

RELACIÓN ENTRE DISCURSO DESORGANIZADO, FUNCIONES COGNITIVAS Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Emilio González-Pablos¹, Alba Ayuso-Lanchares², Carlota Botillo-Martín¹ y Carlos Martín-Lorenzo¹

¹*Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias Palencia;*

²*Universidad de Valladolid (España)*

Resumen

La esquizofrenia comprende un gran abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales; entre otras dificultades las personas con esquizofrenia muestran discurso desorganizado, también llamado trastorno formal del pensamiento o trastorno del discurso. El objetivo de este trabajo consiste en analizar y encontrar asociaciones entre el discurso desorganizado, la atención, la alteración cognitiva, y la relación que tienen con la gravedad y la funcionalidad social y adaptativa de los pacientes con esquizofrenia de evolución crónica que residen en una institución. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional y explicativo para la investigación, con 71 pacientes diagnosticados de esquizofrenia crónica con diferentes escalas clínicas, escalas de evaluación cognitivas y escalas de funcionamiento social. Los resultados muestran que las personas con esquizofrenia tienen dificultades en todas las áreas evaluadas. Se observa que el habla desconectada o desorganizada correlaciona de manera positiva con la función cognitiva, la gravedad clínica y el funcionamiento social. Como conclusión, se observan una serie de asociaciones entre estas variables y es necesario tenerlas en cuenta para realizar una correcta intervención con esta población.

PALABRAS CLAVE: *esquizofrenia, discurso desorganizado, funcionamiento social, deterioro cognitivo.*

Abstract

People with schizophrenia exhibit a wide range of cognitive, behavioral, and emotional dysfunctions; among other difficulties, people with schizophrenia show disorganized speech, also called formal thought disorder or discourse disorder. The aim of this work is to analyze and find associations between disorganized speech, attention, cognitive impairment, and their relationship with the severity and social and adaptive functioning of patients with schizophrenia of chronic evolution living in an institution. A descriptive correlational and quantitative explanatory design is carried out with 71 patients diagnosed with chronic schizophrenia with different clinical scales, cognitive assessment scales and social functioning scales. The results show that people with schizophrenia have difficulties in all the areas assessed.

Disconnected or disorganized speech is found to correlate positively with cognitive function, clinical severity, and social functioning. In conclusion, several associations between these variables are observed and need to be considered for proper intervention with this population.

KEY WORDS: *schizophrenia, disorganized speech, social functioning, cognitive impairment.*

Introducción

La esquizofrenia comprende un gran abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Para realizar un correcto diagnóstico, el DSM-5 indica que es necesario que aparezcan dos o más de los síntomas siguientes: a) delirios, b) alucinaciones, c) discurso desorganizado (p. ej., disgregación e incoherencia frecuente), d) comportamiento muy desorganizado o catatónico, e) síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia); además de un nivel de funcionamiento laboral o social reducido (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El trastorno del discurso o lenguaje ha recibido numerosos nombres como trastorno formal del pensamiento o discurso desorganizado, y está recogido en la historia de la psiquiatría como una dificultad que acompaña a las personas con esquizofrenia en muchas ocasiones (Jerónimo *et al.*, 2018). En las concepciones originales de la esquizofrenia el trastorno del lenguaje es considerado muy importante (Bleuler, 1911). El trastorno formal del pensamiento forma parte de la dimensión desorganizada de la esquizofrenia (Maj *et al.*, 2021); y está muy relacionado con la neurocognición (Minor *et al.*, 2015); y son los síntomas psicóticos cuya contribución al funcionamiento de los sujetos que los presentan es más significativa (Rocca *et al.*, 2018).

Se han desarrollado varios instrumentos diagnósticos para evaluar estos trastornos del lenguaje, siendo el más recomendado la escala la Escala de evaluación del pensamiento, el lenguaje y la comunicación (TLC) (Andreasen, 1979 a,b), para realizar una evaluación del lenguaje en esta población (Jimeno, 2019; Maj *et al.*, 2021). La escala TLC se puede dividir en dos dimensiones: el trastorno de pensamiento negativo o subproductividad verbal (que supone una disminución de la producción lingüística general) y el trastorno del pensamiento positivo también llamado habla desconectada o habla o discurso desorganizado (que incluye anomalías del lenguaje como tangencialidad, incoherencia, etc.), que han sido ampliamente utilizados en la literatura (Bowie y Harvey, 2008; Bowie *et al.*, 2005; Harvey *et al.*, 1992, 1997), y son en los que nos vamos a centrar en este artículo.

El habla desorganizada o desconectada, ya fue descrita por Bleuler (1911) cuando explicó que las personas con esquizofrenia solían tener rupturas en las conexiones entre los pensamientos conscientes que se constataban en su lenguaje y síntomas de desorganización (Minor *et al.*, 2018). Existen pocos estudios que relacionen el habla desconectada y los déficits cognitivos (Buck *et al.*, 2015; Minor *et al.*, 2015). Pero es importante realizar esta asociación y conocer si existe, ya que además de las dificultades del lenguaje, las personas con esquizofrenia muestran un

importante deterioro cognitivo (Keefe, 2008; Miguel de Diego *et al.*, 2017; Sanguino *et al.*, 2018). Estas dificultades en el deterioro cognitivo son mayores en la memoria (a corto y largo plazo), la atención, la resolución de problemas y la velocidad de procesamiento (Gold *et al.*, 2018; Jahuar *et al.*, 2022). Según Green (2019) las funciones cognitivas más afectadas en las personas con esquizofrenia son: velocidad de procesamiento, aprendizaje verbal y memoria, aprendizaje y memoria visuoespacial, memoria de trabajo, atención/vigilancia, y, razonamiento y resolución de tareas. Existen multitud de artículos que hablan sobre la relación existente entre la alteración cognitiva y el desenlace funcional en la esquizofrenia. Estos desenlaces han incluido funcionamiento social o la capacidad para adquirir habilidades en los programas de rehabilitación para muestras de pacientes ingresados. Además, se asocian con dificultades con las habilidades instrumentales, en la resolución de problemas, y en el funcionamiento social entendiendo este último como la capacidad de un individuo para mantener relaciones interpersonales y participar de manera efectiva en interacciones sociales (Marggraf *et al.*, 2020). Existe gran relación entre la alteración cognitiva de las personas con esquizofrenia y el desenlace funcional en la esquizofrenia. Se incluyen dentro de estos desenlaces al funcionamiento social (tener éxito en el trabajo y lograr una vida independiente) además de la capacidad para adquirir habilidades en los programas de rehabilitación (Green, 2019). Según Harvey y Strassnig (2012) la discapacidad es frecuente en la esquizofrenia, ocasionando incapacidad para funcionar en entornos cotidianos. Parece probable que haya múltiples causas: la cognición, ciertos síntomas clínicos (depresión, anhedonia, etc.), varios factores ambientales y sociales (tipo de vida, estigma, etc.) y otros (obesidad, comorbilidades médicas, sedentarismo, etc.). En un metaanálisis de Marggraf *et al.* (2020), se consideró que sí existía una relación entre el trastorno del lenguaje y el funcionamiento social, pero que era necesario continuar la exploración con otros procesos cognitivos.

El propósito de este trabajo consiste en analizar y encontrar asociaciones entre el discurso desorganizado, la atención, la alteración cognitiva y la relación que tienen con la gravedad y la funcionalidad social y adaptativa de una muestra de pacientes con esquizofrenia de evolución crónica, que residen en un centro sociosanitario. Las hipótesis fueron: (a) el habla desconectada está relacionada con la impulsividad de las personas con esquizofrenia; (b) el habla desconectada está relacionada con algunas funciones cognitivas (como el aprendizaje verbal inmediato, memoria de trabajo, fluidez verbal, aprendizaje verbal diferido y velocidad de procesamiento) y (c) el habla desconectada está relacionada con el funcionamiento social en las personas con esquizofrenia.

Método

Participantes

Se obtuvo una muestra intencional (Etikan y Bala, 2017) de 71 pacientes que padecen esquizofrenia crónica. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) estar diagnosticados de esquizofrenia y tener una evolución crónica, b) estar ingresados en el centro donde se realiza la investigación desde hace más de 2 años, y c) que sean colaboradores y ellos mismos o sus tutores legales firmen el consentimiento informado para participar en el estudio. Como criterio de exclusión se consideró que los pacientes presentaran otro tipo de trastornos o enfermedades neurológicas (p. ej., enfermedad de Parkinson, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Alzheimer, demencia).

Un 59,2% de los participantes eran hombres y un 40,8% mujeres. La edad estaba entre 39 y 93 años ($M= 66,50$; $DT= 10,44$). El tiempo medio de ingreso es de 22,93 años ($DT= 10,29$). Todos ellos siguen tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos y tratamiento psicoterapéutico con terapia individual y grupal. El 53,52% de los participantes toman un único antipsicótico; el 40,84% toman dos antipsicóticos y el 5,63% tres antipsicóticos diferentes. Del total de fármacos antipsicóticos: un 60,19% son de 2ª generación; y 39,81% de 1ª generación. Los fármacos de segunda generación que toman son los siguientes: clozapina, risperidona, quetiapina, olanzapina, aripiprazol, amisulpirida, ziprasidona, palmitato de paliperidona; y los fármacos de primera generación son: Zuclopentixol decanoato, Clotiapina, Levomepromazina y Haloperidol. En la historia de los pacientes solo se recogen dos casos de intento de suicidio y dos casos de trastorno por uso de sustancias, no activos desde su ingreso. En cambio, el consumo de tabaco si es frecuente. En la clínica de los pacientes se repite la persistencia de la sintomatología psicótica positiva (delirios, alucinaciones, etc.), así como la presencia de síntomas negativos (apatía, anhedonia, desinterés, etc.). Y al mismo tiempo, son cada vez más importantes los déficits cognitivos y funcionales

Instrumentos

- a) "Escala de evaluación del pensamiento, el lenguaje y la comunicación" (*Thinking, Language and Communication, TLC*; Andreasen, 1979 a, b). La TLC evalúa las alteraciones del lenguaje en paciente con esquizofrenia mediante 20 ítems. Para este estudio se utilizaron únicamente los siguientes ítems: pobreza del contenido del habla, descarrilamiento, tangencialidad, pérdida de finalidad, circunstancialidad e incoherencia. Estos ítems componen el habla o discurso desorganizado (Bowie *et al.*, 2005; Bowie y Harvey, 2008). Cada uno de los ítems se puntúa de 0 (ausente) a 3 o 4 (grave o extremo). La puntuación total del habla desorganizada puede ser de 0 a 22; siendo 22 (grave o extremo) y 0 (ausente). En trabajos anteriores (p. ej., Harvey *et al.*, 1992, Harvey *et al.*, 1997) encontraron que estos ítems tienen una fiabilidad adecuada en personas mayores con esquizofrenia.

- b) "Impresión clínica global" (*Clinical Global Impression*, CGI; Guy, 1976). La CGI consta de un único ítem que valora la gravedad clínica utilizando una escala tipo Likert de 8 puntos que van desde 0 a 7. A mayor puntuación, mayor gravedad.
- c) "Escala de evaluación de la actividad global" (EEAG) (*Global Assessment of Functioning*, GAF; *American Psychiatric Association*, 1980). La EEAG permite evaluar el nivel de actividad y funcionamiento global del paciente. Se puntúa mediante una escala que oscila entre 1 y 100. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.
- d) "Test de percepción de diferencias – Revisado" (CARAS-R; Thurstone y Yela, 2012). El CARAS-R se utiliza para evaluar los aspectos perceptivos atencionales. En esta prueba obtenemos el índice de control de la impulsividad (ICI), considerando que existen dificultades cuando el eneatipto es superior a 4. También se valoran los aciertos menos errores (A-E) y si el eneatipto es inferior a 6 indica que existen dificultades atencionales (Green, 2019).
- e) "Mini-examen cognoscitivo" (MEC-30) (*Mini-Mental State Examination*, MMSE; Folstein *et al.* (1975), versión española de Lobo *et al.* (1979). El MEC-30 permite detectar el deterioro cognitivo y evalúa su gravedad. Las áreas que explora son 5: orientación temporal y espacial, memoria inmediata, atención y cálculo, memoria diferida y por último lenguaje y praxis. Se obtiene una puntuación total que es la suma de cada uno de los ítems. El punto de corte es de 23/24 para personas de más de 65 años y de 27/28 para adultos menores de 65 años. Por encima de esas cifras se considera funcionamiento cognitivo normal y por debajo se considera posible deterioro cognitivo.
- f) "Cribado de deterioro cognitivo en psiquiatría" (*Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry*, SCIP; Purdon, 2005), versión adaptada y validada en español por Pino *et al.* (2006). El SCIP es una prueba de cribado cognitivo que se utiliza para detectar los déficits cognitivos que suelen tener las personas con algún trastorno mental. El SCIP consta de 5 subtest que evalúan distintas áreas cognitivas: el aprendizaje audioverbal inmediato, la memoria de trabajo, la fluidez verbal, el recuerdo del aprendizaje audioverbal inmediato y la velocidad psicomotriz. Cada sección otorga una puntuación individual y la suma de todas ellas resulta en la puntuación final, que va de 0 a 100. Si el resultado es inferior a 40, se considera que la persona tiene dificultades.
- g) "Test breve de evaluación del funcionamiento" (*Functioning Assessment Short test*, FAST; Rosa *et al.*, 2007). Este test evalúa el funcionamiento de una persona en su vida diaria, tanto en términos de su capacidad para realizar actividades cotidianas como en su participación en la sociedad y está diseñado específicamente para personas ingresadas en una institución. Consta de 6 secciones (autonomía, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales, ocio y funcionamiento laboral), con un total de 24 ítems. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 4 puntos, desde 0 (ninguna dificultad) hasta 3 (mucha dificultad). Este test proporciona una puntuación por áreas y global. No existen puntos de corte establecidos; a mayor puntuación, mayor dificultad en el funcionamiento. En este trabajo no utilizamos la sección relativa al funcionamiento laboral porque los pacientes no trabajan (se eliminaron 5 ítems).

Procedimiento

Se llevó a cabo un diseño descriptivo correlacional y explicativo (Bloomfield y Fisher, 2019). Para comenzar fue necesario que todos los participantes o sus tutores legales firmaran el consentimiento informado. Posteriormente se realizó la recogida de datos por parte de dos logopedas, que se encargaron de aplicar el TLC y el SCIP, y una psiquiatra que se encargó de aplicar el resto de las pruebas. La evaluación de los participantes fue individual, se realizó en tres días diferentes para evitar la fatiga de los participantes y que su atención se mantuviera.

Análisis de datos

Se realizó el análisis estadístico con SPSS Statistics v. 27.0 para Windows. Primero se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y al encontrar que la muestra no tenía una distribución normal, realizamos la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman con un nivel de significancia de un 5%, para valorar la correlación existente entre variables. El coeficiente de correlación de las variables indica la fuerza de esta correlación que puede ser diferente dependiendo del valor: 1-0,5 indica que es fuerte; 0,5-0,3 indica que es moderada, y menor de 0,3 indica que es débil (Akoglu, 2018).

Resultados

Análisis descriptivo

En la tabla 1 se incluyen los resultados de los estadísticos descriptivos de los participantes. Se observa que las personas con esquizofrenia tienen dificultades en el habla desconectada; pero también se observa una gran variedad en los resultados ya que el mínimo que al menos uno de ellos obtiene es 0 y el máximo es 20. Podemos determinar que existen dificultades en la atención (CARAS-R A-E), pero no podemos determinar que ocurre lo mismo con el control de impulsos (CARAS-R ICI), puesto que se trata de un resultado normotípico. Respecto a los rasgos cognitivos medidos con el SCIP, se observa que tienen dificultades en todos los aspectos, tanto en las subpruebas como en la prueba total. Ordenados de mayor a menor dificultad están los siguientes: velocidad de procesamiento, aprendizaje verbal inmediato, aprendizaje verbal diferido, fluidez verbal y memoria de trabajo.

Respecto al EEAG, su puntuación es baja, lo que revela un nivel de actividad bajo; mientras que el resultado del CGI es elevado lo que revela un estado de gravedad importante. La puntuación total del FAST expresa un grado de dificultad bastante grande en las distintas áreas de funcionamiento. Cuando se dividen los resultados por áreas, se puede observar que los participantes tienen un elevado grado de dificultades en su autonomía y en el funcionamiento cognitivo, también supone un grado de dificultad elevado para hacer cálculos, o concentrarse en una película, o recordar un nombre o aprender nueva información. También tienen dificultades en las finanzas, en el área de relaciones interpersonales y en el área de ocio.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de los resultados de cada una de las subpruebas

Instrumento/variable	M	DT	Mínimo	Máximo
TLC Habla desconectada	9,07	4,34	0,00	20,00
Caras- R A-E (eneatipo)	1,01	0,12	1,00	2,00
Caras-R ICI (eneatipo)	1,51	1,14	1,00	5,00
SCIP AV-I (PC)	10,30	20,00	1,00	94,00
SCIP MT (PC)	20,21	23,77	1,00	87,00
SCIP FV (PC)	19,80	24,13	1,00	96,00
SCIP AVD (PC)	17,65	21,15	4,00	93,00
SCIP VP (PC)	9,25	17,85	1,00	84,00
SCIP total (PC)	9,03	17,24	1,00	94,00
EEAG	32,61	9,63	15,00	60,00
CGI	5,72	0,68	5,00	7,00
MEC30	23,23	5,67	10,00	30,00
FAST PT	44,63	6,53	24,00	57,00
FAST Autonomía	10,11	1,56	5,00	12,00
FAST Funcionamiento cognitivo	9,54	3,26	3,00	15,00
FAST Finanzas	5,25	0,91	2,00	6,00
FAST Relaciones interpersonales	14,21	2,71	7,00	18,00
FAST Ocio	5,70	0,72	4,00	9,00

Nota: CARAS-R= Test de percepción de diferencias – Revisado; A-E= aciertos menos errores; ICI= índice de control de la impulsividad; SCIP= Cribado de deterioro cognitivo en psiquiatría; AVI-I= aprendizaje verbal inmediato; PC= percentil; MT= memoria de trabajo; FV= fluidez verbal, AV-D= aprendizaje verbal diferido; VP= velocidad de procesamiento; FAST= Test breve de evaluación del funcionamiento; PT= puntuación típica.

Análisis correlacional

En la tabla 2 se incluyen los resultados de la correlación Rho de Spearman entre las diferentes variables. Se encontró una correlación positiva moderada entre el habla desconectada y la impulsividad que medimos con el CARAS-R ICI, con el CGI o gravedad clínica y con el Fast total que mide el funcionamiento, Fast autonomía, Fast funcionamiento cognitivo y Fast finanzas. Lo que indica que los sujetos que muestran un habla desconectada suelen tener más dificultades en el resto de las variables que han correlacionado. También existe una correlación moderada negativa entre el habla desconectada y el SCIP de aprendizaje verbal inmediato, el SCIP de fluidez verbal, el SCIP del aprendizaje verbal diferido, la prueba total del SCIP o el deterioro cognitivo, el EEAG que mide el funcionamiento general, el MEC-30 que mide el deterioro cognitivo. También correlaciona, aunque de manera débil, con el SCIP de velocidad de procesamiento.

El FAST total correlaciona con todas sus subpruebas. Además, existe una correlación positiva y fuerte entre el FAST y la edad. También existe una correlación negativa fuerte entre el FAST y el EEAG, el MEC-30 y de manera moderada con varias subpruebas del SCIP: SCIP AV-D, AV-I, el total del SCIP. Además de una correlación negativa débil con el SCIP VP.

Por último, el SCIP correlaciona con todas sus subpruebas. Además, correlaciona de manera positiva fuerte con el MEC-30 y de manera moderada con el CARAS-R ICI. La correlación es negativa y fuerte con el FAST de funcionamiento cognitivo, y moderada con la edad y con el FAST finanzas.

Tabla 2
Correlación de Spearman de diferentes variables

Instrumento/variable	TLC Habla desconectada		FAST total		SCIP total	
	Rho	<i>p</i>	Rho	<i>p</i>	Rho	<i>p</i>
Habla desconectada	--	--	0,438	0,000	-0,432	0,000
Caras-R ICI	0,44	0,010	-0,080	0,505	0,333	0,005
SCIP AV-I	-0,39	0,001	-0,353	0,003	0,597	0,000
SCIP FV	-0,35	0,003	-0,184	0,125	0,810	0,000
SCIP AV-D	-0,42	0,000	-0,356	0,002	0,689	0,000
SCIP VP	-0,27	0,000	-0,254	0,033	0,626	0,000
SCIP total	-0,43	0,000	-0,301	0,011	--	--
Edad	0,20	0,099	0,928	0,011	-0,352	0,003
EEAG	-0,44	0,000	-0,756	0,000	0,183	0,126
CGI	0,42	0,000	0,678	0,000	-0,139	0,248
MEC-30	-0,46	0,000	-0,593	0,000	0,687	0,000
FAST	0,44	0,000	--	--	-0,321	0,006
FAST Autonomía	0,44	0,000	0,627	0,000	-0,079	0,511
FAST funcionamiento cognitivo	0,44	0,000	0,821	0,000	-0,535	0,000
FAST Finanzas	0,33	0,006	0,645	0,000	-0,385	0,001

Nota: CARAS-R= Test de percepción de diferencias – Revisado; ICI= índice de control de la impulsividad; SCIP= Cribado de deterioro cognitivo en psiquiatría; AVI-I= aprendizaje verbal inmediato; FV= fluidez verbal; AV-D= aprendizaje verbal diferido; VP= velocidad de procesamiento; EEAG= Escala de evaluación de la actividad global; CGI= Impresión clínica global; MEC-30= Mini-examen cognoscitivo; FAST= Test breve de evaluación del funcionamiento.

Discusión

Los resultados presentados en esta investigación ofrecen un nuevo punto de vista sobre las relaciones existentes entre el habla desconectada, la atención, el deterioro cognitivo y la funcionalidad de las personas con esquizofrenia, ya que actualmente no están muy estudiadas estas relaciones (Buck *et al.*, 2015; Minor *et al.*, 2018).

En este trabajo se ha comprobado como las personas con esquizofrenia con ingresos residenciales prolongados muestran un deterioro cognitivo importante (Keefe, 2008), dificultades en el habla desconectada (Harvey *et al.*, 1997; Iter *et al.*, 2018; Marengo y Harrow, 1997), dificultades en su funcionalidad y en el funcionamiento social (Bowie y Harvey, 2008).

Todos los resultados son de gran ayuda para responder a las hipótesis de investigación planteadas al inicio. Para comenzar, se acepta la primera hipótesis de que el habla desconectada está relacionada con la impulsividad de las personas con

esquizofrenia; ya que se encuentra una relación moderada entre el habla desconectada y la impulsividad (aspecto importante de la atención), lo que indica que cuando el habla desconectada es mayor tienen más dificultades en la atención. Los hallazgos encontrados son consistentes con los resultados encontrados por Hoonakkler *et al.* (2017) y por Harvey *et al.* (1997); ya que ambos explican cómo las alteraciones de la atención son frecuentes en las personas con esquizofrenia. El estudio de Docherty y Gordinier (1999) relaciona los problemas de atención y la memoria inmediata con diferentes trastornos del lenguaje como por ejemplo con la desorganización del pensamiento y del lenguaje. Pero, aunque sí que se encuentran resultados sobre la atención, no se ha encontrado evidencia científica previa disponible hasta la fecha, sobre la asociación entre la impulsividad y el habla desconectada, por lo que se puede declarar que este estudio es pionero en ese sentido.

Por otro lado, también se acepta la segunda hipótesis: el habla desconectada está relacionada con algunas funciones cognitivas (como el Aprendizaje Verbal Inmediato, Memoria de Trabajo, Fluidez Verbal, Aprendizaje Verbal Diferido y Velocidad de procesamiento); ya que se observa que existe una relación entre el habla desconectada y algunas funciones cognitivas como son el aprendizaje verbal inmediato y diferido, la fluidez verbal. Según Bora *et al.* (2019) la neurocognición se asocia significativamente con el habla desorganizada, la memoria verbal, la memoria visual, la atención y la velocidad de procesamiento. Kerns y Berenbaum (2002) explican como el trastorno del pensamiento formal o habla desorganizada es uno de los signos centrales de la esquizofrenia y está fuertemente asociado con un funcionamiento ejecutivo deficiente y con un procesamiento deficiente de la información semántica. En el trabajo de Mutlu *et al.* (2021) se asocia el habla desorganizada con los déficits en las funciones ejecutivas y el funcionamiento social; además de encontrar una relación entre el habla desconectada y la gravedad clínica. Sin embargo, en la investigación de Bowie *et al.* (2005) se describió como el habla desconectada permanecía en la mayor parte de los casos estable si se tenía en cuenta la edad y la gravedad clínica.

Por último, también se acepta la tercera hipótesis: el habla desconectada está relacionada con el funcionamiento social en las personas con esquizofrenia ya que los resultados previamente explicados indican que existe una correlación entre el habla desconectada y el funcionamiento, así como diversas áreas de éste: autonomía, cognitivo y finanzas; donde tienen grandes dificultades estos participantes. También se encuentran menos dificultades en las relaciones interpersonales y el ocio, que los otros aspectos del funcionamiento social referidos anteriormente. Este hallazgo apoya la investigación previa de Bowie y Harvey (2008) en la que se encontró una asociación entre el habla desconectada y un comportamiento social descortés y la investigación previa de Bowie *et al.* (2011) que analizó el habla desconectada y el funcionamiento social, y determinó que las anomalías de la comunicación se asocian con competencias y conductas sociales específicas y pueden ser objeto de tratamiento. El artículo de Muralidharan *et al.* (2018) explica que el habla desconectada se asocia con déficits en las habilidades sociales orientadas a la tarea y el funcionamiento ocupacional. Lo que indica que las personas con esquizofrenia pueden beneficiarse del entrenamiento de habilidades

con un enfoque en la disminución del habla desconectada, lo que podría mejorar el desempeño en las tareas laborales y aumentar la producción verbal en situaciones sociales no estructuradas. Según Marggraf *et al.* (2020) el trastorno formal del pensamiento está inversamente relacionado con el funcionamiento social y tiene importantes implicaciones para la vida diaria de las personas con esquizofrenia, por lo que es conveniente conocerlo para tratar de manera adecuada a estas personas. Las personas afectadas que tienen un habla tangencial, circunstancial, incoherente e ilógica, tienen más dificultad para mantener relaciones interpersonales y son menos capaces de participar en interacciones sociales adecuadas. Igualmente, este trastorno parece estar asociado con la comunicación necesaria para el funcionamiento social y comunitario. Aunque, como hemos repetido en nuestros residentes ingresados, no es así en las relaciones interpersonales y el ocio. Comparelli *et al.* (2020) determinaron que los pacientes con trastorno formal del pensamiento moderado/severo tuvieron un desempeño peor en velocidad de procesamiento, razonamiento, resolución de problemas y cognición social, y demostraron un funcionamiento global más deficiente que aquellos con un trastorno leve. En el metaanálisis de Roche *et al.* (2015), los trastornos del pensamiento se asocian a una mayor gravedad clínica. Además, el trastorno formal del pensamiento positivo se predice por una mala apreciación de la ironía y una mala lectura de la mente (Langdon *et al.*, 2002). Otros autores, como Köther *et al.* (2012) encontraron que el trastorno formal del pensamiento es el único dominio de los síntomas que impacta en las medidas de comportamiento social. Cramer *et al.* (1992) informaron negativamente del impacto de este trastorno en el funcionamiento y la cognición sociales (Tan *et al.*, 2014); además Marggraf *et al.* (2020) afirman que existe una relación pequeña-mediana entre el funcionamiento social y la alteración del lenguaje. Y, además, hace hincapié sobre la necesidad de que estudios futuros exploren los procesos cognitivos subyacentes como la cognición social con las alteraciones del lenguaje, tal y como se hace en este estudio.

Finalmente se concluye que las dificultades en el discurso desorganizado que muestran los participantes de este estudio son importantes; además se relacionan estas dificultades con el deterioro cognitivo y el funcionamiento social. Pero, es cierto que es necesario tomar estos datos con cautela, ya que las características de los participantes, y la edad de éstos es muy variada, lo que ha podido influir en cierta medida en los resultados. Además, no hay que perder de vista que no se ha utilizado ningún grupo control.

Por otro lado, es conveniente continuar con estudios similares al realizado, ya que en esta investigación se establece que es necesario tener en cuenta las relaciones existentes entre el deterioro cognitivo y el funcionamiento social; pero es conveniente profundizar más y realizar un estudio con otros instrumentos como puede ser la escala PANNS; además de realizar estudios de causalidad, que puedan dar luz a si un conjunto de variables pueden ser la causa de que estos pacientes tengan dificultades en alguna de las áreas evaluadas.

Referencias

- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish journal of emergency medicine*, 18(3), 91-93. doi: 10.1016/j.tjem.2018.08.001
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DMS III). Autor.
- Andreasen, N. C. (1979a). Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of general psychiatry*, 36(12), 1315-1321. doi: 10.1001/archpsyc.1979.01780120045006
- Andreasen, N. C. (1979b). Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Archives of General Psychiatry*, 36(12), 1325-1330. doi: 10.1001/archpsyc.1979.01780120055007
- Andreasen, N. C. (1986). Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophrenia bulletin*, 12(3), 473-482. doi: 10.1093/schbul/12.3.473
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana. (Orig. 2013).
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox; or the group of schizophrenias*. International Universities Press.
- Bloomfield, J. y Fisher, M. J. (2019). Quantitative research design. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*, 22(2), 27-30.
- Bora, E., Yalincetin, B., Akdede, B. B. y Alptekin, K. (2019). Correlaciones neurocognitivas y lingüísticas del trastorno del pensamiento formal positivo y negativo: un metaanálisis. *Investigación sobre la esquizofrenia*, 209, 2-11. doi: 10.1016/j.schres.2019.05.025
- Bowie C. R., Gupta M. y Holshaussen K. (2011). Disconnected and underproductive speech in schizophrenia: unique relationships across multiple indicators of social functioning. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 152-156. doi: 19/1016/s.schres.2011.04.014
- Bowie, C. R. y Harvey, P. D. (2008). Communication abnormalities predict functional outcomes in chronic schizophrenia: differential associations with social and adaptive functions. *Schizophrenia research*, 103(1-3), 240-247. doi: 10.1016/j.schres.2008.05.006
- Bowie, C. R., Tsapelas, I., Friedman, J., Parrella, M., White, L. y Harvey, P. D. (2005). The longitudinal course of thought disorder in geriatric patients with chronic schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 162(4), 793-795. doi: 10.1176/appi.ajp.162.4.793
- Buck B., Minor K. S. y Lysaker P. H. (2015). Differential lexical correlates of social cognition and metacognition in schizophrenia: a study of spontaneously-generated life narratives. *Comprehensive Psychiatry* 58, 138-145. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.12.015
- Comparelli, A., Corigliano, V., Forcina, F., Bargagna, P., Montalbani, B., Falcone, G., Nardella, A., Stampatore, L., Salzer, M. y Pompili, M. (2020). The Complex Relationship Among Formal Thought Disorders, Neurocognition, and Functioning in Nonacutely Ill Schizophrenia Patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(1), 48-55. doi: 10.1097/NMD.0000000000001087
- Cramer, P., Bowen, J. y O'Neill, M. (1992). Schizophrenics and social judgement. Why do schizophrenics get it wrong?. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 160, 481-487. doi: 10.1192/bjp.160.4.481
- Docherty, N. M. y Gordinier, S. W. (1999). Immediate memory, attention and communication disturbances in schizophrenia patients and their relatives. *Psychological medicine*, 29(1), 189-197. doi: 10.1017/s0033291798007843
- Etikan, I. y Bala, K. (2017). Sampling and sampling methods. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, 5(6), 00149.

- Folstein M. F., Folstein S. E. y Mc Hugh P. R. (1975). Minimental state: a practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatr Research*, 12, 189-98.
- Gold, J. M., Robinson, B., Leonard, C. J., Hahn, B., Chen, S., McMahon, R. P. y Luck, S. J. (2018). Selective attention, working memory, and executive function as potential independent sources of cognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1227-1234. doi: 10.1093/schbul/sbx155
- Green, M. F., Horan, W. P. y Lee J. (2019). Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions. *World Psychiatry*, 18(2), 146-161. doi: 10.1002/wps.20624
- Guy, W. (1976) *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual*. National Institute Mental Health.
- Harvey, P. D., Lombardi, J., Leibman, M., Parrella, M., White, L., Powchik, P., Mohs, R. C., Davidson, M. y Davis, K. L. (1997) Age-related differences in formal thought disorder in chronically hospitalized schizophrenic patients: a cross-sectional study across nine decades. *American Journal Psychiatry*, 154(2), 205-10. doi: 10.1176/ajp.154.2.205
- Harvey, P. D., Lenzenweger, M. F., Keefe, R. S., Pogge, D. L., Serper, M. R. y Mohs, R. C. (1992). Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenic patients: formal thought disorder. *Psychiatry Research*, 44(2), 141-51. doi: 10.1016/0165-1781(92)90048-
- Harvey, P. y Keefe, R. (1997). Cognitive impairment in schizophrenia and implications of atypical neuroleptic treatment. *CNS Spectrums*, 2(8), 41-55. doi: 10.1017/S1092852900005034
- Harvey, P. D. y Strassnig, M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 73-79. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.004
- Hoonakker, M., Doignon-Camus, N. y Bonnefond, A. (2017). Sustaining attention to simple visual tasks: a central deficit in schizophrenia? A systematic review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1408(1), 32-45. doi: 10.1111/nyas.13514
- Iter, D., Yoon, J. y Jurafsky, D. (2018). Automatic detection of incoherent speech for diagnosing schizophrenia. In *Proceedings of the Fifth Workshop on Computational Linguistics and Clinical Psychology: From Keyboard to Clinic* (pp. 136-146). Association for Computational Linguistics.
- Jauhar, S., Johnstone, M. y McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. *Lancet*, 399(10323), 473-486. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01730-X
- Jeronimo, J., Queirós, T., Cheniaux, E. y Telles-Correia, D. (2018). Formal thought disorders- historical roots. *Front Psychiatry*, 9. doi: 10.3389/fpsy.2018.00572
- Jimeno, N. (2019). Evaluación psicopatológica del lenguaje en las esquizofrenias: revisión bibliográfica. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 57(1), 33-42 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000100034>
- Keefe, R. S. (2008). Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry*, 7(1), 22.
- Kerns, J. G. y Berenbaum, H. (2002). Cognitive impairments associated with formal thought disorder in people with schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 211-224. doi: 10.1037/0021-843X.111.2.211
- Köther, U., Veckenstedt, R., Vitzthum, F., Roesch-Ely, D., Pfueller, U., Scheu, F. y Moritz, S. (2012). "Don't give me that look" - overconfidence in false mental state perception in schizophrenia. *Psychiatry research*, 196(1), 1-8. doi: 10.1016/j.psychres.2012.03.004

- Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P. B. y Catts, S. V. (2002). Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading. *Psychological medicine*, 32(7), 1273-1284. doi: 10.1017/s0033291702006396
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez Burgada, F., Sala, J. M. y Seva Díaz, A. (1979). Cognocitive mini-test (a simple practical test to detect intellectual changes in medical patients). *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 7(3), 189-202.
- Maj, M., van Os, J., De Hert, M., Gaebel, W., Galderisi, S., Green, M. F., Guloksuz, S., Harvey, P. D., Jones, P. B., Malaspina, D., McGorry, P., Miettunen, J., Murray, R. M., Nuechterlein, K. H., Peralta, V., Thornicroft, G., van Winkel, R. y Ventura, J. (2021). The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 4-33. doi: 10.1002/wps.20809
- Marengo, J. T. y Harrow, M. (1997). Longitudinal courses of thought disorder in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia bulletin*, 23(2), 273-285. doi: 10.1093/schbul/23.2.273
- Marggraf, M. P., Lysaker, P. H., Salyers, M. P. y Minor, K. S. (2020). The link between formal thought disorder and social functioning in schizophrenia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 63(1). doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.30.
- Miguel-de Diego, N., González-Pablos, E., Sanguino-Andrés, R., López-Villalobos, J. A. y Paulino-Matos, P. M. (2017). Curso y envejecimiento en la esquizofrenia institucionalizada: comparación de perfiles de rendimiento cognitivo. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(2), 259-274.
- Minor, K. S., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., Kukla, M., MacLain, V. R., Buck, B., Lysaker, P. H. y Salyers, M. P. (2015). Lexical analysis in schizophrenia: how emotion and social word use informs our understanding of clinical presentation. *Journal of Psychiatric Research*, 64, 74-78. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.02.024
- Minor, K. S., Willits, J. A., Marggraf, M. P., Jones, M. N. y Lysaker, P. H. (2018). Measuring disorganized speech in schizophrenia: automated analysis explains variance in cognitive deficits beyond clinician-rated scales. *Psychological Medicine*, 1-9. doi: 10.1017/S0033291718001046
- Muralidharan, A., Finch, A., Bowie, C. R. y Harvey, P. D. (2018). Thought, language, and communication deficits and association with everyday functional outcomes among community-dwelling middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 196, 29-34. doi: 10.1016/j.schres.2017.07.017
- Mutlu, E., Aboğlu, H., Barışkin, E., Gürel, Ş. C., Ertuğrul, A., Akı, E. y Yağcıoğlu, A. E. A. (2021). The cognitive aspect of formal thought disorder and its relationship with global social functioning and the quality of life in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-12. doi: 10.1007/s00127-021-02024-w
- Pino, O., Guilera, G., Gómez, J., Rojo, J. E., Vellejo, J. y Purdon, S. E. (2006). Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos. *Psicothema*, 18(3), 447-52.
- Purdon, S. E. (2005). *The Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP): instructions and three alternate forms*. Edmonton.
- Rocca, P., Galderisi, S., Rossi, A., Bertolino, A., Rucci, P., Gibertoni, D., Montemagni, C., Bellino, S., Aguglia, E., Amore, M., Bellomo, A., Biondi, M., Carpiniello, B., Cuomo, A., D'Ambrosio, E., dell'Osso, L., Girardi, P., Marchesi, C., Monteleone, ... Members of the Italian Network for Research on Psychoses include (2018). Disorganization and real-world functioning in schizophrenia: Results from the multicenter study of the Italian Network for Research on Psychoses. *Schizophrenia Research*, 201, 105-112. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.003

- Roche, E., Creed, L., MacMahon, D., Brennan, D. y Clarke, M. (2015). The epidemiology and associated phenomenology of formal thought disorder: a systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 951-962. doi: 10.1093/schbul/sbu129)
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salameró, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Ayuso-Mateos, J. L., Kapczinski, F. y Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 1-8. doi: 10.1186/1745-0179-3-5
- Sanguino-Andres, R., López-Villalobos, J. A., Gonzalez-Sanguino, C., González-Pablos, E., Vaquero-Casado, M. y Lopez-Sanchez, M. V. (2018). Predicción de deterioro cognitivo en esquizofrenia: retrospectiva de 31 años. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(1), 141-158.
- Tan, E. J., Thomas, N. y Rossell, S. L. (2014). Speech disturbances and quality of life in schizophrenia: differential impacts on functioning and life satisfaction. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 693-698. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.10.016)
- Thurstone, L. L. y Yela, M. (2012). *Caras-R. Test de percepción de diferencias-R*. TEA.

RECIBIDO: 19 de octubre de 2021

ACEPTADO: 30 de julio de 2022