros factores. Según Usall (2003), el género del paciente y los tratamientos recibidos, entre otras variables como la genética o la edad, también afectan al rendimiento de estas personas e influye de manera distinta en hombres que en mujeres.

En este estudio uno de los resultados que hemos podido comprobar es que el factor “grado de formación” es un buen predictor de la gravedad de los daños producidos a nivel de las funciones ejecutivas, esto es congruente con otros estudios como el de Cámara (2018), en el cual refiere que los pacientes con mayor nivel educativo muestran menor gravedad clínica, así como esta misma

autora cita a Barnet et al. (2006) exponiendo la reserva cognitiva influye directamente sobre el rendimiento de estas personas.

En una segunda instancia, hemos observado cómo las puntuaciones del ítem “aprendizaje verbal inmediato” son muy irregulares, coincidiendo las puntuaciones más altas con las personas cuyo nivel de estudios es igual o superior a educación secundaria, aunque estas irregularidades pueden ser debidas a diversos factores, como la motivación del paciente en el momento de la aplicación de la prueba, la capacidad de concentración, el estado anímico y físico del paciente, etc.

Además, si comparamos las puntuaciones obtenidas en la cuarta subprueba que, referida al aprendizaje verbal diferido, arroja unas puntuaciones aún más bajas que las obtenidas en la primera. Esto no sorprende ya que es necesario un mayor esfuerzo por parte del paciente el cual, tiene que recordar la serie de palabras que se presentan en la primera subprueba durante 5 minutos mientras se realizan otras tareas. Si de base observamos que el aprendizaje verbal inmediato esta perceptiblemente por debajo de la media, el aprendizaje verbal diferido se encontrará aún más debajo de esa media ya que además contamos con más factores para la retención y el procesamiento de esta serie de palabras.

Al igual que con el aprendizaje verbal diferido, Velarde (2019) dice que la memoria de trabajo también tiene una gran influencia en el momento de la secuenciación lógica y la sintaxis del discurso oral a lo largo de una conversación, o el pensamiento interno de la persona. De esta manera observamos que esta variable está dañada de una manera relativa igual en todos los pacientes, ya que, siendo bajas las puntuaciones, se encuentran sobre el mismo baremo en la mayoría de ellos.

Por tanto, puede ser un gran motivo por el cual el discurso de estos sujetos con trastorno de esquizofrenia se encuentre desorganizado y no sean capaces realmente de establecer un modelo de comunicación óptimo.

El subapartado de fluidez verbal también se encuentra dañado. Esta variable al igual que el resto, necesita de unos prerrequisitos básicos como son la atención, la planificación... los cuales entendemos que están dañados

gracias a los datos recogidos y por tanto encontremos un lenguaje pobre, con falta de léxico, uso de temas recurrentes para ellos, muletillas, circunloquios..., etc.

Por último, y refiriéndonos a la velocidad de procesamiento, encontramos un peor rendimiento general por parte de todos los sujetos, exceptuando el que más puntuación ha obtenido de manera general y que no presenta problemas en relación con las funciones ejecutivas. Esta velocidad de procesamiento hace que la adquisición de toda la información y estímulos que se le están proponiendo al paciente para que ofrezca una respuesta, este disminuida y, por tanto, no consigue llevar a cabo esta tarea de forma correcta, arrojándonos así, mucha información con respecto de las áreas en las que queremos intervenir.

Esta última prueba es la que más información nos ofrece sobre el discurso desorganizado de estas personas ya que en principio, no asimilan toda la información que les llega y, por ende, no realizan una buena organización de lo que quieren decir en sus propios pensamientos y en consecuencia, se da un discurso inconexo, con palabras que no tienen sentido dentro de lo que se está diciendo y saltos de un tema a otro sin seguir ningún tipo de hilo conductor.

Además, la esquizofrenia posee una sintomatología muy distinta en cada uno de los pacientes, como se puede ver a partir de las puntuaciones, lo cual se debe a una gran cantidad de factores que habrá que tener en cuenta con cada uno de los pacientes en los que se vaya a intervenir.

También hemos podido comprobar cómo afectan una gran serie de factores como son la edad, el sexo y el grado de formación, en el rendimiento de estas personas y cómo estos factores, deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar e intervenir en personas con esquizofrenia.

Por último, haciendo referencia a la gráfica 6, en la que están expuestas las puntuaciones medias de estos 8 sujetos, comprobamos que todas las variables están por debajo de la media, es decir, las funciones ejecutivas en estos pacientes se encuentran seriamente deterioradas lo que hace que su rendimiento en distintos ámbitos de su día a día se encuentren disminuidos y por tanto su calidad de vida sea peor de lo que podría ser, por ende, debe ser el logopeda, junto a un equipo multidisciplinar enfocado en toda la

sintomatología diversa de este trastorno, quien debe atajar esta serie de problemas a través de la intervención en el lenguaje y la comunicación, áreas, las cuales están estrechamente relacionadas con las funciones ejecutivas.

8. Conclusiones

Una vez finalizada la realización del trabajo de fin de grado y analizando los objetivos propuestos al inicio de este, se han conseguido extraer las siguientes conclusiones:

- La realización de un buen marco teórico ha sido imprescindible para poder desarrollar todo el trabajo de análisis y establecer concordancias entre las funciones ejecutivas y el lenguaje en esquizofrenia. Además este trabajo de revisión de la bibliografía publicada ha sido muy enriquecedor a la hora de conocer más sobre el lenguaje y, sobre todo, darse cuenta de la pobreza de tratamiento que existe en el área de la salud mental en todo el mundo, y en este caso, en la esquizofrenia.
- El análisis de los resultados partiendo de la prueba SCIP-S se ha visto obstaculizado por una serie de limitaciones. Obviando estas dificultades, e investigando a partir de otras publicaciones, se considera muy positivo mirando hacia el futuro del profesional de logopedia, ya que se ha conseguido extraer mucha información del déficit que tiene este trastorno en las funciones ejecutivas.
- En cuanto al papel del logopeda en la esquizofrenia, este profesional aún se encuentra muy apartado y se considera que es muy importante para mejorar la calidad de vida de estas personas, ya que, las relaciones interpersonales son una de las bases fundamentales en la calidad de vida del ser humano, y el lenguaje es uno de los conductores de esos pilares. Por tanto, gracias al análisis y las conclusiones obtenidas, se precisa como necesaria esta figura para obtener un avance en el tratamiento de estas personas.
- Por último, tanto en la revisión, como en el análisis, como en la discusión se han expuesto múltiples factores que afectan a la sintomatología, a la evolución y a la gravedad de esta patología, factores que hay que tener en cuenta en el momento tanto de la intervención como en el de la evaluación y evolución.

9. Limitaciones del estudio

A lo largo de todo este trabajo de fin de grado se han observado una pequeña cantidad de limitaciones que han obstaculizado el análisis de resultados y una conclusión más clara y amplia de las consecuencias que tiene el deterioro de las funciones ejecutivas en el lenguaje y la comunicación.

La limitación que más ha condicionado este trabajo de investigación ha sido la incapacidad de transformar las puntuaciones de personas con más de 55 años por falta de registro en el mismo manual de la prueba, ya que, en población clínica, esta, solo llegaba a 55 años, y en el centro donde se ha realizado la investigación, el 86% de las personas superaban esta edad.

Aun con esta limitación, se consideró continuar con la aplicación de la prueba ya que es una oportunidad muy buena para que futuros investigadores puedan acudir a estos datos que se proponen y conseguir, de esta manera, ampliar la capacidad de evaluación con respecto de la edad de esta prueba, por tanto, no se considera esto como una debilidad, si no como un punto fuerte para continuar con la investigación para poder otorgar a los pacientes que tienen esquizofrenia, una calidad de vida mejor desde la base, que es el diagnóstico de la patología y encontrar los puntos débiles de esta.

10. Futuras líneas de investigación

Debido a las limitaciones del estudio y las limitaciones temporales, se realiza una serie de propuestas para investigadores futuros, y para seguir avanzando en esta enfermedad la cual se encuentra ciertamente desamparada por falta de conocimiento por parte de la comunidad de la logopedia. Para las futuras líneas de investigación se pueden consultar los resultados obtenidos en pacientes con más de 55 años en el anexo 1.

- Ampliar el abanico de puntuaciones transformadas, tanto en las tipificadas como los percentiles en personas mayores de 55 años respecto a la población clínica.
- Realizar un estudio correlacional con más población para saber con más exactitud el impacto que tienen las funciones ejecutivas en el lenguaje.
- Hacer una intervención logopédica con grupos control para obtener más información a la hora de intervenir en personas con esquizofrenia.
- Realizar la prueba en distintas etapas de la intervención para conseguir una mayor exactitud en el conocimiento de las funciones ejecutivas y lenguaje en esquizofrenia.

11. Bibliografía

- Aguilera Garrido, S. (2020). *Evaluación e intervención neuropsicológica en una persona con esquizofrenia*. Trabajo final de Máster. Universitat Oberta de Catalunya.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. American Psychiatric Association: VA, Arlington.
- Barrera P, Álvaro. (2006). Cognitive deficits in schizophrenia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 44(3), 215-221. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000300007>.
- Benavides-Portilla, M., Beitia-Cardona, P. N., & Osorio-Ospina, C. (2016). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Revista Investigación en Salud Universidad De Boyacá*, 3(2:146-160) <https://doi.org/10.24267/23897325.184>.
- Cámara Barrio, S. (2018). *Efectos de la educación y el nivel intelectual sobre el rendimiento neuropsicológico, los síntomas conductuales y el funcionamiento social en personas con esquizofrenia*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.
- Campero-Encinas, D., Campos-Lagrava, H. & Campero Encinas, M. (2009). Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista Científica Ciencia Médica*, 12(2), 32-37. Recuperado en 12 de julio de 2021, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200011&lng=es&tlng=es.
- De Rioja Lozano, M (2016). *Características y evaluación de los trastornos del lenguaje en esquizofrenia: evidencias en español y el papel del logopeda*. Trabajo de fin de grado. Universidad de Valladolid.
- Dörr Zegers, O (2010). Esquizofrenia, lenguaje y evolución (o las esquizofrenias como logopatías). *Actas españolas de psiquiatría*. Vol. 38, 1(1-7).
- González González, M., Prat Reixach , E., Morales Prades, M., Artero Morales, M., Alonso Ortega , A. & Roldán Merino, J. (2009). *Estudio del estigma de la esquizofrenia en los estudiantes de enfermería*. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad.

- Lameda TK. y Rodríguez, LG. (2013). Funciones ejecutivas en un grupo de pacientes con esquizofrenia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* 10(2).
- López Sánchez, A. (2019). *Diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y trastorno del espectro autista: a propósito de un caso*. Trabajo de fin de grado. Universidad de Valladolid.
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista Psiquiátrica Uruguaya*, 69, 71-83.
- Pena-Garijo, J. & Monfort-Escrig, C. (2020). Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): métodos de evaluación y correlatos neurales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(137), 109-130. Epub 28 de diciembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352020000100007>.
- Pla Silvestre, L. (2019). *Un análisis de las funciones ejecutivas, el lenguaje y su relación, en niños diagnosticados en el trastorno del espectro autista*. Tesis de fin de Máster. Universidad internacional de la Rioja.
- Rodríguez Arocho, W. C. (2003). La relación entre funciones ejecutivas y lenguaje: Una propuesta para estudiar su relación. *Perspectivas Psicológicas*, 3-4, 41-48. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a05.pdf>.
- Sánchez Martínez, V (2015). *Medición estandarizada del resultado enfermero cognición para personas con esquizofrenia mediante una batería breve*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna*; 30(5): 276-287.
- Valverde, C. (31 de agosto de 2019). Memoria de trabajo, lenguaje y aprendizaje. URL: <https://www.neuronae.net/post/memoria-de-trabajo-lenguaje-y-aprendizaje>.
- William Mena, A. (2018). *Deterioro cognitivo y su relación con la esquizofrenia, medido por SCIP-S*. Tesis Doctoral. Universidad de Guayaquil.

13. Anexos

11.1. Anexo 1.

Tabla 2. Resultados de pacientes evaluados con más de 55 años.

	Grado de formación	Sexo	Edad	T AV-I	T MT	T FV	T AV-D	T VP	T TOTAL
A	3	1	56	66	55	66	65	58	66
B	4	1	56	40	60	46	60	34	46
C	4	2	57	53	31	50	47	34	40
D	4	2	58	27	39	46	43	<27	29
E	5	2	58	<27	31	34	32	<27	<27
F	4	1	58	42	55	37	47	29	39
H	1	1	58	<27	27	34	37	31	<27
I	3	2	59	<27	41	46	32	44	37
J	3	2	59	<27	46	40	40	42	37
K	3	2	60	<27	31	<27	32	37	27
L	4	2	60	29	39	46	43	29	32
M	2	2	60	<27	<27	29	32	<27	<27
N	4	2	60	42	48	68	47	47	53
O	3	2	60	42	35	42	32	42	37
P	1	2	61	34	31	34	32	27	27
Q	4	1	63	<27	39	46	32	29	<27
R	4	2	63	<27	37	39	32	29	<27
S	5	2	64	37	44	37	43	<27	31
T	2	2	64	<27	27	<27	32	<27	<27
U	5	2	64	37	39	60	37	<27	37
V	2	2	65	<27	27	35	32	<27	<27
W	4	1	65	34	53	35	37	29	34
X	3	2	65	52	29	48	53	<27	40
Y	5	2	66	29	53	<27	43	39	29
Z	3	1	66	<27	27	42	32	42	27
AA	5	2	67	<27	27	<27	32	<27	<27
AB	1	2	67	37	37	56	43	52	46

AC	4	1	68	27	44	41	40	34	32
AD	3	2	69	27	27	40	47	37	31
AE	4	2	69	<27	29	<27	40	27	<27
AF	5	2	71	37	32	48	32	34	32
AG	1	2	73	40	39	37	32	27	34
AH	1	2	74	29	32	29	32	<27	27
AI	1	2	75	<27	<27	35	32	<27	<27
AJ	1	2	75	<27	<27	35	32	<27	<27
AK	1	2	77	42	31	37	47	<27	34
AL	1	2	78	<27	<27	<27	32	<27	<27
AM	5	1	78	27	39	58	37	29	35
AN	1	2	79	34	31	35	32	<27	27
AO	3	2	79	34	31	<27	40	<27	27
AP	1	2	81	<27	27	<27	32	<27	<27
AQ	2	2	82	<27	27	<27	32	<27	<27
AR	1	2	82	27	31	<27	32	<27	<27
AS	2	2	82	<27	35	<27	43	<27	27
AT	1	2	83	34	29	29	37	<27	27
AU	2	2	86	<27	<27	<27	32	<27	<27