



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FONOAUDILOGÍA

**DESEMPEÑO EN EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
PRAGMÁTICA MEDIANTE MEC EN USUARIOS
PERTENECIENTES A HOGAR N°5 DE FUNDACIÓN LAS
ROSAS**

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO(A) EN
FONOAUDILOGÍA

VANIA ROCÍO ARCOS NEIRA
DANAE MACARENA RODRÍGUEZ PINILLA

PROFESOR GUÍA:
FLGO. JONATHAN ALIAGA
MAGISTER EN EDUCACIÓN CON MENCIÓN EN EDUCACIÓN SUPERIOR

Santiago, Chile
2019

Contenidos

I.	Resumen	3
II.	Introducción	4
III.	Marco teórico	5
1.	Adultos Mayores.	5
2.	Patologías de personas de 60 años o más en Chile.	5
2.1	Trastorno Neurocognitivo.	5
2.2	Clasificación de trastorno neurocognitivo menor y mayor.	6
2.1.1	Variantes de trastorno neurocognitivo.	6
a)	Enfermedad de Alzheimer.	6
b)	Demencia vascular.	6
c)	Demencia frontotemporal.	6
d)	Demencia por cuerpos de Lewy.	7
e)	TEC, Traumatismo encéfalo craneal.	7
f)	Enfermedad de Parkinson.	7
g)	Enfermedad de Huntington.	7
h)	VIH.	7
3.	Evaluaciones neuropsicológicas del adulto mayor.	7
3.1	Evaluación psicológica.	8
4.	Evaluación del lenguaje en adultos mayores.	8
5.	Protocolo MEC.	9
5.1	Componente pragmático.	9
IV.	Formulación y justificación del problema	11
V.	Objetivos	12
VI.	Material y métodos	13
1.	Tipo de estudio	13
2.	Muestra	13
3.	Variables	14
3.1	Subvariables	15
4.	Procedimientos	17
5.	Materiales	17
6.	Análisis de resultados	19
VII.	Resultados	21
VIII.	Discusión	29
IX.	Conclusión	31
X.	Bibliografía	32
XI.	Anexos	35
1.	Anexo 1	36
2.	Anexo 2	38
3.	Anexo 3	39
4.	Anexo 4	40

I. Resumen

El presente trabajo se lleva a cabo en el hogar número 5 de Fundación las Rosas ubicado en la comuna de Ñuñoa y tiene por objetivo describir el rendimiento de los adultos mayores en tareas pragmáticas, considerando aspectos de discurso conversacional, interpretación de metáforas y actos de habla directos e indirectos, a través del protocolo MEC. La muestra fue seleccionada cumpliendo criterios asociados principalmente a la nacionalidad, puntuación de la escala de coma de Glasgow y la existencia de compromiso visual y/o auditivo. Los datos fueron analizados desde una perspectiva de investigación cualitativa descriptiva, contrastando de esta manera, resultados entre el rendimiento evidenciado y la edad, así como también, el rendimiento y la comorbilidad. Los resultados arrojan que a mayor edad el rendimiento fue superior, por tanto, la edad no sería un determinante del desempeño en habilidades pragmáticas, por otra parte, se evidencia que personas con patologías que afectan al sistema nervioso central, obtienen disminuidos puntajes, lo que indicaría un compromiso en la esfera del componente pragmático.

Palabras claves: MEC, adulto mayor, pragmática.

This work is carried out in the home number 5 of Las Rosas Foundation located in the municipality of Ñuñoa and aims to describe the performance of older people in pragmatic tasks, considering aspects of conversational speech, interpretation of metaphors and indirect speech acts, through the MEC protocol. The sample was selected according to criteria associated mainly with the Glasgow coma scale score and the existence of visual and / or auditory compromise. The data were analyzed from a descriptive qualitative research perspective, contrasting in this way, results between the evidenced performance and age, as well as performance and comorbidity. The results show that the older the performance in pragmatic skills, on the other hand, it is evident that people with pathologies that affect the central nervous system, get lower scores, which it would indicate a commitment in the area of the pragmatic component.

Keywords: MEC, older adult, pragmatic.

II. Introducción

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), entregó los resultados definitivos del Censo 2017, el que reveló que, en Chile, los adultos mayores (60 años o más) superan los 2 millones 800 mil personas, equivalente al 16,2% de los habitantes del país. Este aumento significativo en el país de personas de 80 años y más, revela un escenario donde cada vez más personas requerirán de servicios más complejos, dada la mayor carga de enfermedad, discapacidad y dependencia que se presenta a esa edad (SENA-MA, 2017)

Cabe destacar que, junto con el aumento de esta población a su vez crecen los estudios en torno a los mismos, con la orientación de conocer sobre los cambios que se producen con el paso de los años, prevalencia de enfermedades, entre otros. El lenguaje es una de estas ramas de interés de estudio, dado la importancia que esta tiene en la funcionalidad e independencia de la persona mayor.

En el ámbito estrictamente gerontológico y en lo relativo al lenguaje en las personas mayores, se puede hacer una afirmación de carácter general, pero no por ello poco importante: la mayor parte de las personas mayores conservan la capacidad de utilizar su lenguaje; pero este lenguaje tiene ciertas características “asociadas a la edad”. Así pues, la mayor parte de las personas mayores no tienen problemas con el lenguaje, como ocurre en general con el funcionamiento cognitivo; pero sí existen cambios relacionados en el mismo, con el proceso de envejecimiento (Saá N., 2006). De la misma manera, Juncos (1998) plantea que con la edad se produce un deterioro de uno de los sistemas centrales, la memoria operativa, que afecta a todos los aspectos del lenguaje, especialmente a los procesos más complejos, como lo sería la pragmática.

Los fonoaudiólogos tienen un papel primordial en la detección, evaluación, diagnóstico, tratamiento, educación y consejería en los adultos con desórdenes cognitivo-comunicativo asociados a enfermedades que provocan un declive cognitivo. Hoy son diversos los instrumentos disponibles con fiabilidad demostrada para la detección de patologías neuropsiquiátricas. Estos instrumentos suelen contener elementos que permiten la identificación de alteraciones de memoria episódica y de orientación en tiempo, lugar y persona. Una vez que se determina un declive cognitivo, debería incluirse una evaluación completa de la función comunicativa. El objetivo de esta evaluación es establecer el máximo nivel de funcionamiento del que es capaz el paciente. El proceso de selección de las pruebas para la evaluación integral del habla y el lenguaje debe incluir información sobre la validez y la fiabilidad de los resultados obtenidos con su aplicación. Los fonoaudiólogos utilizan herramientas de valoración válidas, que han demostrado caracterizar en gran medida las fortalezas y las debilidades cognitivo-comunicativas, incluyendo la comprensión y expresión del lenguaje, y sistemas de memoria procedural declarativa y no declarativa (Hernández, 2010).

Es por esto, que en la presente investigación se busca evidenciar el desempeño pragmático mediante una prueba específica para la evaluación de déficit del lenguaje. El protocolo para la evaluación de la comunicación de Montreal (MEC), permite evaluar componentes prosódicos, léxico-semánticos, discursivos y pragmáticos, que, por consiguiente, pueden verse repercutidos en patologías neuropsiquiátricas que afectan a los adultos mayores.

III. Marco teórico

1. Adultos mayores

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012, plantea que se considerará adulto mayor a personas sobre los 65 años para los países desarrollados y 60 años para los países en desarrollo, sin embargo, cualquier persona mayor de 60 años se clasificará de forma indistinta parte de la tercera edad.

El envejecimiento natural se caracteriza como un proceso que tiene lugar a lo largo de los años y que produce una pérdida de eficacia en el procesamiento de las operaciones mentales, mientras que se mantienen los contenidos o conocimientos. La pérdida de eficacia en el procesamiento afecta especialmente a varias dimensiones de la atención, a la memoria operativa y al control inhibitorio, y tiene consecuencias sobre el funcionamiento de la comunicación y del lenguaje (SENAMA, 2012)

A lo largo de la vida, los aspectos lingüísticos que presentan menos variaciones son los fonético-fonológicos, sin embargo, no ocurre lo mismo con la organización de información temática narrativa y la recuperación rápida del léxico en situaciones de normalidad. La etiología de los trastornos de la comunicación es variada e incluye alteraciones funcionales de los órganos fonoarticulatorios, lentitud en los procesos práxicos del habla, dificultad en el mantenimiento de la fonación equilibrada en el habla encadenada, dificultad en el acceso a los sistemas de informaciones conceptuales y perceptuales (lingüísticos y no lingüísticos), entre otras (Machado et al., 2018).

2. Patologías en personas de 60 años o más en Chile.

Al realizar una exhaustiva revisión sobre las patologías que más afectan a esta población nos encontramos con que un 83% del total de la carga de enfermedad se concentra en 8 grupos: 23,2% condiciones neuropsiquiátricas, 15,8% enfermedades digestivas, 12,1% enfermedades cardiovasculares, 7,7% lesiones no intencionales y mismo porcentaje para enfermedades musculoesqueléticas, 6,4% para afecciones en los órganos de los sentidos, 5,9% para neoplasias malignas y 3,8% para lesiones intencionales (Olivares P, 2006).

Dentro del 23,2% perteneciente a condiciones neuropsiquiátricas, dentro de las patologías con mayor prevalencia se encontraría el deterioro cognitivo con un 10,4% de prevalencia, Alzheimer y otras demencias tendrían un 53,4% y la enfermedad de Parkinson alcanza un 79% (MINSAL, 2014).

2.1 Trastorno neurocognitivo.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Quinta Edición (DSM 5) busca una innovación terminológica con la supresión de los términos deterioro cognitivo leve y demencia para ser sustituidos por trastorno neurocognitivo.

El trastorno neurocognitivo por consiguiente, hace alusión a aquellas condiciones en que los déficits primarios radican en la cognición y representan una declinación desde un cierto funcionamiento intelectual, previamente alcanzado (Fuentes P., 2014). Todos los criterios para su diagnóstico se basan en dominios cognitivos definidos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptuales motoras y reconocimiento social). Estos dominios en conjunto con las directrices clínicas constituyen la base para el diagnóstico del trastorno neurocognitivo y su subtipo (DSM 5, 2013).

La diferencia para la clasificación del Trastorno neurocognitivo entre los subtipos mayor o menor estará basada en el nivel de severidad de los defectos cognitivos y especialmente en la conservación o no de autonomía para el desempeño en actividades de la vida diaria (AVD) sean éstas instrumentales o básicas (Fuentes P., 2014).

2.2 Clasificación de trastorno neurocognitivo menor y mayor.

La incorporación del trastorno neurocognitivo menor antes conocido con el concepto de Deterioro cognitivo leve (DCL) constituye un cambio significativo, debido a que abarca más allá de los ligeros defectos cognitivos normales y describe un nivel de declinación cognitiva que requiere estrategias compensatorias para ayudar a mantener la independencia y efectuar las actividades de la vida diaria (Fuentes P., 2014). Sin embargo, según el DSM 5 (2013), este subtipo de trastorno neurocognitivo se caracterizaría por no interferir en las AVD del sujeto.

De igual manera, el deterioro cognitivo mayor abarca patologías amnésicas, en las que las AVD se ven afectadas, por esto este tipo de trastorno se clasifica en 3 estadios: 1) leve, si las dificultades son exclusivamente para AVD instrumentales; 2) moderado, cuando las dificultades también incluyen las AVD básicas, y 3) grave, cuando la persona es totalmente dependiente (Buonanotte F. et al, 2014).

El DSM 5 (2013), distingue además subtipos etiológicos dentro del trastorno neurocognitivo menor y mayor para una clasificación más específica asociada a la patología de base presente en la persona (López & Agüera, 2015). Según Castillo et al. (2014) los principales trastornos neurocognitivos estudiados son los debido a enfermedad de Alzheimer (EA), Demencia por enfermedad vascular (DV) y Demencia Frontotemporal (DFT), sin embargo, el DSM 5 incluye además patologías como la demencia por cuerpos de Lewy, traumatismo encéfalo craneano (TEC), enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington y Virus de inmunodeficiencia (VIH).

2.1.1 Variantes de trastorno neurocognitivo.

a) Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer se conoce hoy como una de las enfermedades neurodegenerativas más frecuente del sistema nervioso central (Lacot et al., 2014). López y Agüera (2015) refieren que este trastorno comprende la aparición precoz de un déficit cognitivo que avanza de manera progresiva. Según el CIE-10 (1996), los criterios para su diagnóstico abarcaría deterioro en la memoria y aparición de uno o más compromisos cognitivos que incluirían afasia, apraxia, agnosia, alteración en la ejecución, provocando un significativo deterioro en la actividad social y laboral que representarían un descenso marcado en comparación a un nivel previo de actividad, además dicho deterioro no puede ser explicado por la presencia de otro trastorno.

b) Demencia vascular

Después de las enfermedades degenerativas, la demencia causada por enfermedad cerebrovascular (ACV) o demencia vascular es la más frecuente. El cuadro clínico de la demencia vascular dependerá del calibre de los vasos y el territorio de irrigación afectado (Nitrini & Dozzy, 2012).

c) Demencia Frontotemporal

Según Toribio y Morera (2008) indican que el término demencia Frontotemporal agrupa un conjunto de enfermedades neurodegenerativas. Del mismo modo, Iragorri (2007), indica que los síntomas iniciales de este trastorno están relacionados con cambios de personalidad, así como con alteraciones comportamentales del afecto, el lenguaje y/o de las funciones ejecutivas.

d) Demencia por cuerpos de Lewy

Se denomina así debido a estructuras proteicas anormales redondas y lisas que se observan en el núcleo de las neuronas de la persona afectada. Compromete particularmente la atención, las capacidades de razonamiento, resolución de problemas y las capacidades visuoespaciales. Frecuentemente existen fluctuaciones del compromiso cognitivo, alucinaciones visuales y manifestaciones motoras de tipo extrapiramidal (rigidez- lentitud) (Delgado & Salinas, 2009).

e) TEC, Traumatismo encéfalo craneal

Abarca un impacto en la cabeza o algún otro mecanismo de movimiento rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo, con compromiso de uno o más de los siguientes: pérdida de consciencia, amnesia postraumática, desorientación, confusión y signos neurológicos como el diagnóstico por imagen neurológica que demuestra la lesión, convulsiones de nueva aparición, reducción de los campos visuales, hemiparesia, entre otros. Existe evidencia indicando que el resultado de TEC reiterados a largo plazo, causará en la mayoría de sus casos encefalopatía traumática crónica (ETC), en donde las características clínicas se asemejan a la demencia de tipo pugilística comprendiendo un cuadro con labilidad emocional, depresión ideaciones suicidas y conductas agresivas (Casas, 2017).

f) Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un proceso neurodegenerativo progresivo. La lesión fundamentalmente recae en la zona compacta de la sustancia negra, perteneciente a los ganglios basales. La causa es desconocida, aunque probablemente multifactorial siendo los principales factores etiológicos de naturaleza genética y ambiental. Debido al compromiso de los ganglios basales es que esta enfermedad se caracteriza por temblor, bradicinesia, inestabilidad en la postura y trastornos de la marcha (MINSAL, 2010).

g) Enfermedad de Huntington

Se trata de una enfermedad progresiva que comienza en la mitad de la vida adulta y evoluciona de manera crónica durante muchos años. Es un trastorno neurodegenerativo que causa la muerte progresiva de células nerviosas, transmitido con rasgo autosómico dominante. La pérdida neuronal selectiva en el cuerpo estriado produce alteraciones motoras características como el corea, sin embargo, también causa deterioro cognitivo, en donde habilidades como la organización, planificación y memoria se verán afectadas (Rodríguez et al, 2013), (Tarapata & Lovecky, 2015).

h) VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus neurotrópico que afecta al sistema nervioso central (SNC) desde las primeras fases de la enfermedad, por lo que muchos de los pacientes infectados presentan síntomas de naturaleza neurológica y psicológica. A través de estudios se ha podido demostrar que existe un daño cognitivo que afecta múltiples áreas y funciones desde sus fases iniciales hasta el establecimiento de su fase más avanzada (SIDA), las características demostradas como mayormente afectadas a nivel cognitivo comprenderían una disminución en la velocidad del procesamiento, alteración de atención y memoria, aprendizaje, bajo rendimiento en fluidez verbal y funciones ejecutivas (Braganca M. & Palha A., 2011).

3. Evaluaciones neuropsicológicas del adulto mayor.

Dentro del diagnóstico integral de una persona, la evaluación en diversos componentes neuropsicológicos y funcionales cumple un papel importante al valorar, desde un punto de vista diferencial, los signos neurológicos frente a los psiquiátricos, identificar el trastorno, establecer un diagnóstico diferencial entre las distintas condiciones neurológicas, identificar y localizar las zonas y/o habilidades comprometidas (Galindo & Molina, 2004).

3.1 Evaluación neuropsicológica

La evaluación neuropsicológica suministra una estimación sistemática y objetiva de capacidades y déficits cognitivos de la persona, para así tener un perfil específico de el o los compromisos presentados (Castillo et al., 2014). Desde una perspectiva histórica, la evaluación se ha centrado hasta épocas recientes en las alteraciones que el daño cerebral produce en el cerebro adulto, por ende, la finalidad principal de ésta consiste en hacer inferencias sobre el funcionamiento cerebral de una persona a partir de su conducta en situaciones definidas de prueba (Manga & Ramos, 1999).

En el campo del envejecimiento, una valoración de esta índole se orienta hacia la búsqueda de respuestas frente a dos preguntas principales. La primera concierne al diagnóstico preciso de un trastorno y la segunda, se relaciona con la medición del declive cognitivo una vez que se ha documentado la presencia y el tipo de trastorno (Delgado, Araneda & Behrens, 2017).

Actualmente existen diferentes test y pruebas estandarizadas para detectar deterioro cognitivo y las demencias. El Mini-mental State Examination (MMSE) es la prueba de tamizaje cognitivo más ampliamente utilizada para la evaluación de pacientes con problemas de memoria. Sin embargo, tiene varias limitaciones: no evalúa abstracción ni función ejecutiva y tiene un fuerte sesgo por variables socioeducativas, con variaciones de alrededor de 7 puntos en población sana con distinta escolaridad (Delgado C., Araneda A. & Behrens M., 2017). De igual manera, el test Montreal cognitive Assessment (MOCA) es otro de los test elaborados como instrumento de cribado del DCL con buenos resultados, siendo utilizado además para la detección de deterioro cognitivo en diferentes patologías (Lozano et al., 2017).

Existen numerosos estudios de contraste del MMSE con el MOCA, que demuestran la superioridad de éste último para la detección del DCL, siendo altamente confiable en validaciones internacionales (Delgado C., Araneda A. & Behrens M., 2017). En Chile, Quiroga et al (2004) evidenció una especificidad del MMSE de un 44%, dando como resultado un 56% de falsos positivos, sin embargo este test asociado al cuestionario de actividad funcional de Pfeffer (FAQ) demostró una sensibilidad del 94,4% para la detección de la demencia, a pesar de ello, ambos test carecen de suficiente validez para la pesquisa de etapas precoces del deterioro cognitivo, el MOCA es por tanto superior en la detección de etapas más tempranas.

4. Evaluación de lenguaje en adultos mayores.

El deterioro del lenguaje junto con el de la memoria, es uno de los primeros déficits en manifestarse en las personas con demencia y ambos son particularmente complejos, pues impiden que quienes lo padezcan expresen sentimientos, deseos, necesidades de manera normal y/o efectiva (Varela A, 2018). La evaluación de las habilidades lingüísticas puede ser, por tanto, crucial en la identificación y descripción de este tipo de trastornos (Lacot Et al, 2014).

La alteración en este tipo de patologías es de carácter progresivo en donde se suelen afectar aspectos semánticos y pragmáticos en su primer término, para luego provocar una simplificación de la sintaxis y una limitación de las vocalizaciones hasta la posible pérdida total del lenguaje (Pavéz, 1999). Allegri et al. (2000), indican que un aspecto del deterioro de lenguaje que aparece más tempranamente en el curso de las demencias es la falta de etiqueta verbal o anomia, para ellos el Test de denominación de Boston es una de las pruebas más frecuentemente utilizadas para explorar esta dimensión. La disminución de la espontaneidad verbal y el compromiso en la fluidez también es una dificultad característica de esta población, una evaluación de este ámbito puede ser realizado mediante el test de fluencia verbal. La comprensión del lenguaje, por otra parte, se cuantifica a través del Token test.

Sin embargo, el panorama respecto a herramientas para valorar el lenguaje en usuarios con enfermedades neurodegenerativas y/o daño cerebral difuso es escaso. Solo se identifica un instrumento de evaluación para alteraciones de lenguaje relacionados con la demencia en Estados Unidos, The Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia (ABCD) (Panaccio & Steel, 1999). Está desarrollada con la misma base de las baterías clásicas para la evaluación de la afasia, sin embargo, los ítems se extienden hacia habilidades cognitivas a través de tareas de lenguaje, memoria verbal, evocación, lectura y escritura, permitiendo evaluar alteraciones del lenguaje relacionados con otros déficits cognitivos (Rodríguez, 2012). En la actualidad los test más utilizados para la valoración del lenguaje en la población en general es principalmente la prueba para el diagnóstico de la afasia de Boston, protocolo de Montreal- Toulouse de examen lingüístico de la afasia y el Test de Barcelona, no obstante, los problemas lingüísticos en población con trastorno neurocognitivo no pueden ser valorados mediante baterías clásicas de evaluación de afasias, particularmente porque dejaría componentes lingüísticos sin abarcar, además de no contar con criterios normativos específicos. Lacot et al. (2014), afirma que ninguna herramienta para la evaluación de lenguaje se centra en todos los componentes utilizados en un acto comunicacional.

5. Protocolo MEC

Este protocolo ha sido especialmente desarrollado para la evaluación de trastornos causados por lesión de hemisferio derecho (HD) y tiene por objetivo valorar el impacto que causa una lesión en esta zona sobre las habilidades lingüísticas, sin embargo, puede resultar un instrumento útil para la evaluación de los componentes discursivos, prosódicos, léxico- semántico y pragmáticos del lenguaje en individuos con alguna otra patología neurológica diferente a una lesión cerebral derecha única (Joanette, 2007).

Lacot et al. (2014) realiza un estudio comparativo entre población con envejecimiento normo típico, personas con DCL de variante amnésica y enfermedad de Alzheimer mediante la utilización del protocolo MEC con la finalidad de contrastar puntajes obtenidos en las tareas propuestas por el protocolo. Los resultados obtenidos hacen hincapié en las dificultades comunicacionales que presenta esta población en tareas que no son abarcadas por evaluaciones clásicas de lenguaje.

5.1 Componente pragmático

La pragmática refiere a las habilidades lingüísticas y extralingüísticas que permiten a un individuo procesar (comprender y/o expresar) las intenciones comunicativas en un contexto situacional específico. El término contexto es utilizado tanto como referencia a los interlocutores como a la situación misma de comunicación. Desde este punto de vista, comprender un mensaje supone mucho más que conocer el significado de las palabras y las relaciones que éstas pueden establecer entre sí. Implica entender la relación entre lo que decimos y lo que no decimos, entre lo explícito y lo implícito. Las habilidades pragmáticas están especialmente implicadas en la producción e interpretación de distintas formas de lenguaje figurativo (actos de habla indirecto, ironía, sarcasmo, humor, etc.) en la cual el contenido explícito o literal del mensaje no coincide con la intención comunicativa (Joanette, 20017).

Existen estudios como el propuesto por Hernández en el 2010, en donde se evidencia indiscutiblemente que la pragmática es uno de los componentes que se encuentra repercutido en enfermedades como la demencia, ya sea que esta se encuentre en un estadio inicial o severo. Dentro del mismo, se indica la falta de pruebas que contemplen el lenguaje de manera global y que analicen a la pragmática dentro de un proceso natural de interacción comunicativa. Así mismo, Machado et al. (2018), realiza una comparación entre el rendimiento discursivo- pragmático en adultos mayores sanos y los con diagnóstico de demencia, utilizando una prueba que se encuentra orientada a patologías afásicas pero que a su vez, evalúa el discurso y la pragmática en un contexto más común. De este estudio se evidencia que, a pesar de presentar fallas en la producción del lenguaje a causa de un envejecimiento fisiológico, los adultos mayores sanos tienen la capacidad de realizar una comunicación funcional, no

evidenciándose lo mismo para los sujetos con demencia en donde se denota dificultades en la producción discursiva y pragmática.

En las tareas comprendidas por el protocolo MEC, el ítem delimitado para habilidades pragmáticas incluye al discurso conversacional, interpretación de actos de habla e interpretación de metáforas. El estudio realizado por Lacot et al. (2014), pone en evidencia que este protocolo proporciona herramientas suficientes para llevar el lenguaje a un contexto cotidiano. A través del mismo, se pudo denotar que las personas con EA exponen rendimientos disminuidos en todas las tareas propuestas. Por el contrario, el grupo con DCL evidenció dificultad solamente en tareas de interpretación de metáforas.

IV. Formulación y justificación del problema

Según lo expuesto se evidencia que las habilidades lingüísticas se ven fuertemente afectadas por patologías como las que aquejan con frecuencia a adultos mayores, entre las cuales, la pragmática es uno de los componentes de gran importancia al llevar el lenguaje a un contexto comunicacional. En base a esto, se han realizado diversos estudios, de carácter nacional e internacional, los que se centran en análisis de componentes lingüísticos más clásicos, como la semántica, morfosintaxis y fonología, provocando un vacío de información acerca de una evaluación más completa del proceso comunicativo.

Se debe considerar que las patologías que deja bajo su alero el término de trastorno neurocognitivo, representan en la actualidad las enfermedades de mayor prevalencia e impacto en la población de adultos mayores. Si adicional a la enfermedad base se le relaciona un compromiso en la esfera del lenguaje, específicamente en la pragmática como lo es en el caso de enfermedades neurodegenerativas, éstas podrían significar marcadas repercusiones en el proceso comunicacional.

Debido a lo anterior se despliega la pregunta de investigación: ¿Cuál es el desempeño en tareas pragmáticas en población adulto mayor?

Esta investigación comprende carácter exploratorio, orientándose a proporcionar datos acerca del rendimiento que presenta esta muestra de adultos mayores en una de las pruebas orientadas a evaluar componentes pragmáticos, los cuales no son explorados por pruebas clásicas para la evaluación del lenguaje.

Con todo esto, además de pesquisar datos del desempeño que tendría la población adulto mayor en el ámbito pragmático, se llevara a cabo esta investigación buscando características significativas con respecto a las comorbilidades, que orienten posteriormente a una investigación más a fondo, sobre repercusiones en uno de los componentes comunicacionales fundamentales y que es escasamente abordado.

V. Objetivos

1. Objetivo general:

- 1.1 Determinar el desempeño pragmático de adultos mayores pertenecientes a hogar fundación las rosas n°5 mediante la prueba pragmática del protocolo MEC, describiendo variables asociadas.

2. Objetivos específicos:

- 2.2 Describir el desempeño pragmático de adultos mayores residentes de Fundación las Rosas hogar n°5.
- 2.3 Caracterizar a la población según desempeño pragmático a nivel de edad.
- 2.4 Caracterizar a la población según desempeño pragmático a nivel de comorbilidades.

VI. Material y método

1. Tipo de estudio

- No experimental: sin manipulación de las variables
- Descriptivo: Esta investigación tiene como finalidad determinar si las habilidades del componente pragmático se ven afectadas en la población en estudio.
- Transversal: debido a que se busca evaluar el desempeño en diferentes habilidades del componente pragmático en un determinado momento, sin abordar el desempeño futuro o pasado de los sujetos pertenecientes a la muestra.

2. Muestra.

En el presente estudio, la población total está conformada por 74 sujetos adultos mayores residentes de la fundación. De estos se abarcará una muestra ideal de 63 personas para alcanzar un porcentaje de confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%.

Para determinar que residentes son candidatos a realizar la prueba se consideraran los siguientes criterios:

Clasificación	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Muestra	<ol style="list-style-type: none">1. Adultos mayores2. Nacionalidad chilena.3. Residentes de Fundación las Rosas, hogar n°5.4. Escala de coma de Glasgow (GCS) 15 puntos.	<ol style="list-style-type: none">1. Existencia de compromiso visual, auditivo o motor que impida la aplicación de la prueba.2. Nacionalidad extranjera.3. Escala de coma de Glasgow (GCS) menor a 15 puntos.

De acuerdo a lo anterior se obtuvieron 31 sujetos con las siguientes características agrupados por diferentes comorbilidades: cognitivas, psicológicas, cognitivas-psicológicas y sin patologías de interés.

Iniciales	Edad	Diagnostico
H.P.U	89	Sin patología de interés
S.N.P	83	Cognitivas
L.A.C	73	Cognitivas
M.C.P	72	Psicológicas
S.T.V	76	Sin patología de interés
J.C.M	63	Cognitivas
M.R	82	Cognitivas
R.A.T	89	Sin patología de interés
M.G	73	Sin patología de interés
A.W.A	84	Psicológicas
M.C.E	77	Sin patología de interés
E.C.O	87	Sin patología de interés
E.M.R	77	Sin patología de interés

E.W.R	91	Sin patología de interés
Z.V.B	74	Cognitivas y psicológicas
A.M.R	85	Psicológicas
G.M.C	81	Sin patología de interés
R.D.G	86	Sin patología de interés
I.G.V	67	Cognitivas y psicológicas
A.M.T	72	Sin patología de interés
A.G.P	79	Sin patología de interés
M.C.C	91	Cognitivas
F.C.R	89	Cognitivas
O.M.M	79	Cognitivas
M.S.S	84	Cognitivas
O.S.A	84	Cognitivas y psicológicas
S.V	92	Psicológicas
E.P.V	77	Cognitivas
N.L.V	86	Psicológicas
J.C.A	78	Cognitivas
M.B.S	84	Sin patología de interés

Como lo demuestra en la tabla se establecen las edades y diagnósticos de cada sujeto para su posterior descripción en cuanto al resultado de la prueba y a estas características.

3. Variables

Variable	Tipo de variable	Descripción conceptual	Descripción operacional	Escala de medición
Habilidad pragmática general	Cualitativa, nominal	La pragmática refiere habilidades lingüísticas y extralingüísticas que permiten a un individuo procesar (comprender y/o expresar) las intenciones comunicativas en un contexto situacional específico (Gibbs, 1999)	Se lleva a cabo mediante un diálogo conversacional de un tema propuesto por el evaluador y que sea de interés para fomentar la comunicación.	Protocolo para la evaluación de la comunicación de Montreal (MEC)
Edad	Numérica o de intervalos	Tiempo que ha vivido una persona (Real academia española, 2018)	Se solicitarán datos de la ficha y cedula de identidad del residente	Solicitud de cedula de identidad para confirmar la edad.
Comorbilidad	Cualitativa, nominal	Coexistencia de dos o mas enfermedades en un mismo individuo generalmente relacionadas (Real academia española, 2018)	Se solicitarán las fichas de cada residente para confirmar diagnóstico.	Ficha del residente en el establecimiento.

3.1 Subvariables

Variable	Tipo de variable	Descripción conceptual	Descripción operacional	Escala de medición
Comprensión de lenguaje figurado	Cualitativa, nominal	Lenguaje figurado es aquel por el cual una palabra expresa una idea en términos de otra, apelando a una semejanza que puede ser real o imaginaria. El lenguaje figurado se opone al lenguaje literal, que supone que las palabras tienen el sentido que define su significado exacto (Barrera, 2005).	Evaluado a través de interpretación de actos de habla	MEC
Permanece indiferente a los comentarios de broma	Cualitativa, nominal	Un chiste o broma es un texto breve, hablado o escrito, que es ocurrente o gracioso por algún juego verbal, conceptual, y que pretende hacerte reír (Serrano, 2016)	La evaluación propone realizar un comentario de broma en el acto conversacional libre efectuado al comienzo y analizar su comportamiento.	MEC
Habla demasiado	Cualitativa, nominal	es el impulso de emitir rápida e incesantemente vocablos, aunque el sentido y la relación no sean correctos (Túson, 1995)	Analizado de manera conjunta con la tasa de habla y la toma de turnos.	MEC
Se repite	Cualitativa, nominal	Recurrencia constante a repetir el mismo enunciado o volver a un tema mencionado con anterioridad (Vilá, 2012)	Evaluado en contexto conversacional libre.	MEC
Claridad de ideas	Cualitativa, nominal	Asociado a la progresión y coherencia del tema durante el intercambio comunicativo (Chantraine, Ska & Joannette, 1998).	Analizado de manera subjetiva en el proceso conversacional, teniendo en cuenta el hilo discursivo.	MEC
Tópico conversacional	Cualitativa, nominal	Se refiere a no sólo el tema general de la conversación, sino también al contenido proposicional de las oraciones del discurso (Rodríguez, s/f)	Analizado de manera subjetiva en el proceso conversacional, teniendo en cuenta el hilo discursivo.	MEC
Adecuación	Cualitativa,	Hace referencia a la	Analizado de	MEC

(comentarios apropiados al contexto)	nominal	tendencia de un discurso con desviación de tópico y comentarios inapropiados al contexto (Túson, 1995)	manera subjetiva en el proceso conversacional, teniendo en cuenta el tema y contexto en el cual se realiza el diálogo.	
Tasa de habla	Cualitativa, nominal	Unidad segmental sobre unidad de tiempo. Ejemplo: palabras por minuto (Túson, 1995).	Analizado mediante la grabación de conversación libre, la cantidad de palabras producidas por minuto.	MEC
Curva entonacional	Cualitativa, nominal	Consiste en la modulación de parámetros suprasegmentales (tono, intensidad y duración) que se realiza con el fin de transmitir una intención comunicativa (Pell, 1999)	Analizado a través de tareas de expresión de prosodia emocional y discurso libre.	MEC
Expresión facial	Cualitativa, nominal	La expresión facial permite la comunicación, adecuación y regulación de las emociones dentro del contexto social (Gordillo et al. 2013)	Analizado mediante el proceso conversacional, el evaluador emite un juicio sobre cuánto es el recurso de expresión corporal y facial utilizado.	MEC
Contacto ocular	Cualitativa, nominal	Capacidad de mantener la mirada con respecto al receptor para demostrar interés, atención y reciprocidad en un contexto comunicacional (Vilá, 2012)	Evaluado a lo largo de la aplicación de la prueba.	MEC

4. Procedimiento

Las evaluaciones se llevan a cabo en el hogar número 5 de Fundación las Rosas ubicado en la comuna de Ñuñoa, durante el primer semestre del año 2019, por estudiantes de Fonoaudiología, supervisadas por el Fonoaudiólogo tutor a cargo, quien guía y apoya el desarrollo de esta investigación. Cada integrante del grupo en estudio fue sometido a una breve anamnesis que entrega datos respecto a su/s diagnóstico/s y edad principalmente, corroborando datos a través de ficha clínica. Además, dichas personas estuvieron supeditadas a la Escala de coma de Glasgow para confirmar estado de conciencia. La totalidad de los residentes que efectivamente ingresaron a la muestra se les aplica 3 ítems del protocolo MEC que corresponde al análisis del componente pragmático. Adicionalmente, se someten estos resultados al análisis para ser caracterizados teniendo en cuenta las variables que contiene la misma prueba, así como también edad y comorbilidad de cada persona.

5. Materiales

La totalidad de las personas fueron sometidas a evaluación con previa autorización y conocimiento del proceso a través de conversación con el evaluador, como también por escrito según consentimiento informado. Se utilizaron los siguientes instrumentos:

5.1 Consentimiento informado

Instrumento elaborado según criterios de la escuela de Fonoaudiología de la Universidad Católica Silva Henríquez, basándose en otorgar información que ayude a comprender el proceso de estudio al que será sometida la persona. Dicha manifestación de voluntad será realizada de manera voluntaria y libre, sin que la persona sea influenciada y/o presionada. (Anexo 1)

5.2 Anamnesis

Recopila antecedentes personales y mórbidos principalmente, relevantes para la identificación y selección de la muestra, con apoyo de ficha de cada residente del hogar. (Anexo 2)

5.3 Escala de coma de Glasgow

Con el fin de precisar el estado de vigilia en el que se encuentra el residente. (Anexo 3)

5.4 Tres ítems del nivel pragmáticos del protocolo para la evaluación de la comunicación de Montreal (MEC)

Es un protocolo extenso de lenguaje que evalúa componentes prosódicos, léxico semántico, discursivos y pragmáticos, compuestos por catorce ítems de los cuales se aplicarán solo tres, pertenecientes a la habilidad pragmática, estos corresponden al número 2 “Discurso conversacional”, el número 3 “Interpretación de metáforas” y el número 11 “Interpretación de actos de habla indirectos”. El puntaje para cada una de la tareas fluctúa entre 0 a 2 puntos. El máximo puntaje a obtener entre estas tres pruebas será de 112 puntos. (Joanette et al., 2007). (Anexo 4)

a) Discurso conversacional

Instrucciones: Se le dice al usuario “Antes de comenzar la evaluación, quisiera que usted me hable un poco de... (Por ejemplo: su trabajo, su familia, sus actividades recreativas)”.

Se evalúa de acuerdo a la puntuación de este ítem el que corresponde a:

- 2: Comportamiento ausente (o que no pudo ser observado).
- 1: Comportamiento raro o poco marcado.
- 0: Comportamiento frecuente o muy marcado.

Se toma en cuenta específicamente los puntos de las alteraciones pragmáticas correspondientes a: generales, discursivas, conversacionales como el hilo discursivo, turnos de habla, alteraciones de la prosodia y alteraciones de aspectos extralingüísticos, completando así un total de 32 puntos como máximo en esta prueba.

b) Interpretación de metáforas

Instrucciones: Se le dice al usuario “Voy a mostrarle una oración. Léala y explíqueme con sus propias palabras que quiere decir lo que está leyendo”.

Se consigna de acuerdo a la puntuación propuesta por el protocolo que corresponde a:

- 2: Respuesta clara y adecuada.
- 1: Elementos de la respuesta, pero con imprecisiones, agregados u omisiones.
- 0: Respuesta errónea o falta de respuesta.

Se toma en cuenta 10 estímulos de metáforas y 10 estímulos de expresiones idiomáticas, completando así 20 estímulos correspondientes a esta prueba, que finalmente entrega un total de 40 puntos como máximo.

c) Interpretación de actos de habla indirectos

Instrucciones: Se le dice al usuario “voy a leerle un texto corto. Usted debe explicarme con sus propias palabras que quiere decir la oración que cierra cada situación. Algunas oraciones están sobreentendidas y otras no”. Los estímulos se toman en el orden que indica el protocolo. Hay 20 estímulos 10 que corresponden a actos de habla directos y 10 que corresponden a actos de habla indirectos, cada texto se encuentra marcado con la inicial junto al número de estímulo.

Puntuación:

- 2: Respuesta clara y adecuada.
- 1: Respuesta parcial con imprecisiones, agregados u omisiones.

- 0: Respuesta inadecuada o ausencia de respuesta.

El puntaje total de esta prueba corresponde a un máximo de 40 puntos.

6. Análisis de los resultados

Luego de realizar las evaluaciones de los 3 ítems del Protocolo MEC que dan cuenta del funcionamiento de los adultos mayores en el área pragmática, se registran estas evaluaciones en una hoja Excel junto con las iniciales del evaluado, la edad y la comorbilidad de este.

Una vez registrada la información en la hoja de Excel, los datos son traspasados al software estadístico SPSS versión 19 (Statistical Package for the Social Sciences) donde se agregan nuevas variables a la base de datos, las cuales se determinaron por ciertas características de las variables ya ingresadas.

Estas son:

- Rango de Edad: se crean 6 categorías para esta nueva variable las cuales agrupan las edades de los adultos mayores cada 5 años: [63-67], [68-72], [73-77], [78-82], [83-87], >=88.
- Punto de Alerta: Se crean 3 variables para cada ítem evaluado, las cuales reflejan si el adulto mayor está por sobre o bajo este punto de alerta, aquellos adultos mayores que puntuaron justo en este punto se consideraron sobre este. Las categorías que puede tomar esta variable son: Alto y Bajo.
- Tipo Patología: Se creó esta variable para agrupar las patologías registradas para los adultos mayores bajo la consideración si estas eran cognitivas, psicológicas, cognitivas y psicológicas o de otro tipo, a esta última se le registró como "sin diagnóstico de interés"

Una vez creadas estas variables se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

1. Estadísticas descriptivas como: mínimo, máximo, media y desviación estándar de las variables:
 - Edad,
 - Puntaje en ítem 2 de protocolo MEC (discurso conversacional),
 - Puntaje en ítem 3 de protocolo MEC (interpretación de metáforas),
 - Puntaje en ítem 11 de protocolo MEC (interpretación de actos del habla indirectos),
 - Puntaje en ítem 2 de protocolo MEC (discurso conversacional) por Rango de Edad,
 - Puntaje en ítem 3 de protocolo MEC (interpretación de metáforas) por Rango de Edad,
 - Puntaje en ítem 11 de protocolo MEC (interpretación de actos del habla indirectos) por Rango de Edad,
 - Puntaje en ítem 2 de protocolo MEC (discurso conversacional) por Tipo de patología,
 - Puntaje en ítem 3 de protocolo MEC (interpretación de metáforas) por Tipo de patología,
 - Puntaje en ítem 11 de protocolo MEC (interpretación de actos del habla indirectos) por Tipo de patología,
2. Tablas de Frecuencia en cantidad y porcentaje, para conocer la siguiente información de la muestra:
 - Cantidad de adultos mayores que están sobre y bajo el punto de alerta indicado para cada ítem evaluado y que porcentaje de la muestra representa cada uno de ellos.
 - Cantidad de adultos mayores que están en cada rango de edad definidos para el estudio y que porcentaje de la muestra representa cada uno de ellos.
 - Cantidad de adultos mayores que están en cada uno de los grupos de patologías definidos para el estudio y que porcentaje de la muestra representa cada uno de ellos.

Por último, se realizan gráficos en el programa Excel para mostrar de manera visual la siguiente información:

1. Porcentaje de adultos mayores que están sobre y bajo el punto de alerta para cada uno de los ítems evaluados.
2. Porcentaje de adultos mayores que están sobre y bajo el punto de alerta para cada uno de los ítems evaluados diferenciándolos por rango de edad.
3. Porcentaje de adultos mayores que están sobre y bajo el punto de alerta para cada uno de los ítems evaluados diferenciándolos por tipo de patología registrada.

VII. Resultados

Estos resultados están basados en la evaluación de 31 adultos mayores del hogar n°5 de Fundación las Rosas, a los cuales se les midieron los 3 ítems del protocolo MEC que están asociados al área pragmática.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos Edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	31	63	92	80,77	7,311

Las edades de estos adultos mayores fluctuaron entre los 63 y 92 años de edad, con un promedio de 81 años y una desviación estándar de 7 años, lo que significa que los adultos mayores de la muestra, en general, fluctuaron entre los 74 (81-7) y 88 años (81+7) años de edad (ver tabla 1).

1.1. Discurso Conversacional

En este ítem se excluyeron algunas preguntas que no presentaban relación con el área de interés, que es el área pragmática. Por tanto, el puntaje máximo a obtener era de 32 puntos, donde 30 era el punto de alerta para sujetos con ≤ 10 años de escolaridad.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos Disc. conversacional

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ
Disc. conversacional	31	9	32	27,03	6,61

Los puntajes obtenidos en este ítem y basados en la muestra, fluctuaron entre los 9 y 32 puntos, donde el promedio se observó en 27 puntos con una desviación estándar de 6,6 lo que indica que la mayoría de las evaluaciones estuvieron entre los 24 y 32 puntos (ver tabla 2)

Tabla 3: Punto de Alerta Disc. conversacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sobre punto alerta	18	58,1	58,1
Bajo punto alerta	13	41,9	100,0
Total	31	100,0	

De los 31 adultos mayores evaluados, 18 están por sobre el punto de alerta (30 puntos), lo que corresponde al 58,1% de la muestra, esto indica que la mayoría de los AM evaluados presentan un adecuado discurso conversacional (ver tabla 3 y gráfico 1).

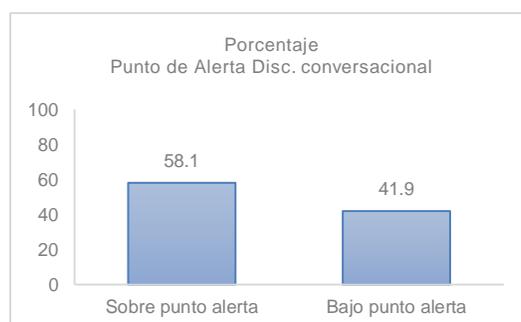


Gráfico 1: Punto de Alerta Disc. Conversacional (porcentaje)

1.2. Interpretación de Metáforas

Este ítem cuenta con un puntaje máximo de 40 puntos, siendo 32 el punto de alerta. Los puntajes obtenidos de la muestra fluctuaron entre los 9 y 40 puntos, donde el promedio se observó en 32 puntos y la desviación estándar fue de 8,52 lo que quiere decir que la mayoría de los datos están entre los 24 y 40 puntos (ver tabla 4).

Tabla 4: Estadísticos descriptivos Interp. de metáforas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Interp. de metáforas	31	9	40	31,94	8,52

De los 31 adultos mayores evaluados, 21 están por sobre el punto de alerta (32 puntos), lo que corresponde al 67,7% de la muestra. Esto indica que la mayoría de los adultos mayores evaluados presentan una adecuada interpretación de metáforas (ver tabla 5 y gráfico 2).

Tabla 5: Punto de Alerta Interpretación de metáforas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sobre punto alerta	21	67,7	67,7
Bajo punto alerta	10	32,3	100,0
Total	31	100,0	

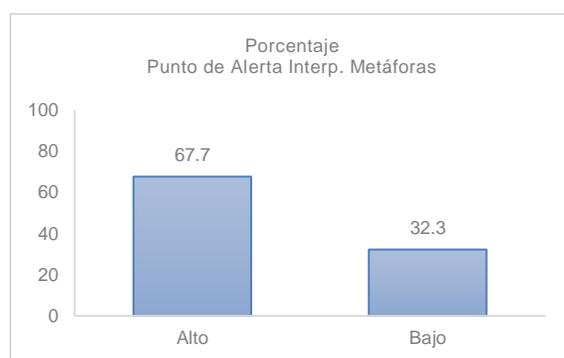


Gráfico 2: Punto de Alerta Interpretación de metáforas (porcentaje)

1.3. Interpretación de actos del habla indirectos

Este ítem cuenta con un puntaje máximo de 40 puntos, siendo 30 el punto de alerta. Los puntajes obtenidos fluctuaron entre los 0 y 40 puntos, donde el promedio se observó en 31 puntos (ver tabla 6)

Tabla 6: Estadísticos descriptivos Interp. de actos del habla indirectos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Des. típ
Interp. de actos del habla	31	0	40	31,35	10,86

De los 31 adultos mayores evaluados, 23 están por sobre el punto de alerta (30 puntos), lo que corresponde al 74,2% de la muestra, lo que está indicando que los adultos mayores medidos presentan una adecuada interpretación de los actos del habla (ver tabla 7 y gráfico 3).

Tabla 7: Punto de Alerta Interp. de actos del habla

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sobre punto alerta	23	74,2	74,2
Bajo punto alerta	8	25,8	100,0
Total	31	100,0	



Gráfico 3: Punto de Alerta Interp. de actos del habla (porcentaje)

En resumen, solo interpretando los resultados de cada ítem evaluado y en base a la cantidad de adultos mayores que logró estar por sobre el punto de alerta, podemos indicar que en ítem 2 es donde los adultos mayores presentaron más dificultades y que en el ítem 11 fue donde se mostraron más capaces.

También es importante de destacar que la mayoría de los participantes esta por sobre el punto de alerta en todos los ítems.

A continuación, se realizará el mismo análisis de desempeño pragmático, ahora agrupando a los adultos mayores por su edad.

Primero es importante mencionar que se realizaron rangos etarios agrupando 5 años en cada uno de ellos. Comenzando por los 63 años, la cual es la edad mínima de la muestra, por tanto, los rangos etarios quedan de la siguiente manera:

Tabla 8: Estadísticos descriptivos Rango de Edad

Rango Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
[63-67]	2	6,5	6,5
[68-72]	2	6,5	12,9
[73-77]	7	22,6	35,5
[78-82]	5	16,1	51,6
[83-87]	9	29,0	80,6
>=88	6	19,4	100,0
Total	31,0	100,0	

En la tabla 8 se puede observar que el 29% de la muestra está concentrada en el rango de edad de [83-87] años, y que sobre los 73 años de edad esta el 87% de la muestra que son 27 adultos mayores.

Ahora se revisará por rango etario, como se comportan los distintos puntajes obtenidos en los ítems evaluados.

2.1. Discurso Conversacional por Rango de Edad

Tabla 9: Estadísticos descriptivos: Discurso Conversacional x Edad

Rango Edad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
[63-67]	2	10	19	14,5	6,36
[68-72]	2	21	32	26,5	7,78
[73-77]	7	18	32	28,14	5,61
[78-82]	5	20	32	27,4	6,31
[83-87]	9	24	32	29,78	3,19
>=88	6	25	32	29,5	3,21
Total	31				

En la tabla 9, se puede observar que el rango de edad entre los [63-67] años es el que presenta el puntaje mínimo (10) y máximo (19) más bajo dentro de toda la muestra para este ítem, a diferencia del rango ≥ 88 que es el que presenta los datos más altos tanto en el puntaje mínimo (25) obtenido como en el máximo (32).

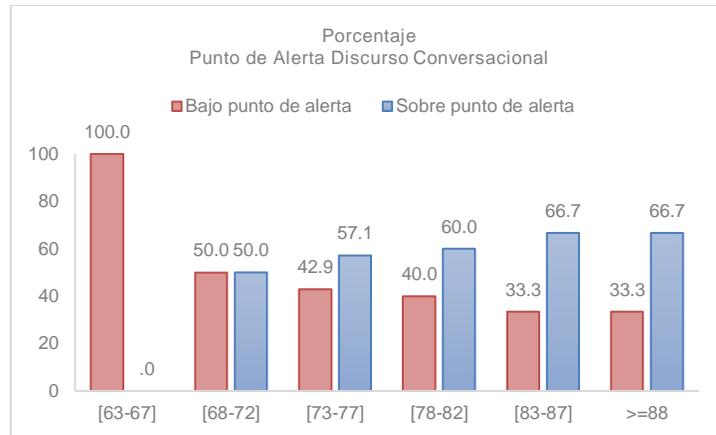


Gráfico 4: Punto de Alerta Discurso conversacional por rango de edad (porcentaje)

El gráfico 4 muestra el porcentaje de adultos mayores que esta sobre el punto de alerta y el % que está bajo este mismo punto. Recordar que para ítem el punto de alerta es de 30 puntos.

Se puede observar en el gráfico, que a medida que aumenta la edad también aumenta el porcentaje de adultos mayores que esta sobre este punto de corte, es decir, los adultos mayores con más años respondieron de mejor manera este ítem.

2.2. Interpretación de metáforas por Rango de edad

Tabla 10: Estadísticos descriptivos: Interpretación de metáforas x Edad

Rango Edad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
[63-67]	2	19	29	24	7,07
[68-72]	2	19	32	25,5	9,19
[73-77]	7	15	40	34	8,70
[78-82]	5	19	40	30,4	9,29
[83-87]	9	9	40	32,1	10,43
≥ 88	6	32	39	35,3	3,20
Total	31				

En la tabla 10, se puede observar que, nuevamente, el rango de edad entre los [63-67] años es el que presenta el puntaje mínimo (19) y máximo (29) más bajo dentro de toda la muestra, a diferencia del rango ≥ 88 que es el que presenta el mejor promedio para este ítem siendo este de 35 puntos.

Cabe destacar que el grupo entre los [83-87] años es el que presenta la mayor desviación estándar (10,43), esto quiere decir que existen los puntajes de los adultos mayores que están en este grupo, lo cual se puede validar observando el puntaje mínimo que fue de 9 el máximo que fue de 40 puntos.

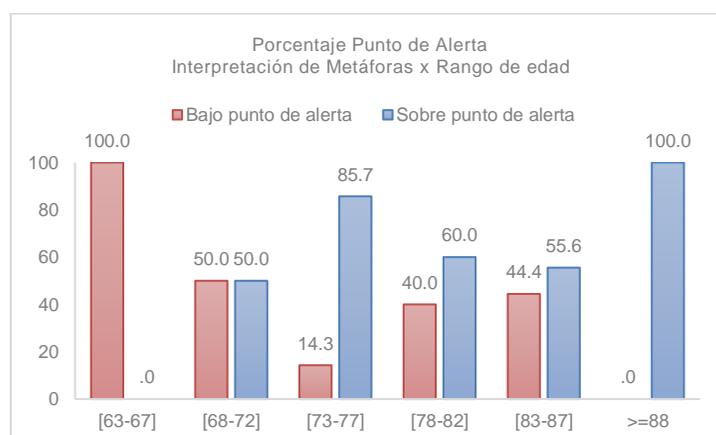


Gráfico 5: Punto de Alerta Interpretación de metáforas por rango de edad (porcentaje)

El gráfico 5 muestra el porcentaje de adultos mayores que esta sobre el punto de alerta y el % que está bajo este mismo punto. Recordar que para ítem el punto de alerta es de 32 puntos.

Se puede observar, que todos los adultos mayores que están entre los [63-67] años puntuaron bajo el punto de alerta, es decir tuvieron puntajes insuficientes en este ítem.

También se puede observar que todos los adultos mayores que están en el grupo >=88 tuvieron puntajes que los dejaron sobre este punto de alerta.

2.3. Interpretación de actos del habla por Rango de edad

Tabla 11: Estadísticos descriptivos: Interpretación de actos del habla x Edad

Rango Edad	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
[63-67]	2	0	34	17	24,04
[68-72]	2	37	40	38,5	2,12
[73-77]	7	10	40	29,9	9,69
[78-82]	5	18	40	32,2	9,34
[83-87]	9	0	40	31,4	13,10
>=88	6	30	39	34,7	3,72
Total	31				

En la tabla 11, se puede observar que, nuevamente, el rango de edad entre los [63-67] años es el que presenta el puntaje mínimo (0) y máximo (34) más bajo dentro de toda la muestra, presentando una media de solo 17 puntos.

Notar que los adultos mayores que están entre los [68-72] años son los que menos diferencias presentan entre los puntajes obtenidos, esto debido a que la dispersión de sus medidas es de solo 2,12 puntos, por el contrario, el grupo que esta entre los [83-87] es que presenta as mayores diferencias de puntajes obtenidos, donde su desviación estándar es de 13,10 puntos.

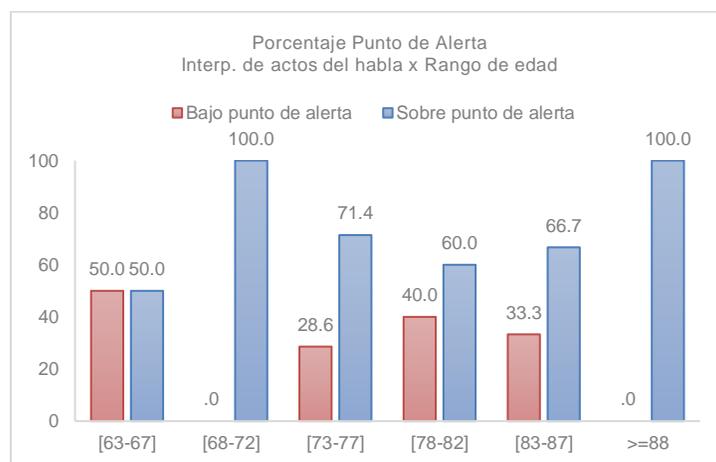


Gráfico 6: Punto de Alerta Interpretación de actos del habla por rango de edad (porcentaje)

El gráfico 6 muestra el porcentaje de adultos mayores que esta sobre el punto de alerta y el % que está bajo este mismo punto. Recordar que para ítem el punto de alerta es de 30 puntos.

Se puede concluir que la totalidad de adultos mayores evaluados que están entre los [68-72] y >=88 años estuvieron sobre el punto de alerta, es decir tienen un rendimiento positivo en este ítem.

Por último, se analizará el desempeño pragmático considerando el tipo de patología que presenta el adulto mayor evaluado, lo cual permitirá ver si existen diferencias entre grupos.

Al revisar como se compone la muestra cuando se analiza el tipo de patología que los adultos mayores presentan se puede decir que el 41,9% de los adultos mayores evaluados no presentan patologías a nivel cognitivo y/o psicológico, por tanto, la mayoría de ellos (18 personas) presentan patologías cognitivas y/o psicológicas (ver tabla 12).

Tabla 12: Estadísticos descriptivos a nivel de Comorbilidad

Tipo patología	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cognitivo	10	32,3	32,3
Cognitivo y Psicológico	3	9,7	41,9
Psicológico	5	16,1	58,1
Sin diagnóstico de interés	13	41,9	100,0
Total	31	100,0	

Ahora se revisará por tipo de patología, como se comportan los distintos puntajes obtenidos en los ítems evaluados.

Discurso Conversacional por comorbilidad

Tabla 13: Estadísticos descriptivos: Discurso Conversacional x Comorbilidad

Tipo patología	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cognitivo	10	10	32	26,60	7,230
Cognitivo y Psicológico	3	18	24	20,33	3,215
Psicológico	5	21	32	28,80	4,550
Sin diagnóstico de interés	13	21	32	30,00	3,764
Total	31				

Al observar la tabla 13, se puede decir que los adultos mayores que no presentan diagnóstico cognitivo y/o psicológico son los que muestran los mejores puntajes en este ítem, esto al observar que la media de ellos es de 30 puntos y presentan una desviación estándar de 3,7 que es una de más bajas lo que indica que los puntajes están poco dispersos.

Y el grupo que presenta los más bajos puntajes es aquel que tiene tanto patologías cognitivas como psicológicas, ellos alcanzan un promedio de 20 puntos y estos puntajes no están dispersos ya que su desviación estándar es de 3,2 puntos.

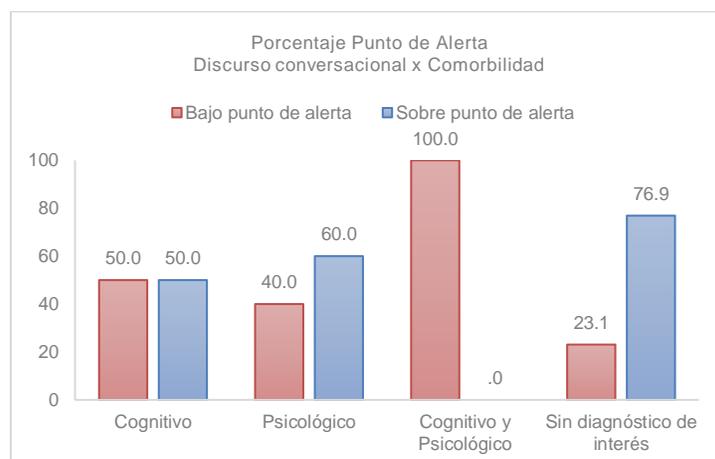


Gráfico 7: Punto de Alerta Interpretación de Metáforas por Comorbilidad (porcentaje)

En el gráfico 7, se puede ver que todos los adultos mayores que presentan patologías cognitivas y psicológicas están bajo el punto de alerta para este ítem que es de 30 puntos, por el contrario, los adultos mayores que no presentan patologías de interés para este estudio en general están sobre el punto de alerta (76,9% de ellos).

3.1. Interpretación de Metáforas

Tabla 14: Estadísticos descriptivos: Interpretación de metáforas x Comorbilidad

Tipo patología	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cognitivo	10	9	40	28,70	10,667
Cognitivo y Psicológico	3	29	34	30,67	2,887
Psicológico	5	19	40	30,40	8,961
Sin diagnóstico de interés	13	15	40	35,31	6,738
Total	31				

Al observar la tabla 14, se puede decir que los adultos mayores que presentan los más bajos puntajes son aquellos que tienen una patología cognitiva, esto debido a que el mínimo alcanzado fue de 9 puntos y su media es de 28,7 puntos, la más baja de todas las agrupaciones, cabe destacar que este grupo presenta grandes diferencias de puntajes entre ellos para esta prueba, lo que se evidencia viendo la desviación estándar que es de 10,66 puntos.

El grupo que se muestra homogéneo en la evaluación de este ítem es el que presenta patologías cognitivas y psicológicas simultáneamente, ellos tienen en promedio 30,67 puntos y una desviación estándar de 2,88 lo que indica que en general sus puntajes estuvieron entre los 29 y 33 puntos.

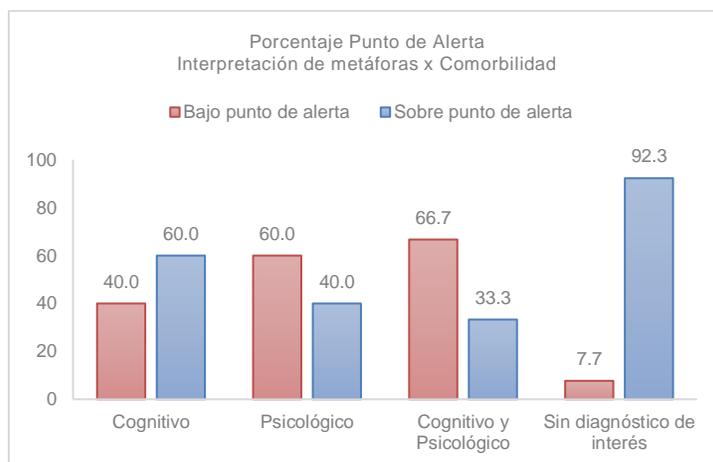


Gráfico 8: Punto de Alerta Interpretación de Metáforas por Comorbilidad (porcentaje)

En el gráfico 8, se puede ver que los adultos mayores que presentan patologías cognitivas y psicológicas están, en su mayoría (60%) bajo el punto de alerta para este ítem y contrario a esto, el 92,3% de los adultos mayores que no presentan patologías de interés para el estudio están sobre el punto de alerta.

3.2. Interpretación de actos del habla

Tabla 15: Estadísticos descriptivos: Interpretación de actos del habla x Comorbilidad

Tipo patología	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cognitivo	10	0	40	26,00	15,055
Cognitivo y Psicológico	3	24	34	28,33	5,132
Psicológico	5	29	39	36,40	4,219
Sin diagnóstico de interés	13	10	40	34,23	8,278
Total	31				

Al observar la tabla 15, se puede decir que los adultos mayores que presentan diagnóstico son los que muestran la mayor variabilidad en sus puntajes, esto al observar que la desviación estándar de este grupo es de 15 puntos con un puntaje medio de 26 puntos que está bajo el punto de alerta. Cabe destacar que su puntaje mínimo es 0, lo que significa que algún adulto mayor no logro realizar nada del ítem.

El grupo que se observa más homogéneo en sus puntajes es el que presenta patologías psicológicas, este grupo muestra un promedio de 36 puntos con una desviación estándar de 4,2 puntos lo que indica que sus puntajes estuvieron entre los 32 y 39 punto.

En resumen, la muestra indica que los adultos mayores que no presentaban patologías de interés para este estudio tuvieron en los 3 ítems mejores puntajes que los grupos con patologías cognitivas, psicológicas o ambas.

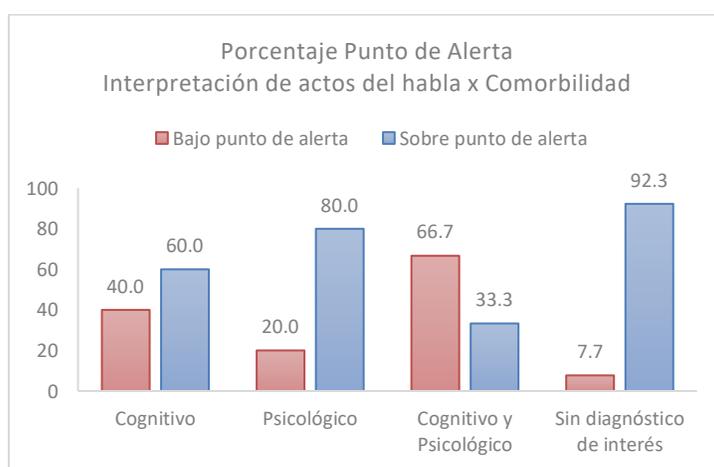


Gráfico 9: Punto de Alerta Interpretación de actos del habla por Comorbilidad (porcentaje)

En el gráfico 9, se puede ver que los adultos mayores que presentan patologías cognitivas y psicológicas están, en su mayoría (66,7%) bajo el punto de alerta para este ítem y contrario a esto, el 92,3% de los adultos mayores que no presentan patologías de interés para el estudio están sobre este punto de alerta.

VIII. Discusión

Los objetivos de la presente investigación, apuntan principalmente a determinar el rendimiento en la prueba pragmática del protocolo MEC en adultos mayores (AM) del hogar n°5 de fundación las Rosas tomando en cuenta los factores de edad y comorbilidades, estas últimas fueron agrupadas en 4 categorías; las de tipo cognitivo, psicológico, cognitivo- psicológico y finalmente, las sin diagnóstico de interés.

Según los resultados expuestos con anterioridad, se puede evidenciar de manera general, sin tomar en cuenta más variables que el propio desempeño de los AM, que en la prueba de discurso conversacional el 58% de ellos se encontró sobre el punto de alerta, es decir con un rendimiento positivo, de esta manera, el 42% se encontraría bajo el punto de alerta con un rendimiento deficiente. Seguidamente, en el ítem de interpretación de metáforas un 68% de la muestra está sobre el punto de alerta y 32% bajo este mismo. Posteriormente, para el ítem de interpretación de actos de habla, el 74% se encuentra sobre el punto de alerta y 26% bajo este punto. Se evidencia entonces, que la mayoría de los AM evaluados presenta menor rendimiento al valorar su discurso conversacional, esto pudiendo ser atribuible a que en este ítem se toman en cuenta características pragmáticas más amplias como la mirada, expresión facial, toma de turno, entre otros. Por tanto, puede explicar en alguna medida la diferencia que existe por ejemplo, al evaluar la interpretación de actos de habla, que solo toma en cuenta el análisis que la persona realiza sobre un estímulo determinado.

Luego, al analizar el rendimiento contrastado con la edad, se muestra que los adultos mayores más añosos presentan mejores resultados en la evaluación pragmática en general, así mismo, se muestra en el desempeño de los puntos de discurso conversacional, actos de habla indirectos e interpretación de metáforas. Lo que podría indicar que la edad no es un determinante específico sobre el rendimiento de las personas evaluadas en habilidades del componente pragmático.

Por otra parte, al analizar el desempeño en tareas pragmáticas relacionado con la comorbilidad se demuestra que, los AM sin diagnósticos de interés presentan mejor rendimiento en todas las pruebas realizadas, como lo indica Machado (2010) en su estudio, el cual propone que independiente de las fallas en el lenguaje producidas por el envejecimiento, los adultos mayores “sanos” mantienen una comunicación funcional en cuanto a discurso y pragmática.

Igualmente, al estudiar el desempeño de los AM con patologías cognitivas, psicológicas o ambas se evidencia que presentan un menor rendimiento, es decir, algunos de ellos se encuentran bajo el punto de alerta, lo que podría presentarse como dificultades en habilidades pragmáticas. Dentro de las patologías cognitivas se encontrarían los diagnósticos de enfermedad de Alzheimer, por tanto, como lo propone Lacot et al., en su estudio que demuestra que las personas con esta patología, presentan rendimientos disminuidos en todas las pruebas propuestas por el protocolo MEC. Por tanto, el rendimiento de este grupo puede estar asociado a los diagnósticos de esta índole que lo componen.

Por último, al descomponer el desempeño por grupo de comorbilidades se distingue que los adultos mayores con patologías cognitivas-psicológicas obtienen puntuaciones disminuidas, que indudablemente nos hará pensar en compromiso de habilidades pragmáticas. El menor rendimiento de este grupo se encontró a nivel de discurso conversacional. Seguidamente, se encuentra el grupo de patologías cognitivas, que de igual manera tuvo más dificultad en cuanto a su discurso conversacional y, finalmente se encuentra el grupo de patologías psicológicas, que su menor desempeño se encontró en el ítem de interpretación de actos de habla. De esta manera, podemos pensar que las patologías psicológicas en este grupo no inciden considerablemente en el desempeño de tareas pragmáticas cuando estas son llevadas a un contexto de interacción más natural.

A la luz de los resultados cabe destacar nuevamente que las características principalmente de comorbilidad de la muestra son diversas, por tanto, se agrupan las patologías en: las de tipo cognitivo, psicológico, cognitivo- psicológico y finalmente, las sin diagnóstico de interés, en donde se encasillan las patologías que no afectarán al sistema nervioso central. Debido a esto, es que dentro de cada agrupación se encuentran variadas patologías, lo que hace menos certero el resultado en cuanto al rendimiento que tiene en específico cada una de ellas. De igual manera, las limitaciones en cuanto a la edad se pueden asociar a la cantidad de personas por cada rango etario propuesto, ya que, existen menos personas en rangos de edades inferiores. Finalmente, la baja cantidad de muestras en comparación con la población del centro utilizado para la recolección de datos, debido a la gran cantidad de usuarios con compromiso auditivo y/o visual, impide generalizar estos resultados a la población.

IX. Conclusión

Respondiendo a la pregunta de investigación, los datos obtenidos nos permiten concluir que los residentes adultos mayores de fundación las rosas que no presentan patologías que afecten el sistema nervioso central tienen un mejor desempeño en componentes comunicacionales que comprendan a la pragmática. De igual manera, se hace indiscutible que los adultos mayores con compromiso tanto cognitivos como psicológicos o ambos, presentan alguna limitación para principalmente comprender el lenguaje implícito, es decir, hacer uso de la pragmática.

Bajo los resultados obtenidos, se pueden crear diversas deducciones estimando que existen variables como la edad en donde se podría esperar un desempeño menor a lo expuesto es esta investigación y, tomando en consideración que uno de los mejores rendimientos de las personas añosas se encontró a nivel de discurso conversacional, podemos quizás atribuirlo por ejemplo a la simplificación de los enunciados utilizados a cierta edad o a razones como la experiencia adquirida con el paso de los años, la cual podría potenciar de esta manera el discurso. Así mismo, se evidencia en la categoría de patologías psicológicas en donde se dilucida que cuando acotamos el contexto lingüístico de la persona como en la interpretación de metáforas el rendimiento cambia en comparación a una conversación libre.

De esta manera, se puede mencionar que el protocolo MEC sería una herramienta efectiva para evaluar la pragmática llevándola a contexto. Por tanto, el ítem pragmático de esta prueba podría complementar las evaluaciones lingüísticas clásicas, ya que las tareas de lenguaje típicamente utilizadas no siempre permiten resaltar dificultades comunicacionales como tal.

Se hace hincapié en que debido a las limitaciones que presenta este estudio en cuanto a la cantidad de adultos mayores por rango etario y la agrupación de patologías principalmente, dejan en cuestión si efectivamente este rendimiento será verás para generalizarlo a la población de este centro. Por lo tanto, el desarrollo de futuros estudios o investigaciones que posibiliten el acceso a mayor información sobre los marcadores pragmáticos por ejemplo, que se da en cada patología en específico, apoyaría la teoría de que este componente es un indicador, el cual podría dilucidar de manera precoz las alteraciones cognitivas y servir de esta manera en el proceso de evaluación e intervención.

X. Bibliografía

- Allegri R., Harris P. & Drake M. (2000). "La evaluación neuropsicológica en la enfermedad de Alzheimer". Servicio de neuropsicología. Sitio Web: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232009000200006
- American Psychiatric Association. (1995). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th. Madrid. Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 5th. Washington DC. : Bibliotheca Britannica.
- Arriola E., Carnero C., Freire A., López R., Manzano S. & Olazarán J. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor; documento de consenso. Sociedad Española de geriatría y gerontología. Editorial International Marketing & Communication.
- Barrera J. (2005). "Relación entre lenguaje figurado y rendimiento escolar". Reviste Chilena de Fonoaudiología. 6. 19-35.
- Braganca M. & Palha A. (2011). Trastornos neurocognitivos asociados con la infección del VIH. Actas Esp. Psiquiatría. 39. 374-383
- Buonanotte F., González F. & Cáceres M. (2015). *Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo* (Neurología Argentina, 7,51-58).
- Casas I. (2010). Traumatismo encéfalo craneano y demencia. Instituto Ángel H. Roffo. Sitio web: <https://www.ciencias.org.ar/user/Parera.pdf>
- Castillo R., De-luna J., López R, Pliego F., Sánchez U. & Gallegos E. (2014). Perfil neuropsicológico del trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer, vascular y trastorno Frontotemporal en población mexicana. Revista Mex Neuroci. 15. 259-266.
- Censo 201X. Instituto nacional de estadísticas de Chile. Sitio web; <http://www.ine.cl/docs/default-source/demográficas-y-vitales/vitales/anuarios/2016/vitales-2016.pdf?sfvrsn=15>
- Delgado C. & Salinas P. (2009). Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores. Revista Hospital clínico Universidad de Chile. 20. 244-251.
- Delgado C., Araneda A. & Behrens M. (2017). Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos de 60 años. Revista de neurología. Sitio web: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013>
- DSM 5 (2013). "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición". American Psychiatric association. Editorial médica Panamericana.
- Fuentes P. (2014), "DSM-5 nueva clasificación de trastornos mentales" .Revista Chilena de neuropsiquiatría. 52, 34-38.
- Galindo G. & Molina V. (2004). La evaluación neuropsicológica del anciano. Revista Salud mental. 27. 9-18.
- Gordillo, F., Mestas L., Pérez M., Lozano, J., López, R. & Arana, J. (2013). La expresión facial de las emociones: Historia y aplicaciones. Ciencia Cognitiva. 7, 19-21.
- Hernández J. (2010). "Demencias: los problemas del lenguaje como hallazgos tempranos". Neurol Colombia. 26. 101-111.
- Irigorri M. (2007). Demencia Frontotemporal. Revista colombiana de psiquiatría, 36 (1).
- Janeth Hernández Jaramillo. (27/08/2010). Demencias: los problemas de lenguaje como hallazgos tempranos. Acta Neurol Colomb, 26, 101-111.
- Joannette Y., Ská & Coté (2007). Libro introductorio, protocolo MEC. Buenos Aires

- Juncos O. (1998). "Lenguaje y envejecimiento: bases para la intervención". Mason; Barcelona.
- Lacot E., Bernabeu Emmanuel., Thomas C., Basaglia S., Pariente J., Puel M., Vautier S., Mahieux F., Moreaud O., Perrier D., Roussel M., Sellal F. & Siegwart H. (2014). Le top 12: Comment s' en servir pour reperer une pathologie du vieillissement cognitif?. Revue de neuropsychologie. 6, 163-172.
- López J. & Agüera L. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. 2018, de Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer Sitio web: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf
- Lozano G., Hernández M., Turró O., Pericot I., López S. & Vilalta J. (2017). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve Datos preliminares. Alzheimer Real Invest Demenc.
- Machado et al. (2018). "Análisis de la funcionalidad discursiva- pragmática en adultos mayores sanos y con demencia leve". Revista de lingüística, filosofía y literatura. (28)
- Machado Et al. (2018). "Análisis de la funcionalidad discursivo pragmática en adultos mayores sanos y con demencia leve". Sitio Web: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-32622018000100192
- Manga D. & Ramos F. (1999). Evaluación neuropsicológica. Revista clínica y salud. 10. 331-376.
- Ministerio de Salud (2010). Guía clínica, enfermedad de Parkinson. Minsal Chile. Sitio Web: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a0cef2ae04001011f01678a.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de demencia. 25 de octubre, de MINSAL Sitio web: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
- MINSAL. (2014). "Programa nacional de salud de las personas adultas mayores". Ministerio de Salud; Gobierno de Chile. Sitio Web: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
- Nitri R. & Dozzy S. (2012). Demencia: Definición y clasificación. Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias, 12, 75-98.
- Olivares P. (2006). "Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile". Superintendencia de salud; Gobierno de Chile" Sitio Web: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4020_recurso_1.pdf.
- OMS. (2012) "Boletín de organización mundial de la salud" Volumen 90. Número3 (157-244).
- Panaccio J. & Steel G. (1999). "Use of the Arizona Battery for Communication Disorders of Demencia in an Australian Context. School Communication Sciences. La Trobe University, Victoria, Australia.
- Pavéz M. (1999). Lingüística aplicada a los trastornos de lenguaje. BFUCH, Revista Universidad de Chile. Sitio Web: <https://revistas.uchile.cl/index.php/BDF/article/view/21538/22839>
- Petersen R. (2004) Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. J intern Med. 94. 183-256.
- Quiroga P. Albala C.& Klaasen G. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. RevMed Chil. 132. 467-478.
- Rodríguez G. (S/F). "El discurso conversacional". Instituto de Filología hispánica.
- Rodríguez J. (2012). Instrumento de evaluación del lenguaje en adultos con afasia o trastorno cognitivo comunicativo. Revista Areté 12, 153-162.
- Rodríguez J., Díaz Y., Rojas Y., Rodríguez Y. & Núñez E. (2013). Actualización en enfermedad de Huntington (Artículo de revisión). Hospital general universitario Vladimir Ilich Lenin.

- Saá N. (2006). "Lenguaje y envejecimiento". Departamento de neurología UC. Sitio web: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/cuadernos/2006/lenguaje.pdf>
- SENAMA. (2012). "Política Integral de envejecimiento positivo". Obtenido de <http://www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf>
- Tarapata K. & Lovecky D. (2015). La enfermedad de Huntington. Huntington Disease Society of America. Sitio web: http://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/03/7_la-enfermedad-de-huntington.pdf
- Toribio M. & Morera J. (2008). Clasificación clínica y biomolecular de las demencias Frontotemporales. Revista de neurología, 47, 588-598.
- Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011. 72. 11-16.
- Tusón, A. (1995). *El análisis de la conversación*. Barcelona: Ariel, 1997
- Varela A. (2018). Lengua y demencia; diseño y aplicación de un protocolo de coherencia discursiva, Universidad de Vigo.
- Vilá R. (2012). "Los aspectos no verbales de la comunicación intercultural". Ra- Ximhai. Vol. 8.

IX. Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado.

Anexo 2: Anamnesis.

Anexo 3: Escala de coma de Glasgow.

Anexo 4: Ítems de la evaluación pragmática del protocolo MEC.

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	SI	
	NO	

CIENTÍFICOS	SI	
	NO	

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

SI	
NO	

Nombre y firma del voluntario
(o representante)
Fecha:

Nombre y firma del alumno
fecha:

Nombre y firma del profesor tutor

Fecha:

ANAMNESIS

- ANTECEDENTES PERSONALES

NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD	
NACIONALIDAD	
ESCOLARIDAD	
PROFESION	
LATERALIDAD	

- ANTECEDENTES MÉDICOS

DIAGNÓSTICOS	- - - - -
--------------	-----------------------

OTRAS OBSERVACIONES:

Escala de coma de Glasgow

GLASGOW COMA SCALE (CGS)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
Estudios/Profesión: _____ N. H^a: _____
Observaciones: _____

Apertura de los ojos

- 4 El paciente abre sus ojos espontáneamente
- 3 Los abre en respuesta al dolor y lenguaje
- 2 Sólo los abre al estímulo doloroso
- 1 No abre los ojos

Respuesta motora

- 6 Puede responder con movimiento y obedecer órdenes
- 5 Sólo responde ante el dolor en una forma localizada
- 4 Responde al dolor sin localizarlo (mecanismo de flexión)
- 3 La respuesta se limita a la flexión anormal (decorticación)
- 2 Tiene una respuesta de extensión anormal
- 1 No hay respuesta motora

Respuesta verbal

- 5 Está orientado en tiempo, persona y espacio
- 4 Está confuso
- 3 Tiene verbalización inapropiada (algunas palabras)
- 2 No comprende el lenguaje (sonidos inarticulados)
- 1 Falta

Total puntos:

Puntuación mínima: 3 / Puntuación máxima: 15

Profundidad coma	GRAVE	CGS ≤ 8
	MODERADO	CGS 9-12
	LEVE	CGS 13-15

Ítems de la evaluación pragmática del protocolo MEC

2- Discurso conversacional



Guía de administración y puntuación **página 4-7**

Consigna: *Antes de comenzar la evaluación, quisiera que usted me hable un poco de... (por ejemplo.: su trabajo, su familia, sus actividades recreativas).*

Puntuación: 2: comportamiento ausente (o n/o: o que no pudo ser observado).
 1: comportamiento raro o poco marcado.
 0: comportamiento frecuente o muy marcado.

Grilla de observación: síntomas observados

Alteraciones léxico - semánticas

1. Comprensión: Comprende mal lo que se le dice.	0	1	2
2. Anomias: Omite sus palabras.	0	1	2
3. Parafasias: Se equivoca de palabras.	0	1	2

Alteraciones pragmáticas

Generales

4. Comprende mal el lenguaje indirecto.	0	1	2 o n/o
5. Permanece indiferente a los comentarios de tipo “broma”.	0	1	2 o n/o
6. Habla demasiado.	0	1	2
7. Se repite.	0	1	2

Discursivas

8. Expresa sus ideas en forma poco precisa.	0	1	2
9. Cambia de tema, divaga.	0	1	2
10. Realiza comentarios inapropiados o inesperados.	0	1	2

Conversacionales

Hilo discursivo:

11. Pierde el hilo de la conversación.	0	1	2
--	---	---	---

Turnos de habla:

12. Carece de iniciativa verbal.	0	1	2
13. No toma el turno.	0	1	2
14. No cede el turno.	0	1	2
15. Roba el turno (corta el habla)	0	1	2

Alteraciones de la prosodia

16. Posee un modo de hablar lentificado.	0	1	2
17. Posee un modo de hablar rápido.	0	1	2

Alteraciones de aspectos extralingüísticos

18. Expresión facial: Posee una expresión facial fija.	0	1	2
19. Mirada: Contacto visual inconstante.	0	1	2

Total /38

Discurso conversacional	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						
Media	36.90	37.80	36.53	37.36	37.43	37.96
Desvío estándar	1.29	0.66	1.88	0.67	0.89	0.18
10° percentil	35	37.1	33	37	36	38
Punto de alerta	35	37	33	37	36	37

Comentarios:

3- Interpretación de metáforas

Guía de administración y puntuación **página 8-13**

Consigna: *Voy a mostrarle una oración. Léala y explíqueme con sus propias palabras qué quiere decir lo que está leyendo.*

Puntuación: 2: respuesta clara y adecuada.

1: elementos de la respuesta pero con imprecisiones, agregados u omisiones.

0: respuesta errónea o falta de respuesta.

Ejemplo

“La vecina habla hasta por los codos”

[Luego de la explicación por parte del sujeto]

Consigna: Yo voy a darle ahora tres opciones de respuesta. Dígame cuál explica mejor lo que la oración quiere decir.

- A) **La vecina habla mucho.**
- B) La vecina tiene la boca en los codos.
- C) La vecina habla moviendo los codos.

Estímulos Metáforas

1- Mi hijo es un santo.

0 1 2

- A) Mi hijo fue canonizado.
- B) Mi hijo se porta bien.**
- C) Mi hijo va mucho a la iglesia.

2- Nuestra cocina es un chiquero.

0 1 2

- A) Nuestra cocina está sucia y en desorden.**
- B) Nosotros vivimos con los cerdos.
- C) Hay un chiquero en el fondo de nuestra casa.

3- Mi madre es una joya.

	0	1	2
A) Mi madre es un anillo.			
B) Mi madre usa muchas joyas.			
C) Mi madre es muy buena.			

4- Su primo es un demonio.

	0	1	2
A) Su primo causa problemas.			
B) Su primo está disfrazado de demonio.			
C) Su primo está poseído por el demonio.			

5- Aquel empleado es la mano derecha del jefe.

	0	1	2
A) Aquel empleado le da la mano derecha a su jefe.			
B) Aquel empleado es muy valioso, es muy eficiente.			
C) Aquel empleado ayuda a su jefe usando su mano derecha.			

6- Tu amiga es una víbora.

	0	1	2
A) Tu amiga es un reptil.			
B) Tu amiga habla mal de los demás, es maliciosa y traicionera.			
C) Tu amiga es muy flexible.			

7- La casa es un horno.

	0	1	2
A) En la casa se cocina mucho pan.			
B) En la casa hay muchos hornos.			
C) La casa es muy calurosa.			

8- El profesor de química es un bombón.

-
- 0 1 2
-
- A) El profesor de química es de chocolate.
 - B) El profesor de química es muy apetecible, es muy atractivo.**
 - C) El profesor de química fabrica chocolates.

9- La suegra de mi amigo es una bruja.

-
- 0 1 2
-
- A) La suegra de mi amigo practica magia negra.
 - B) La suegra de mi amigo tiene muchas escobas.
 - C) La suegra de mi amigo es una persona mala y desconsiderada.**

10- Ese alumno es un burro.

-
- 0 1 2
-
- A) Ese alumno es tonto, lento para aprender.**
 - B) Ese alumno tiene orejas largas.
 - C) Ese alumno llega a clase montado en un burro.

Estímulos Expresiones idiomáticas:

11- Nuestro socio perdió la cabeza por esa mujer.

-
- 0 1 2
-
- A) A nuestro socio le cortaron la cabeza.
 - B) Nuestro socio no encuentra su cabeza.
 - C) Nuestro socio se enamoró perdidamente de esa mujer.**

12- Lo tenía en la punta de la lengua.

-
- 0 1 2
-
- A) Quería aprender una nueva lengua.
 - B) Lo estaba por decir.**
 - C) Se puso un aro en la punta de la lengua.

13- El hombre sentó cabeza.

0 1 2

- A) El hombre se hizo juicioso.
- B) El hombre tenía cansada la cabeza.
- C) El hombre era acróbata.

14- Mi marido me salió con un cuento chino.

0 1 2

- A) Mi marido es un lector ávido de cuentos chinos.
- B) Mi marido me contó una mentira.
- C) Mi marido escribió un cuento chino.

15- Al hombre le importa un comino.

0 1 2

- A) Al hombre le importan los condimentos.
- B) El hombre quiere comer comino.
- C) Al hombre no le importa nada.

16- Al encargado le falta un tornillo.

0 1 2

- A) El encargado no encuentra un tornillo.
- B) El encargado compró tornillos.
- C) El encargado está loco.

17- El alumno está en la luna.

0 1 2

- A) El alumno viajó a la luna.
- B) El alumno está distraído.
- C) El alumno está iluminado.

18- Mi esposa no pudo pegar un ojo.

0 1 2

- A) **Mi esposa no pudo dormir.**
- B) Mi esposa no pudo parpadear.
- C) A mi esposa le duelen los ojos.

19- El hombre pidió la mano de su novia.

0 1 2

- A) El hombre pidió que su novia le muestre una mano.
- B) El hombre tomó a su novia de la mano.
- C) **El hombre pidió casarse con ella.**

20- La maestra le habla a la pared.

0 1 2

- A) **A la maestra no la escucha nadie.**
- B) La maestra habla mirando la pared.
- C) A la maestra le gustan las paredes.

Resultados	Explicaciones	Elección de Rta.
Metáforas (1-10)	/20	/10
Expresiones idiomáticas (11-20)	/20	/10
Total	/40	/20

Explicaciones	30 a 49 años		50 a 64 años		65 a 88 años	
	≤ 10 años	> 10 años	≤ 10 años	> 10 años	≤ 10 años	> 10 años
Media	34.83	38.40	35.50	39.33	36.46	37.23
Desvío estándar	4.11	1.95	5.13	0.92	2.47	2.14
10° percentil	28	35.1	24.4	38	32.2	34.1
Punto de alerta	28	35	28	38	32	34

Comentarios:



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.

116557

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. Quiero 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.

110516

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
Total	/40	/20

Explicaciones:

Situaciones directas (d):	/20
Situaciones indirectas (i):	/20
Total:	/40

Elección de respuestas:

Situaciones directas (d):	/10
Situaciones indirectas (i):	/10
Total	/20

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						
Media	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

Comentarios: