



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SILVA HENRÍQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA

**COMPRESIÓN DE ACTOS DE HABLA INDIRECTOS  
EN PERSONAS ADULTAS CON ESQUIZOFRENIA**

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL  
GRADO DE LICENCIADO EN FONOAUDIOLÓGÍA

YOCELYN VALESKA LLANOS VIDAL  
FERNANDA CATALINA PIZARRO SALINAS  
KAREN ALEJANDRA VILCHES PEREIRA

TUTOR GUÍA: CONSUELO SEPÚLVEDA IBARRA  
FONOAUDIÓLOGA  
MG (C) ESTUDIOS COGNITIVOS

SANTIAGO DE CHILE  
2019

## **AUTORIZACIÓN PARA FINES ACADÉMICOS**

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Yocelyn Valeska Llanos Vidal

Fecha: \_\_\_\_\_

Correo institucional: yllanos@miucsh.cl

Firma: \_\_\_\_\_

Fernanda Catalina Pizarro Salinas

Fecha: \_\_\_\_\_

Correo institucional: fpizarros@miucsh.cl

Firma: \_\_\_\_\_

Karen Alejandra Vilches Pereira

Fecha: \_\_\_\_\_

Correo institucional: kvilches@miucsh.cl

Firma: \_\_\_\_\_

## TABLA DE CONTENIDOS

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO    | 7  |
| 3. MARCO TEÓRICO                | 8  |
| ESQUIZOFRENIA                   | 8  |
| 3.1. DEFINICIÓN Y GENERALIDADES | 8  |
| 3.2. EPIDEMIOLOGÍA              | 11 |
| 3.3. IMPACTO SOCIAL             | 12 |
| 3.4. EVALUACIÓN                 | 12 |
| 4. COGNICIÓN                    | 13 |
| 6.1. ACTOS DE HABLA             | 17 |
| 6.2. ACTOS DE HABLA INDIRECTOS  | 18 |
| 7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN    | 20 |
| 8. OBJETIVOS                    | 21 |
| 9. MATERIAL Y MÉTODO            | 22 |
| 10.3 CARTA GANTT                | 28 |
|                                 | 28 |
| 11. RESULTADOS                  | 29 |
| 12. DISCUSIONES                 | 33 |
| 13. CONCLUSIONES                | 34 |
| 15. ANEXOS                      | 43 |

## **RESUMEN**

La esquizofrenia (EQZ) es un trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de percepción, comunicación, pensamiento y emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas (MINSAL, 2009). Dentro de las dificultades comunicativo-lingüísticas, se encuentran las deficiencias pragmáticas. Es por esto que el propósito de este estudio es generar evidencia respecto a los déficits pragmáticos dentro de la EQZ. Teniendo como foco los actos de habla indirectos.

**OBJETIVO GENERAL:** Describir el desempeño ante tareas de comprensión de actos de habla indirectos en personas adultas con esquizofrenia en estado crónico desde los 23 hasta los 61 años de edad.

**METODOLOGÍA:** La investigación fue de tipo descriptivo-transversal, en donde se evaluó la comprensión de actos de habla indirectos a través del protocolo MEC (protocolo para la evaluación de la comunicación de Montreal), con valoración de 0 a 2 puntos.

La muestra estuvo conformada por 12 personas adultas, de 23 a 61 años, con diagnóstico médico de esquizofrenia. Los datos obtenidos fueron ordenados a través del programa Excel, donde se generaron gráficos de barra, para el posterior análisis y asociación de los resultados obtenidos.

**RESULTADOS:** Se evaluaron un total de 12 personas con diagnóstico de esquizofrenia, donde un 91.6% de los usuarios evaluados, presentaron dificultad en comprender los actos de habla indirectos, según la media estandarizada del protocolo MEC.

**Palabras Claves:** *Pragmática. Esquizofrenia. Acto de habla indirecto.*

## **ABSTRACT**

Schizophrenia is a disorder characterized by fundamental and typical distortions of perception, communication, thought and emotions, the latter in the form of dullness or lack of adequacy of them (MINSAL, 2009). Within the communicative-linguistic difficulties, there are pragmatic deficiencies. This is why the purpose of this study is to generate evidence regarding pragmatic deficits within the schizophrenia. Focusing on indirect speech acts.

**GENERAL OBJECTIVE:** To describe the performance of comprehension tasks of indirect speech acts in adults with chronic schizophrenia from 23 to 61 years old.

**METHODOLOGY:** The research was descriptive-cross-sectional, where the understanding of indirect speech acts was evaluated through the MEC protocol (protocol for the evaluation of the Montreal communication), with a score of 0 to 2 points.

The sample consisted of 12 adults, over 18 years old with a medical diagnosis of schizophrenia. The data obtained were ordered through the Excel program, where bar graphs were generated, for the subsequent analysis and association of the results obtained.

**RESULTS:** A total of 12 people with a diagnosis of schizophrenia were evaluated, were 91.6% of the users evaluated had difficulty understanding indirect speech acts, according to the standardized means of the MEC protocol.

**KEYWORDS:** *Pragmatic. Schizophrenia. Indirect speech act.*

## 1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad mental que se caracteriza, entre otros síntomas, por sus alteraciones en el lenguaje y la comunicación. Estas, provocan dificultades al momento de la comunicación del paciente con sus interlocutores (Insúa et al., 2000). Las dificultades a nivel del lenguaje están asociadas principalmente a la pragmática, entendiendo ésta como el interés por el modo en que el contexto tiene influencia sobre la interpretación del significado (Durán & Figueroa, 2009). A partir de esto las dificultades que presentan estos usuarios estarían principalmente en los enunciados que constituyen acciones, correspondientes al uso del lenguaje en situaciones comunicativas concretas, a esto se le conoce como actos de habla, los cuales se clasifican en directos e indirectos (Belinchón, 1999).

Este estudio propone evidenciar los déficits que presentan los usuarios con este diagnóstico psiquiátrico en los actos de habla indirectos, para así exponer la real afectación que esto puede conllevar en su comunicación diaria en todos los contextos en los cuales el usuario se desenvuelva.

El uso del lenguaje en situaciones comunicativas concretas se centra en actos de habla, donde los actos de habla directos hacen referencia al uso del lenguaje explícito, el que no se ve afectado en las personas con este diagnóstico psiquiátrico, no así los actos de habla indirectos, pues estos presentan un déficit significativo en la comunicación, según Austin (1962). Por lo que es de gran importancia debido a que esto repercute directamente en la comunicación, ya que la mayoría de las personas utilizan los actos de habla día a día y esto se ve reflejado en el desempeño en los términos sociales que ellos tienen, por que si desean trabajar o desenvolverse socialmente será una barrera para ellos de manera comunicativa.

De lo anterior se desprende que al ser diagnosticados con esta patología psiquiátrica, en gran parte de los casos se da énfasis al enfoque médico psiquiátrico y se ignora el aspecto comunicacional, que afecta directamente en la calidad de vida de la persona (Vicente et al., 2016). Es debido a lo anterior que, como profesionales de la comunicación, se considera fundamental profundizar en este tema.

El aporte principal de esta investigación es evidenciar cuál es el déficit real de los actos de habla indirectos en personas diagnosticadas con esta patología de salud mental (esquizofrenia). Dado que, para que exista una comunicación efectiva es necesario tener una intención comunicativa por parte de los interlocutores, esta puede ser de tipo directa o indirecta (Belinchón, 1999).

En esta investigación el interés radica en la comprensión de la comunicación indirecta, puesto que, como se mencionó anteriormente, es la más afectada en los usuarios con esquizofrenia. De esta manera, se pretende generar evidencia sobre la importancia de intervenir a nivel comunicativo a pacientes con estas dificultades, puesto que la incomprensión de estos actos de habla indirectos provoca que la persona no se desenvuelva de manera eficiente a nivel comunicativo dentro de la sociedad, porque las personas frecuentemente usamos los actos de habla indirectos para comunicarnos y expresarnos (Machado et al., 2018).

Así, corroborando lo mencionado anteriormente, tanto la esquizofrenia como otros trastornos psiquiátricos son prevalentes en la población y que es importante tratar aspectos comunicativos en estas personas, para así poder favorecer la funcionalidad y su incorporación a actividades de la vida diaria, es decir, a modo de ejemplo una persona con esquizofrenia debería tener un buen desarrollo y desempeño de actividades laborales, lo que permite que se desenvuelva de manera mucho más íntegra posible, para así también poder disminuir los prejuicios y estereotipos negativos que existen respecto a esta patología (Montaño & Nieto, 2013).

Esto abre las líneas de trabajo para los fonoaudiólogos, generando evidencia sobre las dificultades que presentan a nivel comunicativo las personas con esquizofrenia y esto puede motivar a que se generen instrumentos de evaluación e intervención en los procesos deteriorados en áreas de la comunicación en salud mental, por lo que es necesario estar creando diversas estrategias, las cuales permitan mantener y aumentar la comunicación de las personas con esquizofrenia.

Cabe destacar que el rol del fonoaudiólogo no es solamente el aportar en su labor clínico sino también en la elaboración de programas de atención a la salud, con la intención de generar las herramientas necesarias a la hora de abordar una terapia con la participación de un equipo multidisciplinario.

Para esto, el presente trabajo entregará, información y evidencia para que otros profesionales del área se informen sobre las dificultades comunicativas.

Se considera que este estudio será de gran ayuda para profesionales interesados en el tema, debido a que en Chile existe información muy limitada al respecto, y al haber sido tan poco estudiada a nivel nacional, sirve como puerta de entrada para otras investigaciones y que, a nivel social, se logre crear otra visión de esta patología, no sólo en lo mental, sino en el apoyo que también se necesita a nivel comunicacional. Para esto, el fonoaudiólogo es el

profesional más adecuado, encargándose de ver la problemática real, favoreciendo un mejor funcionamiento global del usuario a nivel comunicativo y previniendo un posible aislamiento social, además de otras complicaciones.



## 2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio propone evidenciar los déficits comunicativos de las personas con esquizofrenia, específicamente las dificultades de actos de habla indirecto, debido a que en Chile existe una escasa información bibliográfica.

El uso del lenguaje en situaciones comunicativas concretas se centra en actos de habla, estos se dividen en directos e indirectos, donde los actos de habla directos hacen referencia al uso del lenguaje explícito. Este no se ve afectado en las personas con este diagnóstico psiquiátrico, no así los actos de habla indirectos, pues estos presentan un déficit significativo en la comunicación, según Austin (1962). A partir de esto, se evidenció qué tan afectado están los actos de habla indirectos en los pacientes con Esquizofrenia. Por lo que es de gran importancia, debido a que esto repercute directamente en la comunicación, ya que la mayoría de las personas usamos los actos de habla día a día y esto se ve reflejado en el desempeño en los términos sociales que ellos presentan, porque si desean trabajar o desenvolverse socialmente será una barrera para ellos de manera comunicativa. Esto se considera importante, ya que al ser diagnosticados con esta patología psiquiátrica, en el general de los casos, se da énfasis al enfoque médico psiquiátrico y se ignora el aspecto comunicacional, que afecta directamente en la calidad de vida de la persona.

Por esta razón se considera fundamental para los profesionales de la comunicación conocer e indagar en este tema.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **ESQUIZOFRENIA**

##### **3.1. DEFINICIÓN Y GENERALIDADES**

La esquizofrenia es una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva un alto riesgo de suicidio y menoscabo de la calidad de vida de la persona (MINSAL, 2009). Así mismo la esquizofrenia (EQZ), también es llamada “demencia precoz” (Kraepelin, 1893), (cabe mencionar que este es un término obsoleto, porque contribuye al estereotipo negativo de la enfermedad), es una enfermedad mental prematura, de comienzo agudo e insidioso, de evolución crónica por brotes, caracterizada por una disociación cognoscitivo-afectiva-cognitiva que produce deterioro de la personalidad con la consecuente afectación de la capacidad creadora y relacional del individuo con su medio circundante (Rodríguez et. al, 2011).

Según el DSM-5 2013 la EQZ y los desórdenes psicóticos están caracterizados por una anomalía en uno o más de los siguientes síntomas: delusiones, alucinaciones, desorganización mental (lenguaje) y comportamiento motor gravemente desorganizado o anormal (incluyendo catatonia).

Los síntomas de la esquizofrenia se agrupan en cuatro categorías principales: síntomas positivos, síntomas negativos, desorganización (trastorno del pensamiento y comportamiento extravagante) y deterioro cognitivo (lenguaje, dificultad de concentración, organizar, planificar y resolver problemas) (Instituto Nacional de Salud Mental de U.S, 2015).

Respecto a los síntomas positivos consisten en aquellas manifestaciones que el paciente tiene o experimenta y que las personas sanas no suelen presentarlas. Dichos síntomas no parecen estar vinculados a ninguna variable cognitiva o psicofisiológica. Sin embargo, algunos estudios indican que los sujetos con mayor severidad de síntomas positivos mostraban un menor ajuste en la infancia y un mayor deterioro en las habilidades cognitivas (Grandón, 2001).

Estos síntomas son:

- **Alucinaciones:** Ver, oír o sentir algo que en realidad no está ahí. Las alucinaciones pueden producirse en cualquiera de los cinco sentidos: oído, vista, olfato, gusto y tacto. Oír voces es la alucinación más frecuente en esquizofrenia.
- **Delirios:** Creencias irracionales y falsas fuertemente arraigadas que se deben a la incapacidad de separar las experiencias reales de las irreales.
- **Pensamientos desorganizados:** Hacer asociaciones desorganizadas. Sacar conclusiones que no se basan en la realidad. Falta de razonamiento lógico.
- **Agitación:** Estado tenso e irascible.

En cambio los síntomas negativos son aquellos que nos indican un empobrecimiento de la personalidad del paciente principalmente en su estado anímico y en sus relaciones sociales.

Pueden considerarse comportamientos y patrones de pensamiento “faltantes” como la falta de interés o iniciativa, sensibilidad emocional, entusiasmo e interacción social.

La mayor parte de las personas poseen estas capacidades psicológicas, pero quienes sufren esquizofrenia las han “perdido” en cierto modo. Estas son :

- **Falta de interés o iniciativa:** Pasar mucho tiempo en la cama sin motivación para hacer nada.
- **Retraimiento social / depresión:** Dar la impresión de que las personas afectadas prefieren estar solas y no quieren ver a otras personas.
- **Apatía:** Se experimentan sentimientos de vacío. Incapacidad para seguir con los planes.
- **Falta de respuesta emocional:** Falta de los signos normales de emoción, no sentirse alegre ni triste; por ejemplo, mantener una expresividad facial reducida (Barrera, 2006).

## TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

- Esquizofrenia paranoide: La característica más frecuente es fundamentalmente la presencia de delirios más o menos sistematizados. Estas ideas, sistemas, percepciones y ocurrencias delirantes pueden ser de distintos tipos:
  - a) De tipo persecutorio.
  - b) De tipo grandioso, caracterizado por la presencia de capacidades extrañas como por ejemplo creerse capaz de predecir el futuro, ideas geniales, descubrimiento de cosas extraordinarias.
  - c) De tipo somático, con ideas delirantes acerca del cuerpo, por ejemplo que el corazón ya no late o que se tienen los intestinos vacíos.
  - d) De tipo religioso- místico, en los que el paciente cree ser hijo de Dios o ser Dios mismo.
  - e) De tipo sexual, caracterizado por la presencia de ideas delirantes de naturaleza sexual, como por ejemplo, que todos conocen su sexualidad, violaciones permanentes, cambio de órganos sexuales.
  - f) De tipo nihilista donde el paciente cree que el mundo es una farsa, y que está muerto (Gómez y LLorca, 2009).
- Esquizofrenia de tipo desorganizado: Es un cuadro que aparece hacia los 14- 16 años, con el comienzo de la adolescencia, por lo que la personalidad del sujeto no está formada y el pronóstico es peor. Se caracteriza por una conducta desinhibida, desajustada, desubicada (Gómez y LLorca, 2009). Hay fuertes alteraciones de la volición con pérdida del sentido de la vida. Los pacientes muestran alteraciones significativas del curso del pensamiento, más que de su contenido (como en el tipo paranoide).
- Esquizofrenia de tipo catatónico: Tiene un comienzo más tardío que la hebefrénica y mejor pronóstico. Estos pacientes oscilan entre la inhibición y la excitación, incluso se puede cursar con un cuadro clínico infrecuente denominado catatonía periódica donde el síndrome catatónico se produce de manera periódica (Gómez y LLorca, 2009).

- Esquizofrenia de tipo indiferenciado: Se diagnostica ante la presencia de una esquizofrenia que no cumple los criterios anteriores y además presenta una mezcla mayor o menor de los distintos tipos de esquizofrenia. Este diagnóstico se reserva para los casos en los que no se identifica con claridad a cuál de los tres subtipos anteriormente mencionados pertenece el paciente (Gómez y LLorca, 2009).
- Esquizofrenia de tipo residual: Se produce cuando ha habido un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro actual no hay manifestaciones de síntomas psicóticos positivos o, si los hay, están atenuados. Hay presencia de síntomas negativos. Si hay ideas delirantes, éstas no son muy fuertes (Gómez y LLorca, 2009).

### **3.2. EPIDEMIOLOGÍA**

El informe respecto a la salud a nivel mundial, presentado por la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard en el año 2011, ratifican que la esquizofrenia está entre las diez enfermedades que representan una carga mundial, debido a los resultados obtenidos al valorar los “años de vida perdidos y ajustados en función a la discapacidad”. Este informe sitúa a este cuadro psiquiátrico en cuarto lugar dentro de los grupos de diagnósticos más frecuentes entre población de edades entre los 18 y 44 años (Sifuentes, et, al. 2011), aunque la esquizofrenia es menos común que otros trastornos mentales, puede ser sumamente incapacitante (DSM-5, 2013).

Los estudios epidemiológicos a nivel mundial han demostrado que las tasas de incidencia de la Esquizofrenia son aproximadamente 15.2 por 100.000 habitantes al año (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). A pesar de ello, es uno de los problemas de salud que más contribuye a la carga global de enfermedades, producto tanto de su inicio a edades tempranas como del alto porcentaje de personas afectadas que mantienen alguna sintomatología a lo largo de su vida (MINSAL, 2009).

Los problemas y trastornos mentales constituyen en Chile la principal fuente de carga de enfermedad. Según el último Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en nuestro país, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas (Minsal 2017).

Un estudio de epidemiología psiquiátrica de Vicente mostró que un 31,5% de la población estudiada, de 15 años o más, había tenido un trastorno mental a lo largo de su vida, mientras que un 22,2% había tenido un trastorno en los últimos 6 meses (Vicente, 2000, op. cit.). La encuesta Nacional de Salud 2009-2010, mostró una prevalencia de síntomas depresivos de último año de 17,2% en población general, significativamente mayor en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%) así como en el nivel educacional más bajo (20,8%). (Minsal 2017).

### **3.3. IMPACTO SOCIAL**

En nuestro país, se puede evidenciar que los problemas de salud mental y quienes lo padecen se han instalado como un grupo de “otros” sobre los cuales se han creado estigmas, etiquetas que limitan a todos los que han sido diagnosticados, y por sobre todo, al momento de poder desarrollarse en diversas áreas de la vida (Madariaga, 2014). Esto lo vemos claramente reflejado en los medios de comunicación y redes sociales, los cuales son unos de los principales cómplices del círculo vicioso, por lo que atrapa a las personas que padecen de este trastorno psiquiátrico mediante difusiones masivas por estas redes de los cientos de prejuicios asociados a locura (Muñoz et al., 2011). Asimismo es que existen razones por las cuales las personas que tienen esta patología de salud mental padecen de un estado de pérdida del sentido, ya que el diagnóstico clínico, más la estigmatización que conlleva esto y la discriminación que viven, provoca que se generen conflictos más profundos como el desgano y la desmotivación, lo que puede llegar a ser extremo y terminar con el suicidio de la persona. Esto se ve reflejado en el estudio realizado por Mavín (2016), que habla sobre la normalización en la que nos encontramos sometidos en la actualidad, una sociedad neoliberal donde los cánones de belleza, los rígidos parámetros laborales, la falta de actividad ciudadana y colectiva, provocan que formemos parte de un sistema que pareciera valorar la diversidad, pero que no admite con facilidad la diferencia como parte constituyente de las estructuras de poder y de la vida cotidiana.

### **3.4. EVALUACIÓN**

La evaluación en este trastorno psiquiátrico comprende las áreas fonoaudiológicas enfocadas a los elementos cognitivo-comunicativo-lingüístico. Para esto existen distintos métodos y test a utilizar.

En la evaluación del lenguaje de personas con esquizofrenia el fonoaudiólogo se encuentra con varias dificultades: no existen pruebas fonoaudiológicas específicas para la evaluación del lenguaje, por lo que tiene que utilizar pruebas diseñadas para otras patologías, generar adaptaciones y/o

utilizar apartados de distintas pruebas (Boucard y Laffy-Beuafils, 2008; Clegg, Brumfitt et al, 2007; Salavera y Puyuelo, 2010).

En el estudio realizado por Machado, en el año 2018 propone evidenciar todas las posibles investigaciones actuales de evaluación fonoaudiológica en pacientes con esquizofrenia, sugieren las siguientes herramientas:

- Batería de Evaluación para la Comunicación (ABaCo) en sus formas A y B.
- Batería de pruebas neuropsicológicas: Attentive Matrices.
- Trail making test.
- Tower of London, Modified Card Sorting test.
- Raven's Standard Progressive Matrices.
- La teoría de la mente se evaluó mediante la historia de Sally and Ann y con tareas de historias extrañas.
- Se utilizó la Batería Montreal de Evaluación de la Comunicación (MEC).
- Escala de deslizamiento cognitivo CSS: Medición de habla y pensamiento confuso.
- Test de Figura compleja de Rey-Osterrieth.
- Test de denominación de Boston modificado.
- Prueba de fluidez semántica (animales en un minuto).
- Prueba de fluidez fonológica (palabras con /f/, /a/ y /s/).
- Escala para la evaluación del pensamiento, lenguaje y comunicación (TLC).
- Span de dígitos: Evaluación de memoria auditiva.

#### **4. COGNICIÓN**

Respecto al nivel cognitivo Brenner, Hodel, Roder y Corrigan 1992 plantean un modelo en el que las interrelaciones entre los déficit cognitivos y sociales pueden ser representadas como dos círculos viciosos; en un primer círculo, las deficiencias cognitivas más elementales (atención y memoria) interfieren con el rendimiento del nivel siguiente (planificación ejecutiva), lo que a su vez, dificulta la función del nivel anterior. Este espiral, lleva al deterioro de la percepción y a una respuesta social desadaptada, formando un segundo círculo, en que la disfunción cognitiva impide el desarrollo de habilidades de afrontamiento interpersonal, dejando al sujeto más vulnerable aún al estrés social. En relación a esto, Ruiz, García y Fuentes (2006) realizaron un estudio sobre la relevancia de la cognición social en la esquizofrenia, en la cual concluyeron que la cognición social se refiere al conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la

percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros. Debido a que estos procesos cognitivos sociales son los implicados en cómo elaboramos inferencias sobre las intenciones y creencias de otras personas, y cómo sospechamos factores situacionales sociales al hacer dichas inferencias, en el estudio de Green et al., (2005), se encontró que existen componentes específicos de la cognición social tales como imitación de expresiones faciales e identificación de emociones en situaciones, los cuales tienen una relación significativa con el lenguaje (Bravo & Mendoza, 2017).

Asimismo, un estudio realizado por Gopnik y Meltzoff (1999), demuestra la existencia de una relación bidireccional entre el desarrollo del lenguaje y el desarrollo cognitivo, afirmando que obtener esas habilidades (componentes específicos de la cognición social) es esencial para la comprensión del lenguaje.

## **5. LENGUAJE**

Dentro de las dificultades más comunes en los pacientes con esquizofrenia es la disfunción del lenguaje, también denominada Esquizofasia o trastorno del pensamiento formal (FTD) la cual es consistente con el diagnóstico de esquizofrenia, aunque no es patognomónico (Ray y Ram 2012) ha sido reconocida y muy estudiada desde principios del siglo XX. Cuando está presente, se ha relacionado con el dominio de síntomas negativos, disfunción ejecutiva frontal y la respuesta terapéutica deficiente (Radanovic et al., 2013). Esta dificultad es variable y afecta la estructura básica del lenguaje y los componentes de alto nivel, donde varios procesos cognitivos se relacionan con la finalidad de llevar a cabo la comunicación eficiente.

El discurso de los esquizofrénicos se parece mucho al de las afasias talámicas (subcorticales) izquierdas (Strik et al., 2017). Esto podría proporcionar un sustrato neural a la esquizofasia. No parece haber una clara asociación entre lenguaje y dominios cognitivos en psicóticos.

Respecto a los hechos del lenguaje, tomamos la lengua como una de sus manifestaciones más relevantes. Se define por su incuestionable pertenencia al dominio social y como conjunto de convenciones, que es adquirida a través de la experiencia de estar vinculado al mundo. Su génesis es puramente psíquica y su entramado se manifiesta en el habla, que es el segundo de los hechos relevantes del lenguaje. En esta segunda dimensión, cada individuo, miembro de una comunidad de habla determinada, realiza un uso particular de la lengua, a través de actos de inteligencia y voluntad. Ambos constructos son indivisibles,



conforman nuestro acervo lingüístico, nuestra herramienta fundamental para manifestarnos en el medio en el que estamos insertos. La función más importante de esta facultad humana es, sin duda, la comunicación. Mediante esta actividad es que solventamos buena parte de las relaciones que establecemos con otros a lo largo de la vida (Figuroa, 2015).

En la esquizofrenia, esta relación se ve entorpecida por los deterioros neurocognitivos que afectan al sujeto. Tareas como la comunicación intersubjetiva, la comprensión de textos o la producción discursiva global exhiben dificultades estructurales de diversa consideración, generando distancia entre el sujeto y su entorno (Castilla del Pino, 2006).

Las alteraciones en la comprensión del lenguaje han estado presentes desde los primeros estudios de la esquizofrenia. Estas alteraciones dan lugar a dificultades en la comunicación del paciente con sus interlocutores (Bordas y Sanclemente, 2010).

## **6. PRAGMÁTICA**

Las dificultades de comprensión en personas con esquizofrenia, desde un punto de vista lingüístico, se sitúan a nivel pragmático, siendo considerado el nivel más afectado en estos usuarios (Martínez, 2015).

Corroborando el argumento anterior, ChampagneLavau y Stip (2010); Martin y McDonald (2003); Brüne y Bodenstein (2005) confirman que las personas con esquizofrenia muestran una comprensión relativamente intacta del lenguaje literal y el nivel pragmático está significativamente afectado.

Entendiendo la pragmática como el campo de la lingüística que analiza el uso del lenguaje, específicamente los procesos en donde los seres humanos producimos e interpretamos significados cuando hacemos uso del lenguaje. Para esto, abarca en el análisis de las emisiones el significado de las palabras en relación con sus hablantes y con los contextos de enunciación. Por este motivo, la pragmática se preocupa de estudiar el significado lingüístico de las palabras en actos comunicativos concretos (Reyes, 1995).

Una buena comprensión no depende sólo del conocimiento de los significados de las unidades léxicas, sino, también del contexto de enunciación, contexto social, conocimiento de los interlocutores y el conocimiento general del mundo (Sperber y Wilson, 1986). De esta forma, los emisores son capaces de reintegrar la información faltante y, por ende, inferir lo que su interlocutor quiere transmitir.

La capacidad para poder comprender estos enunciados de una forma completa, figura de habilidades de “orden superior”, en donde interactúan varios componentes del sistema cognitivo, y de esta forma, el conocimiento del contexto y la lengua se pueden combinar y generar nuevas inferencias, propias de cada acto comunicativo (Martín y McDonald, 2003).

La comunicación verbal supone tanto el lenguaje literal como el no literal. Es por esta razón, que la habilidad para procesar los aspectos pragmáticos del lenguaje es indispensable para la eficacia en la comprensión y el correcto desempeño de habilidades sociales (ChampagneLavau y Stip, 2010).

Dentro del espectro de la EQZ podemos encontrar las siguientes alteraciones pragmáticas: dificultades en la comprensión de lenguaje indirecto, implícito, la ironía, refranes, pobreza en el discurso, entre otros (Bordas y Sanclemente, 2010). Estas dificultades se confirman dentro del estudio de Figueroa (2015), que realiza un análisis pragmalingüístico de los marcadores de coherencia en el discurso de sujetos con esquizofrenia crónica y de primer episodio, donde se demostró que la conversación con pacientes con esquizofrenia es poco fluida e informativa, presentan dificultades en la inferencia y en el reconocimiento de ironía. También se corrobora por Accatino (2012), agregando reducido uso del léxico de cohesión, utilización frecuentemente referencias no verbales y a no utilizar referencias indirectas o suposiciones, presentando ausencia general de estructura y alteraciones en la planificación del discurso.

Además, Figueroa (2015) agrega dificultades pragmáticas en aspectos inferenciales de la conversación, como la incompreensión de las intenciones del interlocutor y una inadecuación a la situación de entrevista. Otra dificultad encontrada por el autor a nivel pragmático fue a partir de la toma y ejecución efectiva de los turnos de habla y de los pares adyacentes. En ambos fenómenos, Figueroa comprobó que buena parte de la participación interactiva eficiente era alcanzada con el modelado del entrevistador, ya que, alteraciones como las pausas extensas, el volumen de voz inaudible y los falsos inicios conforman eventos que contribuyen a una discontinuidad discursiva, que afecta la calidad y comprensión de todo el discurso. De acuerdo a esto, existe un estudio realizado por Mo (2002) el cual planteó resultados en los cuales los pacientes con esquizofrenia presentan una inadecuada comprensión de la metáfora y de la ironía en comparación a las personas que no presentan esta característica. No obstante, los resultados también permiten sugerir una alteración respecto de la interpretación de la metáfora.

Las diferencias entre la investigación de Mo, que comparó los resultados entre pacientes con Esquizofrenia paranoide y no paranoide, podrían relacionarse con la inclusión de pacientes con diferentes subtipos de esquizofrenia ya que en el estudio se halló una diferencia significativa entre los sujetos con los tipos de esquizofrenia mencionados con anterioridad respecto de la comprensión de la metáfora.

Los hallazgos indican la necesidad de evaluar más profundamente la comprensión del lenguaje no literal en pacientes con Esquizofrenia. Si los pacientes fueron capaces de comprender la metáfora y la ironía antes de enfermar, los problemas de comprensión observados se deberían a los síntomas psicóticos (Mo, et. al, 2008).

Baltaxe y Simmons (1955), en su estudio sobre el habla y el lenguaje en pacientes con Esquizofrenia, evalúan a través del protocolo adaptado de Prutting y Kirchner (1987), agregan características del discurso, como ignorar antecedentes relevantes de la información, dificultad para relacionar narrativa coherente y para secuenciar eventos en tiempo. En relación con el mantenimiento del tema, lo hacen de manera inapropiada, cambiando el tema, sin diferenciar el tema actual con el anterior, además de destacar las dificultades en el lenguaje no literal.

Grice (1969), considera que la interpretación del lenguaje no literal implica la producción de una serie de inferencias por parte del receptor sobre los estados mentales del emisor. Así, se puede diferenciar aquello que dice el emisor de aquello que quiere decir, de su intención comunicativa real. La capacidad para formar las representaciones sobre los estados mentales de los otros y utilizarlas para la comprensión, es lo que se conoce como “Teoría de la Mente” (Premack y Woodruff, 1978).

## **6.1. ACTOS DE HABLA**

Los actos de habla se definen como la unidad mínima de comunicación lingüística y como la clase específica de acción que realizamos cuando producimos una emisión (Escandell, 1993; Van Dijk, 1983).

Según Austin, estos actos de habla llevan asociados dos conceptos: el significado (lo que dicen las palabras) y la fuerza (lo que hacen: jurar, pedir, etc.)

Como fuerzas señala:

- Locutoria: Las reglas gramaticales se presentan normalmente.
- Ilocutoria: Aquí entran la declaración, la promesa, la prohibición, etc.
- Perlocutoria: Produce una respuesta en el receptor a partir del enunciado.

Estos actos de habla se pueden dividir en dos: actos de habla directos y actos de habla indirectos y, este último es el afectado dentro del espectro de la esquizofrenia.

En base a la clasificación del lenguaje literal y no literal, Searle (1977) clasifica los actos de habla como directos e indirectos, considerando los actos de habla directos como la interpretación literal del contenido proposicional del acto ilocutivo. En cambio, los actos de habla indirectos (AHI) son inferenciales. La fuerza ilocutiva (cómo debe interpretarse el enunciado) depende de la competencia comunicativa del oyente.

Bara, Bosco y Bucarelli (1999) determinan una distinción diferente y plantean en su teoría pragmática cognitiva que el acto de habla directo y el acto de habla indirecto convencional hacen referencia a un juego de conducta, dicho de otra manera, a un plan que comparten de manera parcial el emisor y el receptor, definiéndose como simples, a diferencia de lo planteado, los actos de habla indirectos no convencionales que serían complejos debido a que necesitan una serie de pasos inferenciales en relación al juego de conducta específico del cual ellos son movimiento, donde no es indirectamente identificable. En base a lo anterior, un acto de habla indirecto convencional, o simple según Bara et al. (1999), sería una petición indirecta, por ser ésta una forma de cortesía utilizada frecuentemente en español. Un ejemplo sería: “a mi sopa le falta sal” en donde Escandell (1988) registra como una forma de conocimiento que el hablante reúne y utiliza cuando lo encuentra necesario.

## **6.2. ACTOS DE HABLA INDIRECTOS**

Morgan (1978), sostiene que los AHI son tipos de actos convencionales. Lo convencional en ellos es usarlos en ciertos cometidos. Esto significa que la lengua está gobernada por dos tipos de convenciones: las propias del sistema lingüístico (como, por ejemplo, la relación entre la forma de las palabras y su significado), y las convenciones de uso que son de naturaleza cultural, y que se sitúan a mitad de camino entre lo radicalmente convencional (la gramática) y lo natural (la pragmática).

Según Searle (1979), el hablante comunica al oyente más de lo que dice basándose en la información de fondo compartida, tanto lingüística como no lingüística, y en los poderes generales de raciocinio e inferencia del oyente.

Éste trata de evitar la multiplicidad de estructuras que se producen cuando una misma oración se usa para realizar actos ilocutivos diferentes. Los AHI no son tan simples, debido a que el hablante, a pesar de emitir una oración y querer decir lo que dice, quiere decir algo más. Estos actos son aquellos enunciados en donde el aspecto locutivo e ilocutivo no coinciden, por ende, la finalidad de la oración es diferente a lo que se expresa directamente. Mientras que en los actos directos el significado de la oración o indicador proposicional tiene una única señal de fuerza o significado de la emisión, en los actos indirectos este es uno con señales de fuerza ilocucionaria de varias clases de actos determinados; se produce cuando un acto ilocucionario se realiza indirectamente al realizar otro.

Como se ha visto, la comprensión del significado de los actos de habla indirectos no se consigue sólo con el hecho de entender o decodificar el mensaje en cuestión. En las circunstancias donde se comparte el mismo código lingüístico, porque se habla la misma lengua, resulta relativamente fácil, ya que ambos protagonistas de la comunicación conocen los elementos lingüísticos. El resto de elementos convencionales adquiridos por la convivencia dentro de un mismo grupo social dominan sus reglas. Pero cuando no es de la forma planteada, evidenciamos complicaciones en el receptor, debido a que su total conocimiento del contexto lingüístico no incluye ciertos aspectos extralingüísticos establecidos por las reglas de la convención. Es parte del ámbito de lo que hay detrás de un mensaje y que no aparece de manera literal, por ende, hay que sobreentender por qué no es enunciado expresamente, se puede definir como el “significado añadido” (Sancho, 2018).

Como consecuencia, la interpretación del significado que le damos a nuestras acciones no se consigue sólo con el entendimiento literal del mensaje, Sancho menciona que son necesarios otros instrumentos para lograr la comprensión de la intencionalidad que tiene el emisor cuando transmite el mensaje. Existe una alta definición sobre lo que es actos de habla, sin embargo, poco se menciona sobre la población con esquizofrenia o incluso dificultades que otras poblaciones pudiesen tener.

## **7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Los usuarios con esquizofrenia en estado crónico desde los 23 hasta los 61 años de edad manifiestan dificultad en la comprensión de actos de habla indirectos?

## **8. OBJETIVOS**

### **8.1. Objetivo general:**

Describir el desempeño ante tareas de comprensión de actos de habla indirectos en personas adultas con esquizofrenia en estado crónico desde los 23 hasta los 61 años de edad.

### **8.2. Objetivos específicos:**

8.3 Identificar el rendimiento en tareas de comprensión de actos de habla indirectos en personas adultas con esquizofrenia en estado crónico según intervalos de edad.

8.4 Identificar el rendimiento en tareas de comprensión de actos de habla indirectos en personas adultas con esquizofrenia en estado crónico según nivel de escolaridad.

## **9. MATERIAL Y MÉTODO**

### **9.1. Diseño de estudio**

Investigación no experimental: Debido a que no manipularemos de manera deliberada las variables, si no que analizaremos la respuesta tal y como es dada por los usuarios.

### **9.2. Tipo de estudio**

Diseño descriptivo: Porque se pretende mostrar una situación en cuanto al comportamiento de las variables expuestas, que nos permiten caracterizar una situación, pero sin entrar a demostrar existencia de relaciones entre ellas. Según López, I. (2013) el diseño descriptivo se define como un estudio que permite caracterizar a una población que es un foco de interés.

Temporalidad transversal: es aquel que mide las variables en un solo momento, por lo que se cuenta con una sola medición para cada sujeto (López, 2013).

### **9.3. Enfoque de estudio**

Enfoque cuantitativo: Debido a que el estudio se encargará de analizar las dificultades pragmáticas que presentan los usuarios y es en base a la puntuación de 0-2 del protocolo MEC.

Según Hernández, R. et al (2003) el enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio, las variables se miden en un contexto determinado y se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, donde se extraen conclusiones en relación a la hipótesis.

### **9.4. Muestra del estudio**

La muestra estará conformada por 12 personas mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia en estado crónico, asistentes a la Escuela Especial Open Door, ubicada en Puente Alto dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico "El Peral".

La selección de esta muestra será a través del criterio no probabilístico por conveniencia, ya que, la elección de los elementos depende de las causas relacionadas con las características de la evaluación y de quien realiza la muestra. Depende netamente del procesos de toma de decisiones del grupo de investigadoras (Hernández et. al, 2003).



#### 9.4.1 Criterios de inclusión:

Adultos mayores de 18 años con diagnóstico médico de esquizofrenia en estado crónico.

Usuarios que asisten a escuela especial Open Door (Puente Alto, Chile).

Que firmen consentimiento informado, que tutor responsable firme asentimiento.

#### 9.4.2 Criterios de exclusión:

Adultos que no estén estabilizados farmacológicamente.

Adultos que presenten trastorno de habla.

Adultos que no se encuentren compensados a la hora de la evaluación.

Usuarios que no comprendan las instrucciones referidos por profesionales responsables.

#### 9.4.3 Variables

| Tipo de variable | Definición conceptual  | Definición operacional                                | Escala de medición    |
|------------------|--|---|-----------------------|
| presencia de EQZ | Condición crónica, frecuentemente con efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva un alto riesgo de suicidio y menoscabo de la calidad de vida de la persona. Se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, pensamiento y emociones. | Se revisará ficha clínica para confirmar diagnóstico. | -Presente<br>-Ausente |

|                          |   |  |  |
|--------------------------|---|--|--|
| Actos de Habla Indirecto | Intencionalidad diferente a la del sentido literal.                       | Comprensión de oraciones a través de protocolo MEC (Item 7)<br>Se puntúa el resultados de 0 a 2. | Discreta<br>0: Inadecuada o ausencia respuesta.<br>1: Respuesta parcial con imprecisiones.<br>2: Respuesta clara y adecuada.<br>Escala de interpretación de actos de habla indirectos del MEC. |
| Edad                     | Tiempo que ha vivido una persona, ciertos animales o vegetales.           | Revisión de ficha para confirmación.   | Contínua<br>18-29 años<br>30-49 años<br>50-64 años   |
| Escolaridad              | Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. | Revisión de ficha clínica para confirmación de escolaridad.                                      | Discreta<br>-Sin escolaridad<br>-Ed. básica incompleta<br>-Ed. básica completa<br>-Ed. media incompleta<br>-Ed. media completa<br>-Ed. superior incompleta<br>-Ed. superior incompleta         |

#### 10. Instrumentos de recolección de datos

- Pauta de cotejo: Para recolección y confirmación de información, como edad, escolaridad y diagnósticos asociados.
- Protocolo para la evaluación de la Comunicación de Montreal MEC (2007). Este protocolo fue especialmente desarrollado por Joannette, Ska y Coté para evaluar los trastornos de la comunicación verbal en pacientes adultos con lesiones del hemisferio derecho. En la presente investigación se utilizó la versión adaptada del español, realizado en Argentina por Abusamra et al. (2006), la cual cuenta con buenos

indicadores de confiabilidad, con valores de alfa Cronbach entre .70 y .90 para todas las tareas, así como buena confiabilidad interevaluadores (Leiva et al., 2017).

Se divide en 9 ítems los cuales son:

1. Cuestionario consciencia de dificultades.
2. Prosodia lingüística (dos subpruebas).
3. Prosodia emocional (tres subpruebas).
4. Evocación léxica (tres subpruebas).
5. Juicios semánticos (dos subpruebas).
6. Metáforas (dos subpruebas).
7. Actos de habla (dos subpruebas).
8. Discurso conversacional.
9. Discurso Narrativo (cuatro subpruebas).

Para esta evaluación se utilizó solo el ítem 7 de actos de habla. El cual consta de 20 oraciones, de 10 de ellas de actos de habla directos y 10 de actos de habla indirecto. Estas presentan dos tipos de respuestas ambas son de tipo cuantitativa. La primera parte es de Opciones donde al usuario se le dan dos alternativas “a y b” y el debe elegir la que le parezca correcta. Luego viene la parte de Explicaciones donde el usuario debe argumentar por qué eligió esa alternativa y las respuestas se puntúan de 0 a 2:

0: Respuesta inadecuada o ausencia de respuesta.

1: Respuesta parcial con imprecisiones, agregados u omisiones.

2: Respuesta clara y adecuada.

Posterior a ello, los resultados de cada oración fueron puntuados en la escala de interpretación de actos de habla indirectos predeterminados por el MEC

### **10.1 Procedimientos de recolección de datos**

Para poder llevar a cabo esta investigación se acudió a la escuela especial “Open Door”, ubicada dentro de las instalaciones del hospital psiquiátrico El Peral en la comuna de Puente Alto a una reunión con la directora. Esto, con el fin de pedir una autorización para la realización de las evaluaciones planeadas para los usuarios adultos con Esquizofrenia.

Luego de esta autorización, la dirección de la escuela llevó a cabo la selección de los participantes según nuestros criterios de inclusión y exclusión definidos para la investigación, incluyendo también aceptar de manera voluntaria el ser evaluados.

Además con el fin de dar cumplimiento a la ley de derechos y deberes del paciente (ley N°20.584) se solicitó la firma del consentimiento informado por parte del usuario.

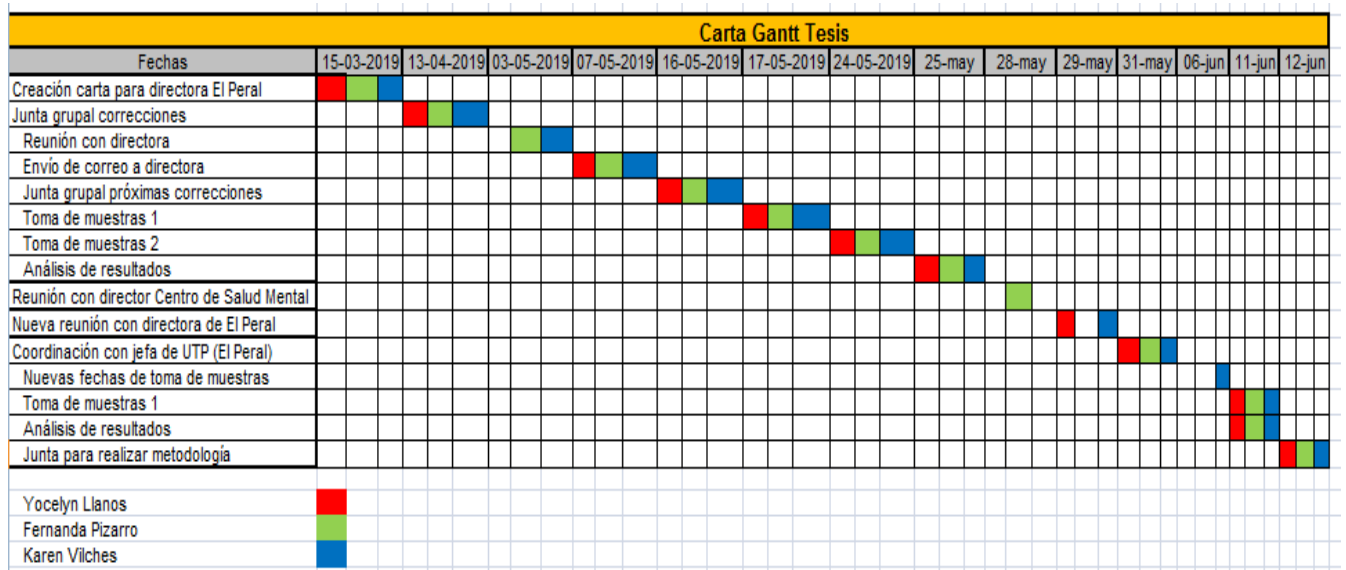
Finalmente, los usuarios seleccionados se evaluaron con el ítem 7 de actos de habla indirectos del protocolo MEC, en una sala con leves distractores (de vez en cuando entraba un trabajador del mismo lugar), en donde estuvieron presentes las 3 evaluadoras.

## **10.2 Análisis de datos**

Todos los resultados obtenidos del Protocolo MEC fueron recolectados y adjuntados en programa Excel, en el cual se ordenó la información sociodemográfica que se tabuló, para posteriormente ser interpretada en las tablas de las características sociodemográficas de la población evaluada, en esta se detallaron la edad, escolaridad y sexo.

Los resultados del protocolo aplicado se reflejaron mediante gráficos de barra, donde se realizaron pruebas estadísticas tales como media, promedio y tendencia central, para lograr establecer el desempeño entre las distintas preguntas que presentaba la subprueba, por ejemplo, el desempeño de los usuarios que pudieron reconocer y no los actos de habla indirectos, estableciendo diferencias y correlaciones según rango etario y nivel de escolaridad.

### 10.3 CARTA GANTT



### 11. RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados de la investigación “Comprensión de actos de habla indirectos en personas adultas con esquizofrenia”.

Se evaluaron a 12 personas entre 23 a 61 años, con diagnóstico de esquizofrenia, asistentes a escuela especial Open Door de Puente Alto. Se excluyeron a 6 personas.

En la Tabla 1 se muestran las características de edad, sexo y promedio de años de escolaridad mayor, menor o igual a 10 años que presentaban los participantes evaluados, por lo que el 33,3% de los participantes tienen una escolaridad menor o igual a 10 años y el otro 66,6% de los participantes cumple con la escolaridad mayor a 10 años.

Tabla 1. Características sociodemográficas participantes

| Intervalo edad | sexo         | ≤ 10 años de escolaridad | > 10 años de escolaridad |
|----------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>n=12</i>    |              |                          |                          |
| 18- 29 años    | F: 0<br>M: 3 | x11.5                    | x9                       |
| 30-49 años     | F: 1<br>M: 2 | x12                      | x9                       |
| 50-64 años     | F: 2<br>M: 4 |                          | x7.83                    |

x: media

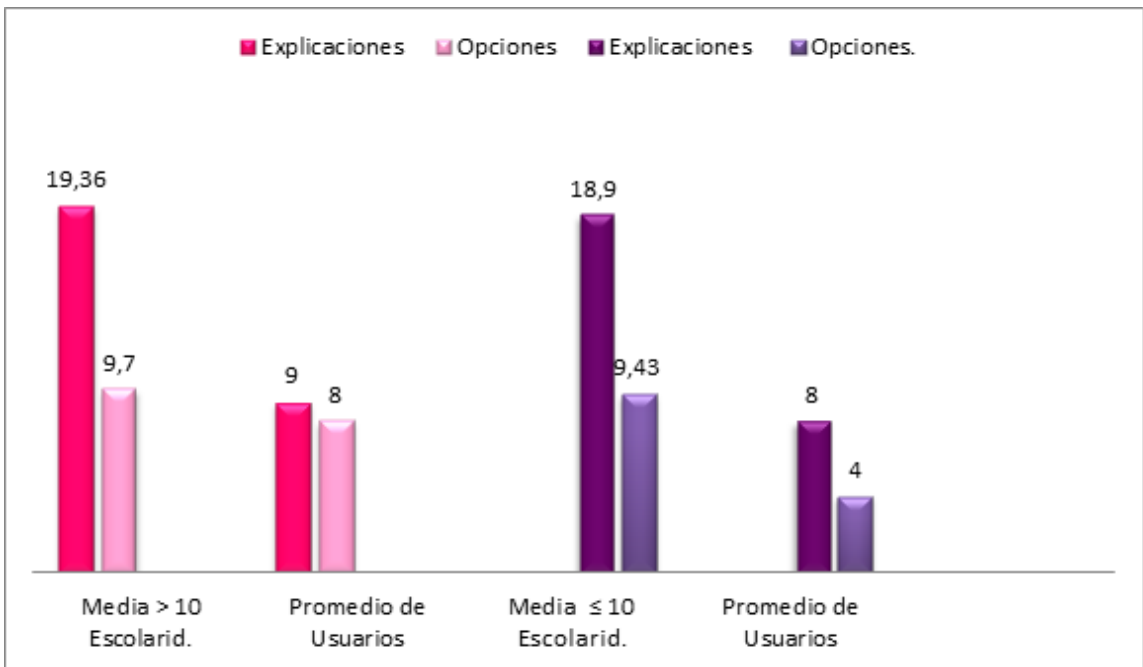
En la Tabla 2 se muestra de forma detallada la puntuación que obtuvo cada uno de los usuarios tanto en la parte de explicación, como en la de opciones. En orden de menor a mayor edad y también se detalla los años de escolaridad que alcanzó cada uno de ellos.

Tabla 2. Respuestas AHI de los participantes

| <b>Respuestas</b>     |             |             |                    |                          |                    |
|-----------------------|-------------|-------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
| <b>Nº de Usuarios</b> | <b>Edad</b> | <b>Sexo</b> | <b>Escolaridad</b> | <b>Explicaciones /20</b> | <b>Opciones/10</b> |
| Usuario 1             | 23          | M           | 12 años            | 6                        | 6                  |
| Usuario 2             | 24          | M           | 11 años            | 12                       | 10                 |
| Usuario 3             | 25          | M           | 9 años             | 8                        | 4                  |
| Usuario 4             | 31          | M           | 12 años            | 20                       | 10                 |
| Usuario 5             | 35          | F           | 9 años             | 8                        | 4                  |
| Usuario 6             | 46          | M           | 12 años            | 12                       | 6                  |
| Usuario 7             | 51          | M           | 9 años             | 10                       | 5                  |
| Usuario 8             | 51          | M           | 9 años             | 7                        | 8                  |
| Usuario 9             | 52          | M           | 8 años             | 0                        | 10                 |
| Usuario 10            | 60          | F           | 7 años             | 8                        | 8                  |
| Usuario 11            | 60          | F           | 9 años             | 0                        | 6                  |
| Usuario 12            | 61          | M           | 5 años             | 4                        | 4                  |

En el Gráfico 1 se presentan los valores normativos para sujetos de 18 a 29 años que cuentan con >10 años de escolaridad, donde se observa que el puntaje promedio obtenido por los participantes de este tramo está por debajo de la media. De forma similar, los sujetos que cuentan con <10 años de escolaridad, presentan con valores inferiores de rendimiento. En ambos grupos, se observa que la mayor dificultad estuvo dada por la tarea de reconocimiento de AHI a través de explicaciones.

Gráfico 1. Promedios reconocimiento AHI intervalo de 18 a 29 años



En el Gráfico 2 se presentan los valores normativos para sujetos entre 30 a 49 años, que cuentan con >10 años de escolaridad, donde se observa que el puntaje promedio obtenido por los participantes de este tramo está por debajo de la media. De manera similar, los sujetos que presentan <10 años de escolaridad, muestran valores inferiores respecto al rendimiento en estas tareas. Respecto a lo anterior, se concluye que ambos grupos presentan mayores dificultades en la elección de explicaciones.

Gráfico 2. Promedios reconocimiento AHI intervalo de 30 a 49 años

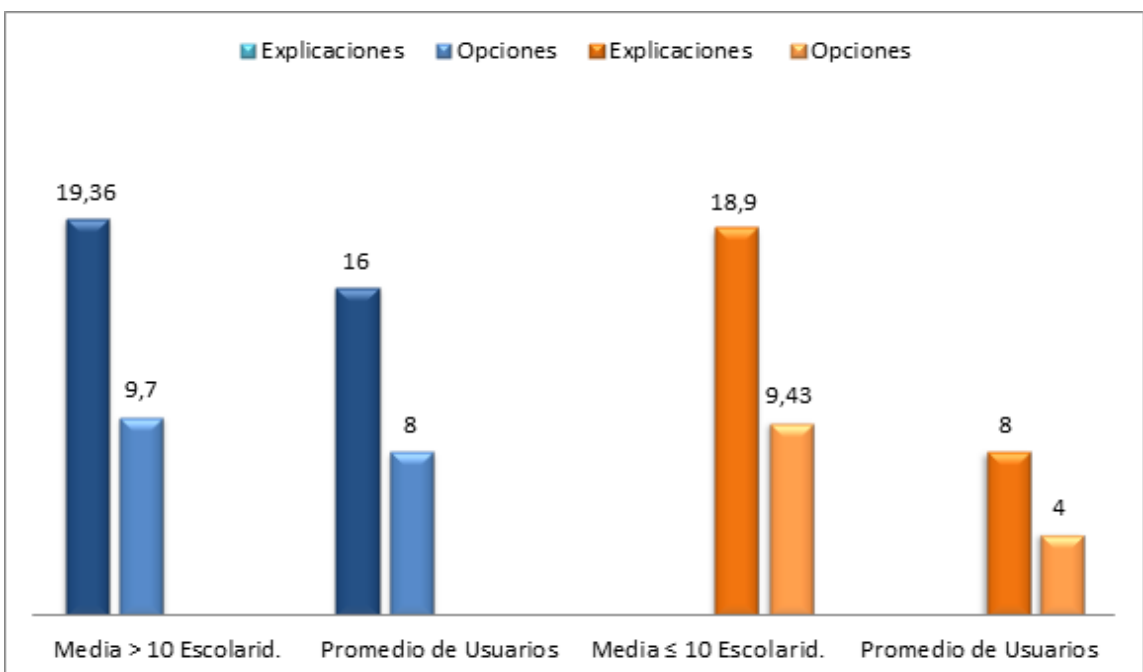
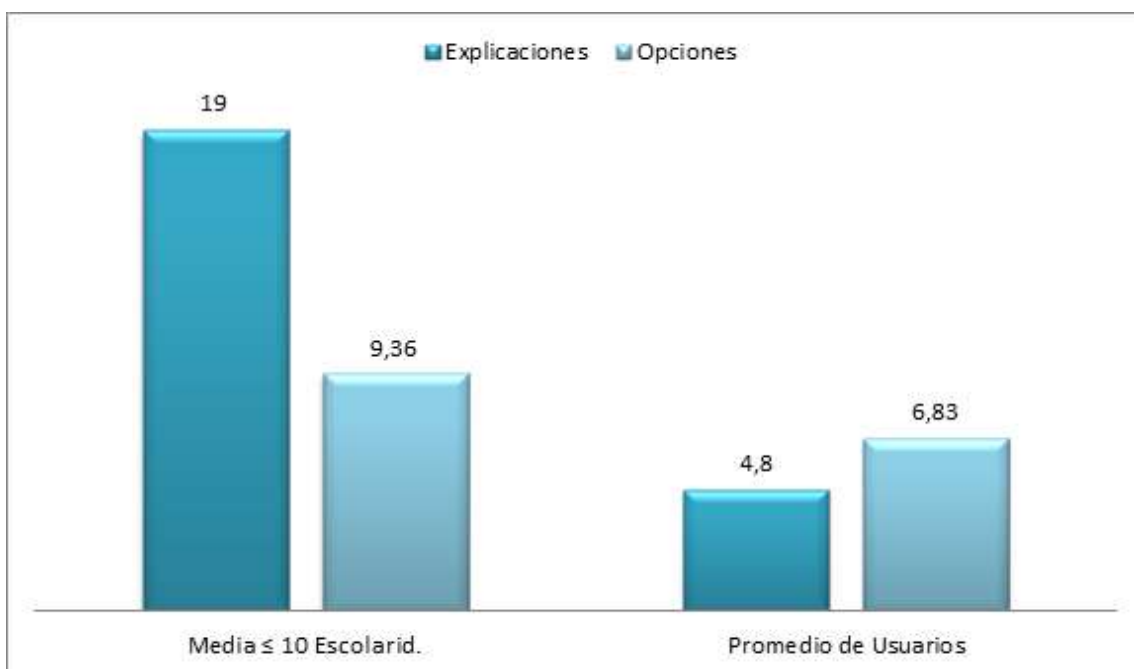




Gráfico N°3, se observa el promedio del intervalo de 50 a 64 años de edad, además de que en este grupo todos los usuarios presentaron una escolaridad menor o igual a los 10 años, mostrando un rendimiento deficitario en ambos aspectos, explicación y opciones respecto a la media estandarizada del protocolo MEC. Es evidente en este intervalo ver cómo los usuarios obtuvieron una notoria menor puntuación en la parte de explicaciones, al igual que los grupos anteriores.

Gráfico 3. Promedios reconocimiento AHI intervalo de 50 a 64 años



Frente a los AHD que se encuentran en la prueba como distractores, el 60% de los usuarios identificaron al menos dos respuestas como indirectos, en la parte de opciones, y a su vez desencadenando una respuesta incorrecta e imprecisa en la parte de explicaciones.

## **12. DISCUSIONES**

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en la investigación se pudo determinar que:

Del total de los sujetos evaluados, un 91.6% de estos presentó dificultad en comprender los actos de habla indirectos (incluyendo el ítem de explicaciones y opciones), según la media normativa del protocolo MEC. Las puntuaciones más altas fueron en usuarios con mayor escolaridad y más jóvenes, en cambio las puntuaciones más bajas se observaron en el intervalo de personas de 50 a 64 años. Cabe destacar que en este intervalo de edades ninguno de los usuarios alcanzó los 10 años de escolaridad, además de los tipos de tratamiento e intervenciones que han tenido desde la detección de su patología y en todo su desarrollo, como lo ha sido el electroshock.

En cuanto a la puntuación, se debe mencionar que se obtuvieron mejores resultados en las subpruebas de opciones, ya que los usuarios podían señalar qué alternativa elegir, pero al momento de aplicar el apartado de explicaciones los usuarios no lograban explicar y argumentar el porqué de su respuesta,

dando así una puntuación notoriamente más baja en el ítem de explicaciones, ya que en esta subprueba de explicaciones las respuestas eran de manera literal al enunciado, debido a que repetían la oración por lo cual no existió un análisis al responder. A su vez en los intervalos de 18 a 29 años y 30 a 49 años se ve un promedio de puntuación mucha más bajo en la parte de opciones, esto se debió a que el usuario la mayoría de las veces respondía de forma ansiosa lo primero que escuchaba, no tomando atención a todas las opciones, ni dando lugar al procesamiento de la información.

Cabe destacar, que los resultados en el intervalo de 18 a 29 años de edad, se evaluaron en base a los rangos de normalidad del intervalo de 30 a 49 años, rango que establece el protocolo MEC, esto debido a que no existe ningún protocolo pragmático y/o cognición social en español que incluya tal rango de edad para la evaluación de comprensión de AHI, ya sea con o sin patología asociada. Sin embargo hay protocolos que evalúan la pragmática como el Protocolo Pragmático de Prutting y Kirchner (1987) y Protocolo Pragmático de Evaluación de Luis Martínez (2001) los cuales son de uso transversal, pero no cuentan con una evaluación precisa de los Actos de habla, por lo que es importante precisar que es lo que no existe o no incluyen estas evaluaciones como lo incluye el MEC.

Se considera que no se deben excluir a estos usuarios con y sin patologías sólo por el hecho de no tener un protocolo para su rango de edad, además, los valores normativos no presentan una gran varianza.

Los resultados que se mencionaron con anterioridad, se relacionan con los datos obtenidos en la investigación realizada por Insúa et al. (2000), en el cual realizan un estudio de la coherencia global del discurso en sujetos con EQZ (10 sujetos) y sujetos de control normal (11 sujetos). Como resultados de este estudio, se encontraron diferencias a nivel estadístico significativas en los índices que operativizan la coherencia global del discurso y comprensión entre los sujetos con EQZ y los controles normales, en el sentido de que los mismos índices estarían presentes en ambas poblaciones, pero con una distribución diferente. De esta forma, dar información suficiente de un suceso, conectar de manera adecuada y explícitamente estaría relacionado con los sujetos normales; y el no presentar información suficiente para la comprensión del discurso, presentar distorsiones e información adicional, errores dentro de un mismo constituyente en el orden de los hechos, dificultad en comprensión tanto de actos de habla directos como indirectos, además de conexiones inadecuadas entre los grupos de eventos, estaría en relación a los sujetos con esquizofrenia. Según refiere el estudio, las dificultades pragmáticas eran las más notorias, esto se relaciona, como se mencionó en un principio, con nuestro estudio, debido a que en base a la evaluación realizada notamos dificultades

pragmáticas presentes durante toda la evaluación, pero principalmente en los resultados del protocolo MEC, debido a la gran dificultad presente en la comprensión de AHI, especialmente en usuarios en el rango etario de 50 a 64 años de edad, al igual que en el estudio antes mencionado.

Durán y Figueroa (2009), realizan un estudio sobre el déficit pragmático en la utilización de pares adyacentes, por pacientes esquizofrénicos crónicos y de primer brote, incluyen 40 muestras de habla de sujetos diagnosticados de EQZ, entre 17 y 50 años. Los resultados, se asemejan a los obtenidos en nuestro estudio, esto debido a que en el análisis realizado por los autores mencionados, se comprobó la existencia de un mayor deterioro de las funciones pragmáticas en pacientes crónicos que en los pacientes de primer brote (cabe destacar que nuestra muestra está conformada por usuarios con diagnóstico de EQZ en estado crónico). Las deficiencias mencionadas, se aprecian claramente en la utilización de pares adyacentes que únicamente cumplen el propósito comunicativo en los primeros turnos de habla. Estos segmentos casi siempre corresponden a algunas estrategias de inicio. Otra investigación que se considera relevante y que se contrasta con nuestros resultados, es la realizada por Sánchez (2016), en un estudio observacional del lenguaje y comunicación en una muestra de pacientes con EQZ, se evaluaron 12 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia residual y paranoide, con el objetivo de determinar carencias en el discurso y características lingüístico-comunicativas en los sujetos y así, identificar las propias características y ayudar al profesional al abordaje precoz en el tratamiento. Como resultado, los sujetos no mostraron diferencias respecto a los dos diagnósticos comparados, sólo a nivel pragmático se puede observar que los pacientes con EQZ paranoide presentan mayores alteraciones, especificando en actos de habla, precisamente los indirectos. Al igual que los usuarios evaluados en el presente estudio, aunque independiente del tipo de EQZ, edad y años de escolaridad, predominan las dificultades a nivel pragmático, y dentro de este, los actos de habla indirectos. Además, se destacan estudios como el realizado por Salavera (2002), Boucard y Laffy-Beaufils (2008) y Langdon et al. (2002), que concluyeron que los pacientes con diagnóstico de EQZ presentan dificultades pragmáticas, especialmente en la comprensión del lenguaje no literal, como metáforas, AHI, ironías, entre otras.

### **13. CONCLUSIONES**

El presente estudio fue llevado a cabo en el establecimiento de la escuela especial Open Door, del hospital psiquiátrico El Peral, ubicado en la comuna de Puente Alto. El resultado de esta investigación determinó lo siguiente:

Existe un porcentaje 91,6% de usuarios de 23 a 61 años con diagnóstico médico de EQZ que manifiestan dificultad en comprender los actos de habla indirectos tanto así en la subprueba de explicaciones como en la de opciones. La mayor dificultad de esto se vio al momento de dar la explicación de las respuestas escogidas, esto debido a que los sujetos presentaron dificultades en la argumentación de su respuesta, repitiendo, generalmente, lo que decía en las opciones. Los resultados obtenidos de esta investigación, concuerdan con los estudios de literatura mencionados, por esta razón, se considera de suma importancia incluir este contenido en los procesos de evaluación, para poder identificar las dificultades específicas que presente cada usuario y, de esta manera, generar un abordaje multidisciplinario que ayude a que el usuario se desenvuelva de una manera eficiente en su entorno, favoreciendo el desarrollo de roles que contribuya a disminuir el estereotipo negativo que se tiene sobre esta patología de salud mental.

Debido a los resultados obtenidos, se pudo evidenciar de manera clara que existen alteraciones en la comprensión de actos de habla indirectos. Además, según la literatura revisada, se ha demostrado la necesidad de una atención a nivel fonaudiológico a los usuarios diagnosticados con EQZ (así como también otros trastornos psiquiátricos), tanto de evaluación como de una posterior intervención, adecuando éstas a las necesidades de cada usuario, y, como se mencionó anteriormente, enfocándonos también en el entorno del mismo.

Dentro de lo observado en el desarrollo de la investigación, se nota la falta de instrumentos de evaluación formales y estandarizados, lo que se considera de gran importancia el desarrollo y creación de estos nuevos materiales de evaluación, en el cual se incluyan todos los rangos etarios, ya que, como se manifestó en esta investigación, hasta el día de hoy no existen protocolos en donde se consideren edades bajo los 30 años, dejando de lado una gran cantidad de población que, de igual forma, necesitan una evaluación adecuada, para que posteriormente, la intervención sea fructífera.

Recapitulando lo principal de la investigación es la posibilidad de creación de nuevas investigaciones y material respecto al caso, ya que se encuentra bastante escaso y abre nuevas líneas de trabajo en el quehacer fonaudiológico, ya que se logró generar evidencia necesaria sobre las dificultades que existen en los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, así mismo, el estudio es de gran ayuda para profesionales interesados en el tema, ya que se generó una base de información para así poder abrir y crear nuevas investigaciones más a fondo.

#### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abusamra, V., Martínez, M., Molina, G., Ferreres, A. (2006). Evaluación de la comunicación en lesionados derechos: Adaptación al español de la batería de Montreal. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-039/97.pdf>
2. Accatino, L. (2012). Alteraciones del lenguaje en Esquizofrenia. *Revista Memoriza*, 11 (9), pp. 1-8.
3. Alvarado, R. (2007). Elaboración y validación de instrumento que describe y caracteriza las redes de servicio de salud mental para personas que padecen esquizofrenia. *Revista Chilena de Salud Pública*.
4. American Psychiatric Association (2013). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V (5°ED). Recuperado de <http://www.psicoaragon.es/wp-content/uploads/2017/06/DSM-5.pdf>

5. Andreasen, N. C. y Grove, W. M. (1986). Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (3), 348.
6. Angelina Dois Castellon, Aixa Contreras Mejias, M<sup>a</sup> Cecilia Arechabala y M<sup>a</sup> Teresa Urrutia Soto (2007). Validación de una escala de calidad de vida en un grupo de personas con Esquizofrenia de la Región Metropolitana - Chile. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v13n1/art05.pdf>
7. Austin, J. (1962). *Cómo hacer cosas con palabras*. Inglaterra: Paidós.
8. Baltaxe, C.A. y Simmons, J.Q. Speech and language disorder in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, 21,4, pp. 677-692.
9. Bara, B., Bosco, F., Bucarelli, M. (1999). Simple and complex speech acts: What makes the difference within a developmental perspective: M. Hahn & Stones, 55-60.
10. Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 44 (3), 215-221.
11. Belinchón, M. (1988). Esquizofrenia y lenguaje: una aproximación psicolingüística. *Estudios de Psicología*, 9(33-34), 105-144.
12. Belinchón, M. (1999). Lenguaje no literal y aspectos pragmáticos de la comprensión. *Psicolingüística del español*. Madrid: Trotta, S.A. pp. 307-373.
13. Bordas, C. S. y Sanclemente, M. P. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 30(2), 84-93.
14. Boucard, C. y Lafy-Beaufils, B. (2008). "Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grâce au bilan orthophonique". *L'Encéphale*, 34, 226-232.
15. Bradley, Tobar, Villablanca y Soto (2015). El componente Pragmático en adultos con Síndrome de Ásperger: Actos de habla indirectos, metáforas



y coerción aspectual, 53(1). Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48832015000100003&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48832015000100003&script=sci_arttext&lng=pt)

16. Bravo, D y Mendoza, N. (2017). Relación entre el desarrollo del lenguaje y la cognición social. Programa de Psicología de la Universidad del Rosario. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13471/Relacion%20entre%20desarrollo%20del%20lenguaje%20y%20la%20cognicion%20social%20en%20ni%C3%B1os%20de%204%20a%207%20a%C3%B1os.pdf?sequence=1>
17. Brenner, H. D., Hodel, B., Genner, R., Roder, V., & Corrigan, P. W. (1992). Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment. *British Journal of Psychiatry*, 161 (Suppl. 18), 154-163.
18. Brüne, M., Bodenstein, L. (2005). Proverb comprehension reconsidered- 'theory of mind' and the pragmatic use of language in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 75 (3). 2333-239.
19. Carvajal C. Esquizofrenia y trastornos relacionados. In: Florenzano R, Carvajal C Weil K editores. *Psiquiatría*. Santiago Chile: Mediterráneo; 1999, pp. 82-91.
20. Castilla del Pino, C. 1974. *Hermenéutica del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
21. ChampagneLavau M., Stip, E. (2010). Pragmatic and executive dysfunction in schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*. 23. 286-296.
22. Constanza Mavín Roman Aviles y Ximena Póo Figueroa (2016). Las distintas voces de la esquizofrenia. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/139979/Las%20distintas%20voces%20de%20la%20esquizofrenia%2C%20junio%202016%20-%20Constanza%20Rom%C3%A1n.pdf?sequence=1>

23. Cuetos, F. (2012) Neurociencia del lenguaje. Bases neurológicas e implicaciones clínicas. Panamericana. Madrid.
24. Durán, E., Figueroa, A. (2009). Sobre el déficit pragmático en la utilización de pares adyacentes, por pacientes esquizofrénicos crónicos y de primer brote. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 47 (4), 259-270.
25. Dijk, V. (1989). La ciencia del texto. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
26. Escandell, M. (1993). Introducción a la Pragmática. Barcelona, España: Anthropos.
27. Figueroa, A. (2015). *Análisis pragmalingüístico de los marcadores de coherencia en el discurso de sujetos con esquizofrenia crónica y de primer episodio* (Tesis Doctoral). Universidad de Valladolid. Facultad de Filosofía y Letras. España.
28. Frith, C., Corcoran, R. (1996). Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*. 26 (3)
29. Gómez, G. y LLorca, G. (2009). Tratado multidisciplinar sobre la actividad cerebral, los procesos mentales superiores y nuestro comportamiento. Biopsicología.net. (descargado de Internet en mayo de 2009 en la dirección: <http://www.biopsicologia.net/nivel-4-patologias/1.6-esquizofrenia-y-trastornos-psicoticos.html>).
30. Gopnik, A. Meltzoff, A. N. (Visor). (1999). Palabras, pensamientos y teorías. Madrid: Colección Aprendizaje.
31. Green, M., Olivier, B., Crawley, J., Penn, Silverstein, S. (2005). Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophrenia Bulletin*, 3, 882-887.
32. Grice, H. (1969). Utterer's meaning and intention. *Philosophical Review*. 78 (2), 147-177.
33. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación (3ª ed.). México: Editorial Mc Graw-Hill.

34. Instituto Nacional de Salud Mental (2015). La Esquizofrenia. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/index.shtml>
35. Insúa, P., Grijalvo, J., Huici, p. (2000). Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia: Síntomas clínicos y medidas psicolingüísticas. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n78/n78a03.pdf>
36. Insúa, P y Belinchón M (2004). Alteraciones del relato. *Arbor* CLXVII, 697 (Enero 2004), 157- 187 pp
37. Kraepelin, E. (1913), *Psiquiatría*, Leipzig, Barth.
38. Kraepelin, E. (1893). Kraepelin, E. Un texto para estudiantes y psiquiatras. *Macmillian Company*.
39. Langdon, R., Davies, M., Coltheart, M. (2002). Understanding Minds and Understanding Communicated Meanings in Schizophrenia. *Mind and language* (17), 68-104.
40. Lázaro, S. (2014). Evaluación multidimensional de los trastornos del lenguaje y comunicación en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y régimen ambulatorio. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5689>
41. Leiva, S., Difalcis, M., López, C., Micciulli, A., Abusamra, V., Ferreres, A. (2017). Disociaciones entre prosodia emocional y lingüística en pacientes con lesiones cerebrales del hemisferio derecho. *Liberabit*, 23(2), 211-232.
42. León, D. a. (2012). Introducción a la cognición social y la neurociencia social cognitiva. Programa de Psicología de La Universidad Piloto de Colombia, 11, 3- 10.

43. López, B. (2014). El proceso de comunicación en pacientes con. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5 (2), 112-124. Recuperado de <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3338>
44. López, I. (2013). *Metodología de la Investigación*. Departamento de educación en Ciencias de la Salud, Universidad de Chile.
45. Machado, A., Mondaca, I., Monardez, P. (2018). Intervención fonoaudiológica en la Esquizofrenia: Revisión integrativa. *Revista CEFAC*, 20 (2), pp. 241-244.
46. Madariaga, C. (2014). Avanzar hacia la ciudadanía plena y el disfrute de experiencias de trabajo comunitario en salud mental. Recuperado de: [http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/Libro\\_JCSMC2014.pdf](http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/Libro_JCSMC2014.pdf)
47. Martin, I., McDonald, S. (2003). Weak coherence, no theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. *Brain and Language*. 85 (3).
48. Martinez, G., Sampedro, M., Cartoceti, R., Abusamra, V. (2013). Dificultades en la comprensión de discurso narrativo: el comportamiento de los pacientes con lesiones del hemisferio derecho. *Actas del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.
49. Milla, C. (2013). Actos de habla indirectos. Recuperado de [https://wiki.du.se/%C3%84mnen - Subjects/Spanska/SP1033 - Glosario de los m%C3%B3dulos/actos de habla indirectos](https://wiki.du.se/%C3%84mnen_-_Subjects/Spanska/SP1033_-_Glosario_de_los_m%C3%B3dulos/actos_de_habla_indirectos)
50. Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_resum\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_resum_cast_2009.pdf)
51. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud* 2005; 18: 346-358.
52. MINSAL (2009). *Personas con trastornos psiquiátricos severos: Esquizofrenia*. Recuperado de:

<http://www.minsal.cl/portal/url/item/71e6341aec52aae2e04001011f017bae.pdf>

53.

54. MINSAL (2017). Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>

55. Mo S, Su Y, Chan R, Liu J. (2008) Los Pacientes Esquizofrénicos tienen Dificultades para Interpretar Metáforas e Ironías. *Investigación de Psiquiatría*, 157 (1-3), 21-29.

56. Montaña, L., Nieto, T. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*. 4 (1), 86-107.

57. Morgan, J. (1978). Two Types of Convention in Indirect Speech Acts. *Syntax and Semantics*, 9 (Pragmatics), 261–280.

58. Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., Guillén, A., Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: Un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742011000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000200005)

59. Naguy, A. (2018). Schizophrenia and subcortical aphasia-A pictorial analogy? *Journal of Psychiatry*. 5 (2), 20-22.

60. Premack, D., Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and brain sciences* 4 (1).

61. Reyes, M. (1995). Effects of stringent criteria on eligibility for clozapine among public mental health clients. *Psychiatric Services*, 46 (8), 801-806.

62. Rioja, M. (2016). *Características y evaluación de los trastornos del lenguaje en esquizofrenia: evidencias en español y el papel del logopeda* (Fin de Grado). Universidad de Valladolid. España.

63. Rodríguez-Vidal, M., & Castro-Salas, M., & Sanhuesa-Escobar, V., & Valle-Utreras, A., & Martínez-Arriagada, J. (2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Aquichan*, 11 (1), 66-76.

64. Rochester, S and Martin, J. (1979). Crazy talk: A study of the discourse of schizophrenic speakers. Plenum. New York.
65. Ruiz, J.C, García, S. y Fuentes, I. (2006). *La relevancia de la cognición social en la Esquizofrenia*. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. 24 (3), 137-155.
66. Salavera, C. (2000). Análisis de patologías del lenguaje en la esquizofrenia: Aspectos psicológicos. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/analisis-de-patologias-del-lenguaje-en-la-esquizofrenia-aspectos-psicologicos-348/>
67. Sánchez, R. (2016). Estudio observacional del lenguaje y la comunicación en una muestra de pacientes con esquizofrenia. Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria. Recuperado de: <http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/309/Roc%C3%A1nchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
68. Sancho, P. (2018). Los actos de habla indirectos y el tratamiento de las condiciones de felicidad para su construcción en aquellos actos indirectos manejados en el PCIC. Facultad de Filología, UNED. Recuperado de: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:master-Filologia-FPESL-Psancho/Sancho\\_Sieiro\\_MariaPilar\\_TFM.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:master-Filologia-FPESL-Psancho/Sancho_Sieiro_MariaPilar_TFM.pdf)
69. Searle J. (1977) Actos de habla indirectos. Teorema Revista Internacional de Filosofía (7) 1, 23-53.
70. Searle, J. (1979). Actos de habla indirectos. Universidad de California. Recuperado de: [file:///C:/Users/ivan/Downloads/Dialnet-ActosDeHablaIndirectos-2046478%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ivan/Downloads/Dialnet-ActosDeHablaIndirectos-2046478%20(1).pdf)
71. Sifuentes, A., Sosa, E., Jaimez, T., Manzanillo, Y. (2011). Rol educativo del personal de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. *Enferm. Glob*, 10 (24), 94-102.
72. Sperber, D., Wilson, D. (1986). *Relevance: Communication and cognition*. Cambridge: Cambridge University Press.

73. Vicente, B., Saldivia, S., Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v22n1/art06.pdf>

## 15. ANEXOS



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CARRERA DE FONOAUDILOGÍA

Usted ha sido invitado a participar en una actividad docente que involucra la participación directa de alumnos de la Carrera de Fonoaudiología, de la Facultad de Salud de la Universidad Católica Silva Henríquez.

Lea cuidadosamente este documento y tome el tiempo que sea necesario para su decisión de querer participar.

#### OBJETIVOS

En esta actividad, los estudiantes de pregrado de la Carrera de Fonoaudiología, mediante supervisión de un fonoaudiólogo tutor, desarrollarán destrezas asociadas al quehacer fonoaudiológico propio de la etapa de formación profesional en la que estarán.

#### TIPO DE INTERVENCIÓN

Usted será entrevistado por un estudiante previamente entrenado por docentes de la Carrera de Fonoaudiología. En dicha instancia, el estudiante realizará alguna encuesta o evaluación, o eventualmente un tratamiento que apunte a una de las siguientes áreas: lenguaje, habla, deglución, audición y/o voz. El estudiante podrá solicitar su autorización para el registro audiovisual del proceso. La actividad en total no deberá exceder a 1 hora.

#### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su participación en esta actividad es totalmente voluntaria. Es su derecho retirarse de la misma, no aceptar participar o retirar su consentimiento cuando estime necesario. No perderá ningún derecho en caso de hacerlo.

#### CONFIDENCIALIDAD

Asimismo, la información recopilada mediante la entrevista será de carácter confidencial, utilizada exclusivamente con fines didácticos. No se compartirá la identidad de las personas que participen en la actividad. Eventualmente, la información recopilada pudiera ser usada con fines científicos si así lo autoriza. Los datos personales serán utilizados en forma anónima, así también fotografías y videos, de modo que no se revele su identidad. Si se registran archivos audiovisuales, serán guardados en formato que sólo será accesible por el profesor tutor.

#### A QUIÉN CONTACTAR

Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar al profesor(a) tutor:

Nombre: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_





### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

(En caso de representar a un familiar, este dará su asentimiento en caso de tener menos de 18 años o por compromiso comunicativo del paciente)

He leído y se me ha explicado la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, sin que esto signifique un menoscabo en mi atención dentro de esta institución.

- Autorizo al estudiante responsable y a los docentes supervisores a acceder y usar los datos contenidos en esta actividad con propósitos:

|          |    |  |
|----------|----|--|
| DOCENTES | SÍ |  |
|          | NO |  |

|             |    |  |
|-------------|----|--|
| CIENTÍFICOS | SÍ |  |
|             | NO |  |

- Autorizo que se obtengan registros audiovisuales de mí o de mi hijo(a) o representado(a) durante la actividad

|    |  |
|----|--|
| SÍ |  |
| NO |  |

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Voluntario  
(o representante)

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Alumno:

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Profesor Tutor

Fecha:

## 11. Interpretación de actos de habla indirectos



Guía de administración y puntuación página 26-29

**Consigna:** *Voy a leerle un texto corto. Usted debe explicarme con sus propias palabras qué quiere decir la oración que cierra cada situación. Algunas oraciones tienen sobreentendidos y otras no.* [Los estímulos se toman en el orden que figuran más abajo. Los números 1 al 10 indican pares de estímulos que corresponden a una misma situación. La letra (D) indica que la situación se define como acto directo; la letra (I) indica que la situación se define como acto indirecto].

**Puntuación:** 0: respuesta inadecuada o ausencia de respuesta.  
1: respuesta parcial con imprecisiones, agregados u omisiones.  
2: respuesta clara y adecuada.

- Ejemplo:**
- a) *María está muy ocupada en su trabajo. Llama a su marido y le dice: "¿A qué hora terminas de trabajar? Porque esta tarde no voy a tener tiempo de ir a buscar a los chicos al colegio". ¿Qué piensa que quiere decir María?* [Si la respuesta es incorrecta, explique que María le está pidiendo a su marido que vaya a buscar a los chicos al colegio. Aclare que esta es una frase **con sobreentendido**]
- b) *Julieta está en su trabajo. Llama a su marido y le dice: "Acabo de ver a mi jefe y me ofreció un ascenso" ¿Qué piensa que quiere decir Julieta?* [Si la respuesta es incorrecta, explique que Julieta quería simplemente informar a su marido de su ascenso. Aclare que esta es una frase **sin sobreentendidos**]

2.i. Juan está en su habitación escuchando música a un volumen muy alto. Su padre le dice: "Juan, me duele la cabeza." ¿Qué piensa que quiere decir el padre de Juan?

---

---

0 1 2

**Consigna:** *Le voy a dar dos respuestas posibles.Cuál explica mejor lo que la persona quiere decir.*

- a. Quiere decir que le duele la cabeza.  
⇒ b. Quiere que el hijo baje el volumen de la música.

6.d. El señor Rodríguez está en la cocina cuando el teléfono comienza a sonar. Entonces, le dice a su mujer: "Yo contesto." ¿Qué piensa que quiere decir el señor Rodríguez?

---

---

0 1 2

- ⇒ a. Quiere decir que él contesta.  
b. Quiere decir que su mujer debe contestar.

**1.d.** El señor García llega a su trabajo un caluroso día de verano. Cuando entra a la oficina, se da cuenta que la temperatura está en su punto justo. Respira aliviado y le dice a sus compañeros: "Está fresco acá, qué agradable." ¿Qué piensa que quiere decir el señor García?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0 1 2

- ⇒ a. Quiere decir que le agrada esa temperatura.  
b. Quiere que sus compañeros apaguen el aire acondicionado.

**3.i.** Oscar se muda el próximo sábado. Sabe que le espera un duro trabajo ya que debe llevar varias cajas a su nueva casa. Se encuentra con un amigo en la calle y después de contarle que se muda, le dice: "¿Qué haces el fin de semana?". ¿Qué piensa que quiere decir Oscar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0 1 2

- a. Quiere saber qué va a hacer su amigo el fin de semana.  
⇒ b. Quiere que su amigo lo ayude con la mudanza.

**5.i.** Adriana sale del supermercado llevando varias bolsas. Se encuentra en la puerta con su marido y le dice: "Estas bolsas pesan mucho". ¿Qué piensa que quiere decir Adriana?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0 1 2

- a. Quiere afirmar que las bolsas que lleva pesan mucho.  
⇒ b. Quiere que su marido la ayude a llevar las bolsas.

**8.d.** Santiago se sienta en el living a mirar la televisión. Le dice a su abuelo que está sentado a su lado: "Se ve muy bien en esta pantalla nueva". ¿Qué piensa que quiere decir Santiago?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

0 1 2

- ⇒ a. Quiere decir que es una buena pantalla de televisión.  
b. Quiere decir que le gustaría comprar otro aparato.

9.i. Pablo y Miguel son compañeros de oficina. Pablo va a comprar el almuerzo para los dos y cuando vuelve le dice a Miguel: "Lo tuyo es 7 pesos". ¿Qué piensa que quiere decir Pablo?

---

---

0 1 2

- a. Quiere informarle al compañero cuánto pagó.
- ⇒ b. Quiere que su compañero le pague lo que le corresponde.

10.d. María está en su oficina imprimiendo un documento. Le dice a su secretaria: "La verdad es que esta impresora funciona muy bien". ¿Qué piensa que quiere decir María?

---

---

0 1 2

- ⇒ a. Quiere decir que la impresora funciona bien.
- b. Quiere decir que su secretaria utiliza muy seguido la impresora.

7.d. Laura mira a su hijo lavarse los dientes, antes de ir al colegio, tal como le enseñó el dentista. Entonces, orgullosa le dice: "¡Qué bien te lavas los dientes!". ¿Qué piensa que quiere decir Laura?

---

---

0 1 2

- ⇒ a. Quiere decir que el hijo se lava bien los dientes.
- b. Quiere que su hijo se apure.

4.i. Luisa mira su Peugeot sucio estacionado en la calle y le dice a su marido: "¿No te parece que está demasiado sucio?". ¿Qué piensa que quiere decir Luisa?

---

---

0 1 2

- a. Quiere decir a su marido que el Peugeot no está limpio.
- ⇒ b. Quiere que su marido lave el Peugeot.

6.i. El señor Martínez está ocupado en el living cuando el teléfono comienza a sonar. Le dice a su esposa: "El teléfono está sonando". ¿Qué piensa que quiere decir el señor Martínez?

---

---

0 1 2



- a. Quiere decir que escucha el sonido del teléfono.  
⇒ b. Quiere que su mujer conteste.

3.d. Andrés se muda el próximo sábado. Se encuentra con un amigo en la calle y después de contarle sobre su mudanza le dice: "La casa es verdaderamente luminosa". ¿Qué piensa que quiere decir Andrés?

---

---

0 1 2

- ⇒ a. Quiere decir que la casa tiene mucha luz.  
b. Quiere que su amigo lo ayude con la mudanza.

5.d. Paula y su marido salen del supermercado. Paula le dice a su marido: "Esta noche tengo ganas de cocinar pescado". ¿Qué piensa que quiere decir Paula?

---

---

0 1 2

- ⇒ a. Quiere decir que le gustaría cocinar pescado.  
b. Quiere decir que le gustaría que su marido cocine pescado.

2.d. Claudia está en su habitación escuchando música. Su padre la llama: "Claudia, a cenar." ¿Qué piensa que quiere decir el padre de Claudia?

---

---

0 1 2

- ⇒ a. Quiere que su hija vaya a cenar.  
b. Quiere que su hija baje el volumen de la música.

1.i. Pedro y Susana trabajan en la misma oficina. El aire acondicionado está prendido al máximo. Susana le dice a Pedro "¿No hace demasiado frío acá?!". ¿Qué piensa que quiere decir Susana?

---

---

0 1 2

- a. Quiere decir que hace frío en la oficina.  
⇒ b. Quiere que Pedro baje o apague el aire acondicionado.

9.d. Gerardo vive con su hermano. Volviendo del banco le dice: "No había casi nadie en el banco; ni siquiera tuve que esperar". ¿Qué piensa que quiere decir Gerardo?

---

---

0 1 2

- ⇒ a. Quiere decir que había poca gente en el banco.  
b. Quiere que su hermano vaya al banco la próxima vez.

7.i. Ya es bastante tarde y Ana espera a su hijo que se está lavando los dientes antes de ir al colegio. Ella le dice: "Fede, ¿todavía no terminaste?". ¿Qué piensa que quiere decir Ana?

---

---

0 1 2

- a. Quiere saber si su hijo terminó de lavarse los dientes.  
⇒ b. Quiere que su hijo se apure.

4.d. Mariana mira con orgullo su nuevo Peugeot estacionado en la calle y le dice a su marido: "Me encanta el color que elegimos". ¿Qué piensa que quiere decir Mariana?

---

---

0 1 2

- ⇒ a. Quiere decir que le parece bien el color elegido.  
b. Quiere que el marido la lleve a pasear.

8.i. Martín se sienta en el living a mirar la televisión. Le dice a su mujer que está en la cocina: "Mis anteojos están sobre la mesa". ¿Qué piensa que quiere decir Martín?

---

---

0 1 2

- a. Quiere contarle dónde están los anteojos.  
⇒ b. Quiere que ella le lleve los anteojos hasta el living.

10.i. Pedro trabaja en una oficina y necesita imprimir un documento. Le dice entonces a su secretaria: "No hay más papel" ¿Qué piensa que quiere decir Pedro?

---

---

0 1 2

- a. Quiere decir que no hay papel.  
 ⇒ b. Quiere que su secretaria ponga papel en la impresora.

| Resultados                  | Explicaciones | Elección de Rta. |
|-----------------------------|---------------|------------------|
| Situaciones directas (D):   | /20           | /10              |
| Situaciones indirectas (I): | /20           | /10              |
| <b>Total</b>                | <b>/40</b>    | <b>/20</b>       |

**Explicaciones:**

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| Situaciones directas (d):   | /20        |
| Situaciones indirectas (i): | /20        |
| <b>Total:</b>               | <b>/40</b> |

**Elección de respuestas:**

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| Situaciones directas (d):   | /10        |
| Situaciones indirectas (i): | /10        |
| <b>Total</b>                | <b>/20</b> |

| Interpretación de actos de habla indirectos | 30 a 49 años |           | 50 a 64 años |           | 65 a 88 años |           |
|---|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|
|   | ≤ 10 años    | > 10 años | ≤ 10 años    | > 10 años | ≤ 10 años    | > 10 años |
| Escolaridad                                 | 36.56        | 37.86     | 36.40        | 38.13     | 35.13        | 38.53     |
| Desvío estándar                             | 2.97         | 1.77      | 3.44         | 1.9       | 4.00         | 1.85      |
| 10° percentil                               | 32.1         | 35.1      | 31           | 36        | 29           | 35.1      |
| Punto de alerta                             | 32           | 35        | 32           | 36        | 30           | 36        |

Janet Peña

Directora Escuela Especial Open Door

Presente

Le saludamos cordialmente, somos Yocelyn Llanos, Fernanda Pizarro y Karen Vilches, estudiantes de 4º y 5º año, carrera de Fonoaudiología de la Universidad Católica Silva Henríquez. A través de la presente, nos dirigimos a usted para solicitar su autorización para realizar evaluaciones a personas que asisten a la Escuela especial Open Door, Puente Alto, ya que nos encontramos realizando nuestra Tesis para optar al grado de Licenciadas en Fonoaudiología, la cual lleva por nombre "*Comprensión de actos de habla indirectos en adultos con Esquizofrenia*". El trabajo cuenta con la tutoría de la Fonoaudióloga Consuelo Sepúlveda Ibarra. Este estudio tiene por objetivo analizar el desempeño ante tareas de comprensión de actos de habla indirectos en personas adultas con Esquizofrenia. Se contempla la evaluación a personas mayores de 18 años, con diagnóstico médico de Esquizofrenia, que autoricen su participación voluntaria a través de la firma de un consentimiento informado y/o del asentimiento informado por parte del tutor responsable. La sesión dura alrededor de 30 minutos y sería realizada en dependencias de la institución en horario a convenir por ambas partes.

Toda la información derivada de la participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, sólo tendrán acceso a ella la fonoaudióloga guía y estudiantes encargadas de la evaluación. No obstante a lo anterior, los resultados de esta investigación podrían ser utilizados para divulgación científica, a través de revistas y conferencias médicas nacionales o internacionales, sin embargo, el nombre de cada participante no será conocido.

Usted como Directora del establecimiento y los participantes, tendrán derecho a conocer los resultados que de este trabajo de investigación deriven.

Esperamos contar con su apoyo para la realización de esta investigación que nos entregará importante información sobre la forma en que las personas adultas con Esquizofrenias comprenden cierta forma del lenguaje.



En caso de cualquier duda puede contactarse con las estudiantes tesis y/o docente guía:

- Consuelo Sepúlveda, fonoaudióloga guía: [csepulvedai@ucsh.cl](mailto:csepulvedai@ucsh.cl) / +56 9 96909623
- Yocelyn Llanos, estudiante fonoaudiología: [yllanos@miucsh.cl](mailto:yllanos@miucsh.cl) / +56 9 62338445
- Fernanda Pizarro, estudiante fonoaudiología: [fpizarros@miucsh.cl](mailto:fpizarros@miucsh.cl) / +569 57000924
- Karen Vilches, estudiante fonoaudiología: [kvilches@miucsh.cl](mailto:kvilches@miucsh.cl) / +56 9 42470076

Quedamos atentas a sus comentarios.

Saludos cordiales.

---

Consuelo Sepúlveda  
Tutora Guía de tesis

---

Janet Peña  
Directora Escuela Especial  
"Open Door"

Santiago, 3 Abril de 2019