

Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica

Psychopathological assessment of language in schizophrenias: literature review

Natalia Jimeno B.¹

Introduction: Language disorders are one of the essential symptoms of schizophrenia and have great clinical relevance. Difficulties for their delimitation and evaluation include partial overlap with formal thought disorders and the heterogeneity of models and methods used to study them. The objective of this paper is to review and compare the tests of language psychopathological evaluation in schizophrenias, both objective and subjective. **Method:** A non-systematic literature review was performed. The collected variables included: type and structure of the test, mode of administration, types of language disorders. **Results:** Three types of tests were analyzed: 1. Objective general tests, such as the psychopathological exploration of the AMDP system, and the Positive and Negative Syndromes Scale. 2. Subjective general tests, such as the Frankfurt Complaint Questionnaire, Bonn Scale for the Evaluation of Basic Symptoms and Self-Evaluation of Negative Symptoms. 3. Specific tests: Scale for the Evaluation of Thought, Language and Communication, Formal Thought Disorder Scales (for carers and patients) and Thought and Language Disorder scale. **Conclusions:** There is a remarkable variability across these tests. The TLC scale is the main specific test. Most of the tests currently available are hetero-applied and focus on the oral format, expressive function and objective method. The tests that use the subjective method can complement the traditional objective method in the psychopathological evaluation of language in schizophrenia.

Key words: Language, psychopathology, schizophrenia.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2019; 57 (1): 34-42

Introducción

Los trastornos del lenguaje constituyen uno de los síntomas esenciales de las esquizofrenias, hasta el punto de que éstas han sido englobadas en

el concepto de “logopatías”¹. Si bien no existen un único patrón uniforme de afectación del lenguaje en las esquizofrenias, algunos de los principales síntomas descritos son las alteraciones en la asociación de ideas, descarrilamiento, disgregación,

Recibido: 23/03/2018

Aceptado: 28/03/2019

Presentación impartida en el: Workshop Lenguaje, Esquizofrenia e Intersubjetividad. Universidad de Chile. Santiago de Chile, 3 de octubre de 2017.

La autora no presenta ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Médico Psiquiatra. Área de Psiquiatría. Universidad de Valladolid. Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de Segovia. España.

neologismos, pobreza del lenguaje, alogia, enlentecimiento, bloqueos y aprosodia. En su libro de “Historia de los síntomas de los trastornos mentales”, Berríos traza un certero y clarificador panorama de las aportaciones de autores como Ségla, Jackson, Kraepelin, Bleuler y Jung al estudio de los trastornos (formales) del pensamiento².

La delimitación y evaluación de estas manifestaciones en un paciente dado no siempre es sencilla, debido a varios motivos, como la posible confusión en la clasificación y terminología acerca de la psicopatología del lenguaje, el parcial solapamiento de los trastornos del lenguaje con los trastornos formales del pensamiento y en menor medida con otras manifestaciones –en especial de la afectividad y de la interacción social– y la heterogeneidad de modelos y métodos utilizados para su estudio. En todo caso, la afectación del lenguaje en las esquizofrenias corresponde fundamentalmente a los aspectos semánticos y pragmáticos¹.

A pesar de las citadas dificultades, esta evaluación reviste, no obstante, una gran relevancia clínica, por ejemplo, en una reciente revisión sobre el trastorno formal del pensamiento, se sugiere que éste puede constituir un marcador de la gravedad de la enfermedad en las psicosis⁴; y pueden emplearse diversos modelos de intervención, como de tipo logopédico para tratar de mejorar estos trastornos⁵.

Los métodos utilizados hasta ahora para la evaluación del lenguaje en personas con esquizofrenia, proceden a su vez, de disciplinas diversas como la lingüística, la neuropsicología, la psicología y la psiquiatría, parte de las cuales pueden aplicarse en el marco de una exploración psicopatológica. Una de las principales pruebas de evaluación de estos trastornos del pensamiento –entendidos como trastornos formales del pensamiento– y lenguaje en las esquizofrenias es la Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación^a (*Scale for*

the Assessment of Thought, Language and Communication, TLC)^{6,7}, que fue además el punto de partida de las muy extendidas escalas de evaluación de síntomas positivos (SAPS) y negativos (SANS)^{8,9}.

Con los objetivos de aumentar el acuerdo y unificar criterios sobre estos trastornos, así como incrementar la fiabilidad en su recogida y cuantificar su intensidad, la TLC se centra exclusivamente en síntomas de tipo objetivo; sin embargo, la autoevaluación de síntomas negativos por parte del paciente, como complemento de la heteroevaluación, es también pertinente, pues permite el análisis de sus propios síntomas y de su funcionamiento global, es un método eficiente respecto al tiempo y proporciona información clínica que no necesariamente ha sido detectada por los cuidadores o personal médico¹⁰.

Existen en la actualidad textos específicos que presentan un gran número de pruebas y escalas de uso en la práctica psiquiátrica, y que en su caso contienen algunos ítems alusivos a trastornos del pensamiento y lenguaje¹¹, o de forma más específica, en rehabilitación psicosocial¹². No obstante, después de un estudio profundo sobre el tema, no conocemos hasta la fecha ningún trabajo que revise las pruebas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias, tanto respecto a las pruebas objetivas como a las subjetivas.

Por todo ello, el objetivo del presente trabajo es: revisar y comparar las pruebas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias, incluyendo pruebas tanto de tipo objetivo como subjetivo.

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica de tipo no sistemático. Los idiomas utilizados han sido: español, inglés, alemán y francés. Para cada una de las pruebas identificadas se han considerado entre otros los siguientes aspectos:

- Tipo de prueba: general o específica.
- Estructura de la prueba.
- Rango de puntuación.
- Administración: autoaplicada o heteroaplicada.

^aEn el presente trabajo solamente se traducen a español los nombres de las pruebas que, según la documentación consultada, se han publicado también en este idioma; en los casos restantes se mantiene la denominación de la publicación original, habitualmente en inglés.

- Tipos de trastornos del lenguaje incluidos:
 - Canal o soporte: oral, escrito, otros.
 - Función afectada: expresivos, comprensivos o receptivos, mixtos.
 - Método de estudio: objetivo, subjetivo.

Resultados

Pruebas generales objetivas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias

Recogemos algunas de las principales, a nuestro juicio, pruebas psicopatológicas de carácter general o global en la Tabla 1.

Como se ha indicado, existen muchas otras pruebas generales que recogen también síntomas del lenguaje, como las más recientes *Brief Negative Symptom Scale* (BNSS)²⁰, validada en español²¹ y la *Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms* (CAINS)²².

Pruebas generales subjetivas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias

A diferencia de las pruebas de tipo objetivo, las pruebas generales de tipo subjetivo son por el contrario mucho menos numerosas, y hemos tratado por ello de recogerlas de forma exhaustiva. Todas ellas, salvo la Autoevaluación de los Síntomas Negativos, se enmarcan en mayor o menor medida en el marco teórico del modelo de los síntomas básicos, que presentamos en otro artículo de este mismo número, por lo que nos remitimos al mismo para la presentación de las características generales de estas pruebas (Tabla 2).

Pruebas específicas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias

Las Pruebas se detallan en la Tabla 3.

Finalmente, cabe mencionar otras pruebas clínicas como:

Tabla 1. Pruebas generales objetivas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias

1. Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS). Inicialmente publicada en 1962 y constituida por 16 ítems ¹³ , en la versión más extendida cuenta con 18 (Overall & Klett, 1972) y aún con 24 en una versión ulterior ¹⁵ . El principal síntoma de interés respecto al tema abordado es <i>desorganización conceptual</i> , se entiende por tal el grado de confusión, disgregación, vaguedad o desorganización del habla
2. El sistema AMDP ¹⁶ . Se trata del Manual para la Documentación de los hallazgos psiquiátricos de la Asociación para la Metodología y Documentación en Psiquiatría, que ha sido publicado en español por el Grupo para el Progreso de la Psiquiatría y editado por López-Ibor en 1980 ¹⁷ . Uno de sus apartados es la exploración psicopatológica, que comprende un total de 100 ítems estructurados en 12 apartados, como los trastornos formales del pensamiento (ítems 15 a 26). Entre los síntomas de afectación del lenguaje se encuentran: <i>pararrespuestas, bloqueo, interceptación del pensamiento, pensamiento disgregado e incoherente, neologismos</i> . En todos los ítems, la puntuación comprende de 0 (dudoso o ausente) a 3 (intenso)
3. Escala de Evaluación de los Síntomas Positivos (SAPS) ⁸ , derivada de la mencionada escala TLC. De ella toma ocho síntomas de la subescala trastornos formales del pensamiento: <i>descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, ilogicalidad, circunstancialidad, presión del habla, distraibilidad y asociaciones fonéticas</i> , que se completan con la <i>valoración global de los trastornos formales del pensamiento</i> . Existen 6 opciones de respuesta en función de la intensidad del síntoma
4. Escala de Evaluación de los Síntomas Negativos (SANS) ⁹ , derivada también de la escala TLC. En la subescala alogia se incluyen los síntomas <i>pobreza del lenguaje, pobreza del contenido del lenguaje, bloqueo y latencia de respuesta incrementada</i> . Tiene las mismas opciones de respuesta que la escala SAPS
5. Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) ¹⁸ , validada en español por Peralta y Cuesta ¹⁹ . Comprende las subescalas: síndrome positivo (P1 a P7), síndrome negativo (N1 a N7) y psicopatología general (G1 a G14). La escala contiene 3 ítems relativos al lenguaje expresivo: <i>desorganización conceptual</i> (P2), <i>ausencia de espontaneidad y fluidez</i> (N6) y <i>pensamiento estereotipado</i> (N7); y uno al lenguaje comprensivo: <i>dificultad en el pensamiento abstracto</i> (N5). Cada ítem cuenta con 7 opciones de respuesta en función de su intensidad

Tabla 2. Pruebas generales subjetivas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias

1. **Inventario Psicopatológico de Frankfurt** (FBF)^{23,24}. De denominación original alemana, el *Frankfurter Beschwerde-Fragebogen* ha sido traducido al inglés como *Frankfurt Complaint Questionnaire* (FCQ). Hemos traducido al español y validado la tercera versión del inventario²⁵, que es la de mayor difusión.

Las dificultades del lenguaje recogidas por el FBF son tanto de tipo expresivo como comprensivo, y afectan tanto al lenguaje oral como escrito. Algunos ejemplos son: “Últimamente al hablar o escribir me cuesta mucho hacer frases largas” (ítem 31); “Cuando alguien me habla, escucho las palabras pero no entiendo adecuadamente lo que quieren decir” (ítem 69); “A veces al leer tropiezo con una palabra corriente que, sin embargo, me obliga a pensar qué significa” (ítem 40); “No me gusta leer porque me cuesta mucho comprender el sentido” (ítem 90). Además, manifestaciones de afectación más grave del lenguaje son: “Con frecuencia sucede que voy a hablar y no puedo porque las palabras se me han ido” (ítem 71) y “Procuro alejarme del contacto con las personas porque me cuesta mucho seguir la conversación” (ítem 93). Finalmente, entre los ítems complementarios, correspondientes a estrategias de superación (“Me ayuda y me encuentro mejor...”), se encuentran las opciones: “si hablo poco” o “si me aíso mucho”.
2. **Escala de Bonn para la Evaluación de Síntomas Básicos** (BSABS). Constituye también una prueba originalmente alemana, *Bonner Skala für die Beurteilung von Basisymptomen* (BSABS), traducida en inglés como *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms*. Ha sido elaborada por Gross, Huber, Klosterkötter y Linz en 1987²⁶, y traducida y adaptada al español tanto por Moríñigo Escalante en Paraguay²⁷ como por nuestro grupo en España²⁸. Los trastornos del lenguaje se incluyen a su vez en la categoría C.1, trastornos de la ideación, de 17 ítems, y son los dos siguientes:
 - a. *Trastornos de la expresión del lenguaje* (C.1.7.). Se percata de las dificultades para expresarse verbalmente (encontrar la palabra adecuada, tener un lenguaje fluido...). Habla fuera de contexto y con palabras inadecuadas. Algunas preguntas para explorar el síntoma son: “¿Puede expresarse tan bien como antes?”, “¿Tiene algunas veces la sensación de que no encuentra las palabras adecuadas para expresarse?”, “¿Tiene que repetir muchas veces las cosas que dice para que queden suficientemente claras?”. Como estrategias de compensación de estos trastornos se incluyen: repetición de palabras o frases, gesticulaciones y mutismo o aislamiento social.
 - b. *Trastornos de la comprensión del lenguaje* (C.1.6.). Se perciben las palabras o frases, pero no se comprende su significado, o se comprende tras mucho esfuerzo y de manera parcial. Comprende dos subtipos: lenguaje visual (lectura) y lenguaje auditivo (escucha). Puede preguntarse: “¿Puede seguir los diálogos tan bien como antes?”, “¿Le sucede a veces que no entiende bien el sentido de las palabras?”, o bien: “¿Necesita leer las frases varias veces o en voz alta para comprender lo que significan?” Sus estrategias de compensación son fundamentalmente dos: pedir que se hable más lentamente, y pedir que se hable más alto y claro.
3. **Escala para la Evaluación Subjetiva de Errores Atencionales** (ESEA)²⁹. Los trastornos expresivos del lenguaje se recogen en los ítems 12 y 13 (intrusiones y déficits, respectivamente), y los comprensivos en el 5 (solamente déficits). Algunos ejemplos de verbalizaciones de pacientes son: “Es como si hay alguien que te va escribiendo en el cerebro lo que tienes que decir” (ítem 12). “Quiero decir una cosa, pero es como si me costara esfuerzo relacionar lo que está en mi cabeza y lo que quiero decir” (ítem 13). “Días atrás tenía que reflexionar mucho sobre lo que se me decía, tenía que volver a repetir las cosas mentalmente” (ítem 5). La puntuación de cada ítem oscila entre 0 (ausente) a 2 (presente).
4. **Self-Evaluation of Negative Symptoms** (SNS). Esta escala autoaplicada, desarrollada en Francia por Dollfus y cols.¹⁰, se compone de 20 afirmaciones, la mayoría literales, sobre experiencias internas de los pacientes acerca de 5 subdominios de síntomas negativos: aislamiento social, disminución del rango emocional (*diminished emotional range*), abulia, anhedonia y alogia, cada uno con 4 ítems. La puntuación de cada ítem oscila entre 0 (muy en desacuerdo) a 2 (muy de acuerdo). Algunos ítems del síntoma alogia son “No tengo tanto que contar como la mayoría de la gente” (ítem 9) y “Hablar me supone 10 veces más esfuerzo que a la mayoría de la gente” (ítem 10).
5. **Examination of Anomalous World Experience** (EAWWE), Lenguaje³⁰. Se trata del dominio 4 de una prueba más amplia, la entrevista semiestructurada EAWWE³¹. Los 10 ítems y 27 subtipos del dominio lenguaje se refieren a determinadas experiencias subjetivas que afectan tanto al lenguaje hablado como escrito, y que en parte corresponden a trastornos cognitivos de la ideación (expresión y comprensión del lenguaje, comprensión de los símbolos, autorreferencia) y de la motricidad y acción (interferencia motora) de la BSABS. Algunos ítems son: cambios específicos en la vivencia estándar del significado de las palabras; elección no convencional de la palabra, gramática o tono, o discurso críptico.

Tabla 3. Pruebas específicas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias

1. **Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación** (*Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication*) (TLC)^{6,7,32}. Como se ha indicado, es la principal prueba de evaluación de trastornos del pensamiento –entendidos como trastornos formales del pensamiento– y lenguaje en las esquizofrenias. Los 18 ítems iniciales de la escala se ampliaron a 20 unos años después. La prueba se administra tras una entrevista estándar con el paciente de unos 45 minutos de duración, y ha sido traducida a diversos idiomas, incluido el español^{33,34}.

Cada uno de los síntomas ha de puntuarse en una escala de 0 (ausente) a 3 (severo) o 4 (extremo), en función de su intensidad o frecuencia³². La autora recomienda sustituir el término general de “trastorno del pensamiento” (*thought disorder*) por los subtipos específicos de trastornos del pensamiento recogidos en la escala; es más, sugiere que la distinción entre trastorno del pensamiento positivo (presión del habla, tangencialidad, falta de lógica, descarrilamiento e incoherencia) y negativo (pobreza del habla y pobreza del contenido del lenguaje) permitiría diferenciar entre esquizofrenia y manía, lo cual ha sido confirmado en un reciente metaanálisis³⁵.

Existe un extenso cuerpo científico sobre los resultados obtenidos en esta prueba, en el que por razones de espacio no podemos entrar en este trabajo. Tan sólo mencionaremos el también reciente hallazgo de que los trastornos positivos del pensamiento –*disconnected speech*– predicen el funcionamiento laboral, y los negativos –*underproductivity*– la capacidad de comunicarse con habilidad en situaciones sociales semiestructuradas³⁶.

Por ser la prueba de mayor difusión y con la que se cuenta mayor experiencia en la evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias, se presentan a continuación las definiciones de los síntomas del lenguaje que se consideran más relevantes o de mayor utilidad en pacientes afectados por esta patología.

- *Pobreza del contenido del lenguaje (o del habla) (pobreza de pensamiento, alogia, verbigeración, trastorno formal negativo del pensamiento)*. Aunque las respuestas son suficientemente largas y el lenguaje es adecuado en cantidad, conlleva poca información. El lenguaje tiende a ser vago, a menudo muy abstracto o bien demasiado concreto, repetitivo y estereotipado.
- *Tangencialidad*. Consiste en contestar a una pregunta de una forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante. La respuesta puede estar relacionada con la pregunta de alguna forma distante, o bien puede no tener relación alguna y parecer totalmente irrelevante.
- *Descarrilamiento (asociaciones laxas, fuga de ideas)*. Una forma de habla espontánea en la cual las ideas se van del hilo hacia otro que está relacionado de forma clara pero oblicua, o bien hacia otro hilo que no tiene ninguna relación.
- *Incoherencia (ensalada de palabras, jargonofasia, esquizofasia, paragramatismo)*. Un tipo de habla que es esencialmente incomprensible a veces. Puede deberse a varios mecanismos: partes de frases coherentes en medio de una frase incoherente en su totalidad; sustituciones de palabras en las frases, de forma que el significado parece distorsionado o destruido; omisión de conjunciones (“y”, “aunque”...), o artículos como “el”, “la”, neologismos, etc. A menudo se acompaña de descarrilamiento.
- *Falta de lógica*. Patrón del habla en el que se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica.
- *Neologismos*. Formación de nuevas palabras; consiste en una palabra o grupo de palabras completamente nuevo cuya derivación no puede ser comprendida.
- *Perseveración*. Repetición persistente de palabras, ideas, o temas de forma que, una vez el paciente empieza un tema concreto o una palabra concreta, continuamente vuelve a ello en el proceso de habla.

La escala TLC contiene también los siguientes trastornos: *pobreza del habla, presión del habla, distraibilidad, asociaciones fonéticas, aproximaciones de palabras, circunstancialidad, pérdida de meta, ecolalia, bloqueo, afectación del habla, autorreferencia, parafasia fonémica, parafasia semántica*.

2. **Bizarre-Idiosyncratic Thinking (BIT) – Comprehensive Index of Positive Thought Disorder**³⁷. Para la obtención de la muestra de habla, se requiere la aplicación previa de dos pruebas verbales breves. Una vez conceptualizado el pensamiento bizarro-idiosincrásico –que comprende tanto habla como conducta–, los autores proponen un índice que comprende cinco categorías y 11 subcategorías. Entre estas últimas se incluyen: *verbalizaciones extrañas, pérdida de comunicación compartida, razonamiento o lógica peculiar o idiosincrásica, ideas confusas o desorganizadas y respuestas sobreelaboradas*.

3. **Clinical Language Disorder Rating Scale** (CLANG)³⁸. Consta de 17 ítems con cuatro opciones de respuesta, desde normal (0 puntos) a intenso (3 puntos). Además de ítems habituales como *pobreza del habla* o *neologismos*, a diferencia de otras pruebas incluye síntomas menos comunes como aspectos no verbales del lenguaje oral –como *disfluencia* o *disartria*–, de la sintaxis –*estructural sintáctica anormal* o *limitaciones sintácticas excesivas*–, *fallos de referencia* o *trastorno de la pragmática*.

4. **Formal Thought Disorder Scale for carers (FTD-c)**³⁹. Desarrollada simultáneamente a la *Formal Thought Disorder Scale for patients*, ambas comprenden distintos aspectos de la comunicación: pragmática, selección de léxico y sintaxis, memoria y atención, comunicación paralingüística y no verbal, otros síntomas de trastorno formal del pensamiento; así pues existe un solapamiento parcial entre ambas escalas. En la FTD-c, como su nombre indica, es el cuidador el que debe puntuar de 1 a 4 cada uno de los ítems, en general a mayor puntuación y frecuencia, más anormal es la respuesta.
5. **Formal Thought Disorder Scale for patients (FTD-p)**³⁹. Se publica de forma simultánea a la anterior y comprende los aspectos de la comunicación ya mencionados. Está compuesta por 29 ítems, como por ejemplo: “Me resulta difícil dar instrucciones, como direcciones para ir a un lugar”; “Me he encontrado a mí mismo hablando de forma que otras personas pueden encontrar raro”.
6. **Escala Thought and Language Disorder (TALD)**⁴⁰. Se trata de una prueba de 30 ítems que ha sido desarrollada tras una pormenorizada revisión bibliográfica acerca de todos los síntomas del trastorno formal del pensamiento. Se aplica, como la TLC, tras una entrevista previa de unos 50 minutos, cada ítem se valora en un rango de 0 (ausente) a 4 (grave). Recoge síntomas del lenguaje oral, tanto de la función expresiva como comprensiva, y tanto de tipo objetivo como subjetivo. Los síntomas objetivos se superponen en gran parte con los de la TLC, si bien pueden existir algunas diferencias de tipo conceptual. Así, se incluyen ítems como: *descarrilamiento*, *tangencialidad*, *neologismo*, y también otros como *pensamiento enlentecido* o *concretismo*. Entre los síntomas subjetivos se encuentran entre otros: *disfunción del habla receptiva*, *disfunción del habla expresiva* y *disfunción de la iniciativa e intencionalidad del pensamiento*.

- *Thought Disorder Index (TDI)*⁴¹. Se basa en un índice anterior⁴².
- *Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale (K-FTDS)*⁴³.
- *Thought and Language Index (TLI)*⁴⁴.
- *Bonn Scale Receptive and Expressive Language Impairment Index (BSRELI)*⁴⁵, que incluye ítems del FBF y de la BSABS.
- *Schizophrenia Communication Disorder Scale (SCD)*⁴⁶, elaborada a partir de una primera versión de 15 ítems⁴⁷.

Se considera una prueba lingüística y se excluye en el presente trabajo como prueba clínica de evaluación psicopatológica como tal, el *Communication Disturbances Index*⁴⁸.

Conclusiones

Así pues, una evaluación psicopatológica del lenguaje más precisa y documentada, como la que puede realizarse con una o varias de las pruebas presentadas, podría permitir profundizar la investigación en este campo, como por ejemplo determinar correlaciones de los síntomas del lenguaje con indicadores neurobiológicos o lingüísticos, es-

tablecer su presencia en sujetos de alto riesgo o su papel como indicador precoz de la esquizofrenia, identificar sujetos susceptibles de rehabilitación o intervención con programas específicos, o constituir un factor predictor del funcionamiento global o de la calidad de vida del sujeto.

Como conclusiones establecemos las siguientes:

1. Desde la perspectiva psicopatológica, existen pruebas tanto generales como específicas para la evaluación de los trastornos del lenguaje en las esquizofrenias.
2. Existe una notable variabilidad en dichas pruebas, en particular respecto a su estructura, como el número y tipos de ítems o síntomas que la integran.
3. La aplicación rigurosa de una prueba de evaluación psicopatológica del lenguaje requiere el conocimiento previo de las características, y en su caso síntomas, de la misma.
4. La escala TLC es actualmente la principal prueba de evaluación psicopatológica del lenguaje de tipo específico y la que cuenta con mayor difusión y resultados publicados.
5. La mayor parte de las pruebas disponibles actualmente son heteroaplicadas y se centran en el formato oral, función expresiva y método objetivo.

6. Las pruebas que utilizan el método subjetivo pueden complementar el método objetivo tradicional en la evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias.

Agradecimientos

Ayudas de Movilidad para Personal Docente e Investigador de la Universidad de Valladolid,

que han posibilitado la financiación parcial de las estancias de trabajo en las universidades de Frankfurt, Alemania (Prof. L. Süllwold), Aquisgrán, Alemania (Prof. J. Klosterötter), Iowa, Estados Unidos (Prof. N.C. Andreasen) y Oxford (Prof. A. Barrera). La Universidad de Valladolid no ha tenido ningún tipo de influencia en el diseño del estudio; en la recolección, el análisis o la interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Resumen

Introducción: Los trastornos del lenguaje constituyen uno de los síntomas esenciales de las esquizofrenias y tienen gran relevancia clínica. Entre las dificultades para su delimitación y evaluación se encuentra su parcial solapamiento con los trastornos formales del pensamiento y la heterogeneidad de modelos y métodos para su estudio. El objetivo del presente artículo es revisar y comparar las pruebas de evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias, tanto de tipo objetivo como subjetivo. **Método:** Se ha realizado una revisión bibliográfica de tipo no sistemático. Entre las variables recogidas se incluyen: tipo y estructura de la prueba, modo de administración, tipos de trastornos del lenguaje. **Resultados:** Se analizan tres tipos de pruebas: 1. Pruebas generales objetivas, como el sistema AMDP: exploración psicopatológica, y la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo. 2. Pruebas generales subjetivas, como el Inventario Psicopatológico de Frankfurt, Escala de Bonn para la Evaluación de Síntomas Básicos y Self-Evaluation of Negative Symptoms. 3. Pruebas específicas: Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación, Formal Thought Disorder Scales (para cuidadores y pacientes) y escala Thought and Language Disorder. **Conclusiones:** Existe una notable variabilidad en dichas pruebas. La escala TLC es la principal prueba de tipo específico. La mayor parte de las pruebas disponibles actualmente son heteroaplicadas y se centran en el formato oral, función expresiva y método objetivo. Las pruebas que utilizan el método subjetivo pueden complementar el método objetivo tradicional en la evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias.

Palabras clave: Lenguaje, psicopatología, esquizofrenia.

Referencias bibliográficas

1. Dörr O. Esquizofrenia, lenguaje y evolución (o las esquizofrenias como logopatías). *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38: 1-7.
2. Berríos GE. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México: FCE; 2008.
3. Salavera C, Puyuelo M. Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Rev Logop Foniatría y Audiol* 2010; 30: 84-93.
4. Roche E, Creed L, Macmahon D, Brennan D, Clarke M. The Epidemiology and Associated Phenomenology of Formal Thought Disorder: A Systematic Review. *Schizophr Bull* 2015; 41: 951-62.
5. Joyal M, Bonneau A, Fecteau S. Speech and

- language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2016; 240: 88-95.
6. Andreasen NC. Thought, Language and Communication Disorders I. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 1315-21.
 7. Andreasen NC. Thought, Language and Communication Disorders II. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 1325-30.
 8. Andreasen NC. Scale for the Assessment of Positive Symptoms. Iowa: University of Iowa; 1984.
 9. Andreasen NC. Scale for the Assessment of Negative Symptoms. Iowa: University of Iowa; 1984.
 10. Dollfus S, Mach C, Morello R. Self-Evaluation of Negative Symptoms: A Novel Tool to Assess Negative Symptoms. *Schizophr Bull* 2016; 42: 571-8.
 11. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 6ª ed. Madrid: CYESAN; 2011.
 12. Fernández JA, Touriño R, Benítez N, Abelleira C (coords). Evaluación en rehabilitación psicosocial. Fernández JA, Touriño R, Benítez N, Abelleira C (coords), editores. Madrid: FEARP; 2010.
 13. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799-812.
 14. Overall JE, Klett CJ. *Applied Multivariate Analysis*. New York: McGraw Hill; 1972.
 15. Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein K, Liberman R, Green M, Shaner A. Appendix 1: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Expanded version (4.0) scales, anchor points and administration manual. *Int J Methods Psychiatr Res* 1993; 3: 227-44.
 16. Bobon DP, editor. *Le manual AMDP*. Liège; 1978.
 17. Asociación para la Metodología y Documentación en Psiquiatría. El sistema AMDP. Manual para la documentación de los hallazgos psiquiátricos. López-Ibor JJ, editor. Madrid: Garsi; 1980.
 18. Kay S, Fiszbein A, Opler L. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-76.
 19. Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1994; 53: 31-40.
 20. Kirkpatrick B, Strauss GP, Nguyen L, Fischer BA, Daniel DG, Cienfuegos A, et al. The brief negative symptom scale: Psychometric properties. *Schizophr Bull* 2011; 37: 300-5.
 21. Mané A, García-Rizo C, García-Portilla MP, Bergé D, Sugranyes G, García-Álvarez L, et al. Spanish adaptation and validation of the Brief Negative Symptoms Scale. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 1726-9.
 22. Kring AM, Gur RE, Blanchard JJ, Horan WP, Reise SP. The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): Final Development and Validation. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 165-72.
 23. Süllwold L. Symptome schizophrener Erkrankungen. *Uncharakteristische Basisstörungen*. Berlin: Springer; 1977.
 24. Süllwold L. Die Selbstwahrnehmung defizitärer Störungen: Psychologische Aspekte des Basisstörungskonzeptes. En: Süllwold L, Huber G, editores. *Schizophrene Basisstörungen*. Berlin: Springer; 1986. p. 1-38.
 25. Jimeno N, Jimeno Valdés A, Vargas ML. El síndrome psicótico y el Inventario de Frankfurt. *Conceptos y resultados*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1996. 184 p.
 26. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms). Berlin: Springer; 1987.
 27. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. Escala de Bonn para Evaluación de Síntomas Básicos. Moriñigo Escalante JC, editor. Asunción (Paraguay): Universidad Nacional de Asunción; 1992.
 28. Jimeno N, Jimeno Valdés A, Vargas ML, Dorado ML, Rodríguez MJ. Versión española de la escala BSABS. Presentación inicial. En: Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y Sociedad Española Psiquiatría Biológica (SEPB) *La Psiquiatría en la década del cerebro Congreso Sevilla 95*. Madrid: ELA; 1995. p. 483-7.
 29. Vargas ML, Jimeno N. Esquizofrenia e insuficiencia atencional. Escala ESEA para la evaluación subjetiva de errores atencionales. Valladolid: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial de la Universidad de Valladolid; 2002.
 30. Pienkos E, Sass L. Language: On the Phenomenology of Linguistic Experience in Schizophrenia

- (Ancillary Article to EAWWE Domain 4). *Psychopathology* 2017; 50: 83-9.
31. Sass L, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J, et al. EAWWE: Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology*. 2017; 50: 10-54.
 32. Andreasen NC. Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophr Bull* 1986; 12: 473-82.
 33. Obiols J. Escala para la evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación.
 34. Obiols J. Evaluación de los trastornos de lenguaje en la esquizofrenia. En: *psiquiatria.com*. 2002.
 35. Yalincetin B, Bora E, Binbay T, Ulas H, Akdede BB, Alptekin K. Formal thought disorder in schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2017; 185: 2-8.
 36. Muralidharan A, Finch A, Bowie CR, Harvey PD. Thought, language, and communication deficits and association with everyday functional outcomes among community-dwelling middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophr Res*. DOI: 10.1016/j.schres.2017.07.017.
 37. Marengo JT, Harrow M, Lanin-Kettering I, Wilson A. Evaluating bizarre-idiosyncratic thinking: a comprehensive index of positive thought disorder. *Schizophr Bull* 1986; 12: 497-511.
 38. Chen EYH, Lam CWL, Kan CS, Chan CKY, Kwok CL, Nguyen DGH, et al. Language Disorganization In Schizophrenia: Validation And Assessment With A New Clinical Rating Instrument. *Hong Kong J Psychiatry* 1996; 6: 4-13.
 39. Barrera A, McKenna PJ, Berríos GE. Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2008; 157: 225-34.
 40. Kircher T, Krug A, Stratmann M, Ghazi S, Schales C, Frauenheim M, et al. A rating scale for the assessment of objective and subjective formal thought and language disorder (TALD). *Schizophr Res* 2014; 160: 216-21.
 41. Johnston MH, Solovay MR, Shenton ME, Gasperetti C, Coleman M, Kestnbaum E, et al. Scoring Manual for the Thought Disorder Index. *Schizophr Bull* 1986; 12: 483-96.
 42. Johnston MH, Holzman PS. Assessing Schizophrenic Thinking. Citado por Berenbaum, 1995. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
 43. Caplan R, Guthrie D, Fish B, Tanguay PE, David-Lando G. The Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale: clinical assessment, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 408-16.
 44. Liddle PF, Ngan ETC, Caissie SL, Anderson CM, Bates AT, Quedstedt DJ, et al. Thought and language index: An instrument for assessing thought and language in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 326-30.
 45. Maggini C, Raballo A, Pelizza L, Painsi M, Croci R. Subjective experience of language impairment and psychopathology in schizophrenia. *Psychopathology* 2003; 36: 17-22.
 46. Bazin N, Sarfati Y, Lefrère F, Passerieux C, Hardy-Baylé MC. Scale for the evaluation of communication disorders in patients with schizophrenia: A validation study. *Schizophr Res* 2005; 77: 75-84.
 47. Olivier V, Hardy-Baylé M, Lancrenon S, Fermanian J, Sarfati Y, Passerieux C, et al. Rating scale for the assessment of communication disorders in schizophrenics. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 352-61.
 48. Docherty NM, DeRosa M, Andreasen NC. Communication disturbances in schizophrenia and mania. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 358-64.

Correspondencia:

Natalia Jimeno B.

Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

C/Ramón y Cajal 7. 47005 Valladolid, España.

Email: najimeno@med.uva.es