



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA
SEDE VALDIVIA**

**DESEMPEÑO LINGÜÍSTICO COMUNICATIVO EN ADULTOS
ENTRE 30 Y 70 AÑOS, SIN DAÑO NEUROLÓGICO, RESIDENTES
EN SECTORES URBANOS DE LA REGIÓN DE LOS RÍOS**
Tesina para optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología

Profesora guía: Joselyn Elizabeth Butto Pérez.

Profesor metodológico: Carlos Enrique Quintana Escobar

Estudiante(s):

Bárbara Carolina González Cantero

Geraldine Isamar Hidalgo Tognia

Javiera Alejandra Martínez Garrido

Iván Felipe Nahuelpán Antilén

Valdivia, Chile

2019

HOJA DE CALIFICACIÓN

En _____, el _____ de
_____ de _____, los abajo
firmantes dejan constancia que las alumnas _____,
_____ y _____
de la carrera de _____ han aprobado la tesis para optar al título
de _____
con una nota de _____, _____

Nombre y firma del evaluador

Nombre y firma del profesor evaluador

DEDICATORIA

Dedicamos la presente tesis a nuestras familias, quienes nos brindaron su apoyo incondicional en este camino, a todos los docentes y amigos que estuvieron con nosotros, acompañándonos y apoyándonos a lo largo de este proceso.

En memoria de Jean Carlo Hidalgo Tognia.

AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento es memoria del corazón y por ese mismo motivo, queremos agradecer a nuestras familias, por el amor, compromiso, lealtad y entrega que nos brindan cada día, no ha sido fácil este camino, pero gracias a ustedes hemos logrado cumplir una más de nuestras metas, es por eso, que este logro se lo debemos a ustedes.

También queremos agradecer a nuestros profesores tutores, que han cumplido una labor importante para que esta investigación llegue a buen término transmitiéndonos sus conocimientos y siendo uno más de nosotros en el camino. Para finalizar, queremos agradecer a todas las personas que colaboraron para que este estudio haya sido posible.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. Preguntas de investigación.....	3
1.2. Objetivo general	4
1.3. Objetivos específicos.....	5
1.4. Hipótesis.....	6
1.5. Justificación.....	7
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Comunicación.....	9
2.2. Lenguaje.....	10
2.2.1. Comprensión.....	11
2.2.2. Expresión	11
2.2.3. Escritura.....	12
2.2.4. Lectura.....	12
2.3. Trastorno del lenguaje: Afasia.....	13
2.3.1. Tipos de afasia.....	14
2.3.1.1. Afasias fluentes.....	14
2.3.1.1.1. Afasia anómica	15
2.3.1.1.2. Afasia transcortical sensorial.....	15
2.3.1.1.3. Afasia de conducción.....	16

2.3.1.1.4. Afasia de Wernicke.....	17
2.3.1.2. Afasias no fluentes.....	17
2.3.1.2.1. Afasia transcortical motora.....	18
2.3.1.2.2. Afasia transcortical mixta.....	19
2.3.1.2.3. Afasia de Broca.....	19
2.3.1.2.4. Afasia no fluente mixta.....	20
2.3.1.2.5. Afasia global.....	20
2.4. Evaluaciones del lenguaje.....	21
2.4.1. Test de Boston.....	21
2.4.2. Batería de las afasias de Western (WAB).....	22
2.4.2.1. Subpruebas WAB.....	22
2.5. Kentucky Aphasia test (KAT).....	23
2.5.1. Estructura del KAT.....	23
2.5.1.1. Subprueba de denominación de imágenes.....	24
2.5.1.2. Subprueba de definición de palabras.....	25
2.5.1.3. Subprueba de repetición.....	26
2.5.1.4. Subprueba de seguimiento de ordenes.....	28
2.5.1.5. Subprueba de preguntas de SI/NO.....	29
2.5.1.6. Subprueba de correspondencia palabra imagen.....	30
2.5.2. Puntuación del KAT.....	30
2.5.3. Ventajas del uso del KAT.....	31
2.5.4. Aplicación en Chile.....	32
CAPITULO 3: MARCO METODOLÓGICO.....	34

3.1. Definición conceptual y operacional de las variables	35
3.2. Diseño de investigación.....	36
3.3. Población y muestra.....	37
3.3.1. Población.....	37
3.3.2. Criterios de exclusión.....	37
3.3.3. Tipo de muestreo.....	37
3.3.4. Tamaño de muestra.....	37
3.4. Plan de recolección de datos	38
3.4.1. Instrumentos usados y sus características	38
3.4.1.1. Kentucky Aphasia Test	38
3.5. Plan de análisis de datos.....	39
CAPITULO 4: RESULTADOS.....	40
CAPITULO 5: DISCURSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	45
CAPITULO 6: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	58
ANEXO 1: Documento de información para el participante y formulario de consentimiento informado.	
ANEXO 2: Anamnesis de recolección de datos de los sujetos en estudio.	
ANEXO 3: Mini-mental state Examination (MMSE)	
ANEXO 4: MMSE modificado.	
ANEXO 5: Kentucky aphasia test.	

ÍNDICES DE TABLAS Y CUADROS

CUADRO N°1. Clasificación de las afasias.....	14
TABLA N°1. Definición conceptual y operacional de las variables.....	35
TABLA N°2. Resultados del desempeño lingüístico comunicativo en las vertientes comprensivas y expresivas de las baterías Kat 1, 2 y 3.....	41
TABLA N°3. Comparación de las subpruebas de la vertiente comprensiva de las baterías Kat 1, Kat 2 y Kat 3.....	42
TABLA N°4. Comparación de las subpruebas de la vertiente expresiva de las baterías Kat 1, Kat 2 y Kat 3.....	43
TABLA N°5. Promedio de las baterías Kat 1, Kat 2 y Kat 3.....	44

RESUMEN

Los trastornos del lenguaje y la comunicación son algo cada vez más frecuente en la realidad nacional, uno de los principales y más incapacitantes es la afasia. A pesar de que actualmente se cuenta con herramientas para su evaluación y diagnóstico, que han sido probadas en la población chilena, ninguna cuenta con estudios fuera de la Región Metropolitana. El presente estudio tuvo como objetivo determinar el desempeño lingüístico comunicativo de adultos de la Región de Los Ríos a través del Kentucky Aphasia Test (KAT), instrumento desarrollado en Estados Unidos y probado en la capital de nuestro país. Para ello, se aplicó la evaluación a 63 sujetos sin daño neurológico y residentes en sectores urbanos de la Región de los Ríos, con diferentes edades y años de escolaridad. En relación a las variables estudiadas, el análisis demostró que el desempeño lingüístico comunicativo es, en su totalidad, bueno y que uno de los factores que lo afectan significativamente, es la escolaridad.

En relación al rendimiento en las diferentes modalidades y baterías, los sujetos obtuvieron mejor desempeño en la vertiente comprensiva y la batería KAT 1, lo cual coincide con las hipótesis presentadas.

Los resultados de esta investigación permiten determinar el desempeño lingüístico comunicativo de los adultos sin daño neurológico de la Región de Los Ríos, así como también, conocer falencias de la prueba aplicada, las cuales se sugiere modificar, de manera que pueda ser aplicada de manera óptima, entregando un diagnóstico certero y permitiendo realizar un plan de tratamiento acorde a las necesidades de cada usuario.

Palabras clave: desempeño lingüístico comunicativo, Región de Los Ríos, Kentucky Aphasia Test.

ABSTRACT

Language and communication disorders are increasingly common in national reality, one of the main and most disabling is aphasia. Although there are currently tools for evaluation and diagnosis, which have been tested in the Chilean population, none have studies outside the Metropolitan Region. This study aimed to determine the communicative linguistic performance of adults in the Los Ríos Region through the Kentucky Aphasia Test (KAT), an instrument developed in the United States and tested in the capital of our country. For this, the evaluation was applied to 63 subjects without neurological damage and residents in urban sectors of the Rios Region, with different ages and years of schooling. In relation to the variables studied, the analysis showed that communicative linguistic performance is, in its entirety, good and that one of the factors that significantly affect it is schooling.

Regarding the performance in the different modalities and batteries, the subjects obtained better performance in the comprehensive slope and the KAT 1 battery, which coincides with the hypotheses presented.

The results of this research allow us to determine the communicative linguistic performance of adults without neurological damage in the Los Ríos Region, as well as to know the flaws of the test applied, which it is suggested to modify, so that it can be applied optimally , delivering an accurate diagnosis and allowing to make a treatment plan according to the needs of each user.

Key words: communicative linguistic performance, Los Ríos Region, Kentucky Aphasia Test.

© **Bárbara Carolina González Cantero**
Geraldine Isamar Hidalgo Tognia
Javiera Alejandra Martínez Garrido
Iván Felipe Nahuelpán Antilén

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

La comunicación es un proceso de intercambio de información por el cual el ser humano expresa sus ideas, emociones y pensamientos, en un contexto determinado, donde influyen los diversos conjuntos de elementos, factores y circunstancias para que el acto comunicativo se desarrolle eficazmente en las diversas esferas de la vida (Faúndez, Gutiérrez, Spencer, Urrutia y Ward, 2011).

Uno de los componentes principales de la comunicación es el lenguaje, un sistema convencional de signos y símbolos que se constituye por cuatro modalidades (expresión, comprensión, lectura y escritura) y por diversos niveles, que están representados en diferentes áreas de nuestro cerebro, y que pueden verse alterados por variadas patologías (González y Hornauer-Hughes, 2014). Una de ellas es la afasia, que se define como “un trastorno del lenguaje que se caracteriza por la pérdida total o parcial de la capacidad de comprender o utilizar el lenguaje ya formado” (Álvarez y Bermúdez, s.f., párr. 2).

Los accidentes cerebro vasculares (ACV) son la primera causa de un trastorno afásico. Los estudios establecen que aproximadamente el 30% de las personas que sobreviven a un accidente cerebrovascular presentan este trastorno del lenguaje (Álvarez y Bermúdez, s.f.).

El ACV, es la segunda causa de mortalidad prematura en Chile, en el año 2013 hubo un total de 2.310 muertes en personas entre 30 y 69 años, además, de ser la primera causa de años de vida saludable perdidos tanto por discapacidad como por muerte prematura. (Ministerio de salud [MINSAL], 2013).

Es por esta razón que, desde la práctica fonoaudiológica, es importante realizar una evaluación en sujetos sin daño neurológico y conocer el desempeño lingüístico comunicativo normal, de manera que podamos pesquisar correctamente la existencia de trastornos del lenguaje secundarios a un daño neurológico y, además, establecer adecuados lineamientos de intervención.

1.1. PREGUNTAS

- a. ¿Cómo es el desempeño lingüístico comunicativo de los adultos, entre 30 y 70 años de los sectores urbanos de la Región de Los Ríos?
- b. ¿Existirá relación entre los años de escolaridad y el desempeño lingüístico comunicativo de los adultos entre 30 y 70 años de los sectores urbanos de la región de Los Ríos?
- c. Los adultos entre 30 y 70 años de la región de Los Ríos, ¿tendrán mejor desempeño lingüístico en comprensión o en expresión?
- d. ¿En qué subtest del desempeño lingüístico comunicativo comprensivo de la batería KAT 1 obtendrán mejor desempeño lingüístico comunicativo los adultos entre 30 y 70 años de la región de Los Ríos?
- e. ¿En qué subtest del desempeño lingüístico comunicativo comprensivo de la batería KAT 2 obtendrán mejor desempeño lingüístico comunicativo los adultos entre 30 y 70 años de la región de Los Ríos?
- f. ¿En qué subtest del desempeño lingüístico comunicativo comprensivo de la batería KAT 3 obtendrán mejor desempeño lingüístico comunicativo los adultos entre 30 y 70 años de la región de Los Ríos?
- g. ¿En qué subtest del desempeño lingüístico comunicativo expresivo obtendrán mejor desempeño lingüístico comunicativo los adultos entre 30 y 70 años de la región de Los Ríos?
- h. ¿En qué batería obtendrán mejor desempeño lingüístico comunicativo los adultos entre 30 y 70 años de la región de Los Ríos?

1.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar el desempeño lingüístico comunicativo de los adultos entre 30 y 70 años de los sectores urbanos de la región de Los Ríos y su relación con las variables socio-geográficas.

1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Describir el desempeño lingüístico comunicativo de los adultos entre 30 y 70 años de sectores urbanos de la región de Los Ríos.
- b. Determinar si existe relación entre los años de escolaridad y el desempeño lingüístico de los adultos entre 30 y 70 años de la región de Los Ríos.
- c. Identificar si los adultos de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico en comprensión o en expresión.
- d. Determinar en qué subtest de la batería KAT 1 los adultos de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo comprensivo.
- e. Determinar en qué subtest de la batería KAT 2 los adultos de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo comprensivo.
- f. Determinar en qué subtest de la batería KAT 3 los adultos de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo comprensivo.
- g. Determinar en qué subtest los adultos de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo expresivo.
- h. Determinar en qué batería tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo los adultos de la región de Los Ríos.

1.4. HIPÓTESIS

- a. El desempeño lingüístico comunicativo de los adultos entre 30 y 70 años de sectores urbanos de la región de Los Ríos es bueno.
- b. Existe relación entre los años de escolaridad y el desempeño lingüístico de los adultos entre 30 y 70 años de la región de Los Ríos.
- c. Los adultos entre 30 y 70 años de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo en comprensión.
- d. Los adultos de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo comprensivo en el subtest de seguimiento de órdenes en la batería KAT 1.
- e. Los adultos de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo comprensivo en el subtest seguimiento de órdenes en la batería KAT 2.
- f. Los adultos de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo comprensivo en el subtest correspondencia palabra imagen en la batería KAT 3.
- g. Los adultos de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo expresivo en el subtest de repetición en las tres baterías: KAT 1, KAT 2, KAT 3.
- h. Los adultos de la región de Los Ríos tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo en la batería KAT 1.

1.5. JUSTIFICACIÓN

La realidad nacional respecto a los trastornos de la comunicación producidos por daños neurológicos nos alerta respecto a la necesidad de lograr evaluaciones que sean específicas para un diagnóstico certero, con el objetivo de que la intervención del usuario sea eficiente e integral. Según lo anterior, una de las consecuencias más recurrentes que afectan la comunicación humana y, por lo tanto, su desempeño, es la afasia, la que repercute negativamente en la actividad y participación social, familiar y laboral de las personas.

En la actualidad, no existen pruebas estandarizadas en el contexto lingüístico chileno que complementen la evaluación clínica de las afasias, por lo que se hace necesario recoger información de pruebas realizadas en otros países y probar su efectividad en el contexto nacional, considerando además, que las pruebas ya existentes no logran recabar la información necesaria de manera eficiente y su tiempo de aplicación es extenso lo que dificulta y retrasa la obtención de los datos, necesarios para un diagnóstico certero y planteamiento de planes terapéuticos acordes a los usuarios. Se ha demostrado que el KENTUCKY APHASIA TEST (KAT) en su versión en español, es una herramienta de fácil aplicación, y varía su complejidad en función de la severidad del trastorno. Esta prueba tiene la ventaja de no sólo evaluar los aspectos puramente lingüísticos, sino también la funcionalidad comunicativa de las personas, ya que, no sólo acepta respuesta de tipo verbal sino, también no verbales, lo cual facilita su aplicación en pacientes afásicos en estados más agudos.

Si bien esta versión ya ha sido aplicada en otras regiones de nuestro país, es importante realizar un análisis en la Región de Los Ríos, para conocer y entregar a quienes desempeñan la labor fonoaudiológica un instrumento, que cumpla con las características necesarias para la evaluación y diagnósticos certeros tanto en pacientes afásicos como en pacientes sin alteraciones del lenguaje.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. COMUNICACIÓN

La comunicación se define según Pérez y Salmerón (2006), como “un acto de transmitir y recibir el mensaje, en una situación concreta denominada contexto, mediante un código común y a través de una vía o canal” (p.112). Al igual que, Rizo (2011), quien explica la comunicación como un sistema de interacciones, que debe darse en un contexto determinado.

En 2011, Faúndez et al. indican que:

La comunicación es un proceso intencionado que posibilita al ser humano expresar sus emociones, sentimientos, ideas y pensamientos y, por ende, insertar a cada persona en un medio psicosocial, lo que permite y facilita su desarrollo global en distintos ámbitos de la vida (p. 8).

Existen dos tipos de comunicación, la primera es la verbal que “se relaciona con la palabra hablada, los signos orales y fonológicos, que indican la tonalidad del uso de la voz como expresamos nuestras inquietudes o necesidades, la manera en que abordamos a los demás” (Masaya, 2017, p.36). El segundo tipo es la comunicación no verbal, que “alude a todos los signos y sistemas de signos no lingüísticos que comunican o se utilizan para comunicar” (Cestero, 2006, p.57).

En 2017, Masaya menciona que:

La comunicación no verbal se anticipa a la oral, toda persona que intenta comunicarnos algo verbalmente, puede solicitar nuestra atención a través de una mirada, un gesto, levantar la mano, etc. O negar, rechazar con una postura corporal, cerrar los ojos o voltear hacia otro lado (p.37).

Ahora bien, un aspecto que cobra importancia para el desarrollo de la comunicación es el lenguaje y así lo explican Celdrán y Zamorano (s.f.):

El código privilegiado de la comunicación humana es el lenguaje, y no queda restringido a la comunicación oral, sino también a la comunicación aumentativa o alternativa. Así, el lenguaje tiene solamente sentido en el marco de la comunicación, tiene su origen y surge de ella, si no nos comunicamos no necesitaríamos disponer de lenguaje (párr. 5-6).

2.2. LENGUAJE

Redondo y Lorente (2004) definen el lenguaje como “un sistema (en forma de símbolos acústicos o gráficos) que nos permiten comunicarnos en nuestra sociedad, a unos con otros, etc., o sea, se convierte en mediador de la conducta” (p.675).

Según Diéguez y Peña (2012) citado por González y Hornauer-Hughes definen el lenguaje como “un instrumento usado por el ser humano para comunicarse y pensar. Está presentado en múltiples áreas del cerebro. Las lesiones cerebrales que afectan estas regiones pueden provocar alteraciones del lenguaje” (2014, p.143).

González y Hornauer-Hughes (2014) mencionan que, el lenguaje se divide en oral y escrito, el primero es aquel que se transmite en forma hablada y tiene dos modalidades, comprensiva y expresiva. El segundo es el que se transmite de manera gráfica y tiene dos modalidades, lectura y escritura, además, explican las variables que influyen en el rendimiento del lingüístico, considerando el sexo, la edad y los años de escolarización de las personas.

En relación a la escolaridad, Adrián, Jorquera y Cuetos en el año 2015, realizaron un estudio, que tenía como objetivo conocer el desempeño de los procesos básicos de comprensión y producción del lenguaje, del cual concluyeron que, la escolarización influye positivamente en los resultados, en relación a las

tareas de comprensión de oraciones, en el 48% y el 44% de los resultados expuestos.

2.2.1. Comprensión

Se define como “La habilidad para reconocer palabras y asociar un significado, o interpretar el significado a través de la relación entre palabras (sintaxis). La comprensión auditiva puede examinarse a nivel de la palabra, oración y discurso” (González y Hornauer-Hughes, 2014 p.150).

Cuetos, González y De Vega (2015), mencionan que cuando el lenguaje es comprendido, sin importar la modalidad de ingreso del estímulo al sistema, éste sufre una serie de transformaciones que terminan en una representación interna del significado. El procesamiento que se realiza en la comprensión consta de distintas operaciones cognitivas. Si el estímulo es auditivo, el esquema cognitivo que se realiza a nivel cerebral es similar al de otras modalidades, como, por ejemplo: lenguaje escrito o lenguaje de signos, cambiando principalmente la etapa de percepción del estímulo. Luego de esto la información viaja por el procesamiento semántico y pragmático a través de distintas etapas, hasta ser representado mentalmente en nuestro cerebro.

2.2.2. Expresión

Según González-Nosti y Cuetos (2012), dicen que para poder expresar el lenguaje debemos transformar mensajes abstractos en formato lingüístico, o sea, buscar los componentes del lenguaje adecuados para poder expresar las ideas. Para poder transmitir un mensaje debemos escoger y ordenar adecuadamente los fonemas según cada palabra, para luego articular de forma exacta lo que pensamos. Si bien, hay muchas hipótesis sobre cómo ocurre la producción oral, se concuerda con la existencia de tres estadios básicos a nivel cognitivo que se realizan para dicha acción. En primer lugar, se encuentra el nivel semántico, en el cual seleccionamos el concepto adecuado, en segundo lugar, por el nivel léxico en

donde se elige la palabra más apropiada a dicho concepto y, en tercer lugar, en el nivel de activación de los fonemas correspondientes a la palabra escogida anteriormente, para finalizar con la producción.

2.2.3. Escritura

Se define como: “actividad compleja donde se representan las palabras o las ideas a través de grafemas u otros signos gráficos trazados en papel o en otra superficie. Es decir, comunicar algo por escrito” (González y Hornauer-Hughes, 2014, p. 150).

2.2.4. Lectura

González-Nosti y Cuetos (2012) mencionan que la lectura “consiste en transformar los signos gráficos que aparecen sobre un papel o pantalla en sonidos (en el caso de la lectura en voz alta) o en significados (en el caso de la lectura silenciosa comprensiva)” (p.137).

En una investigación realizada por Martínez, Quintero y Ruiz en la Universidad Incca de Colombia, en el año 2013, se estudió la relación entre el aprendizaje y el lenguaje. La Población era de 30 estudiantes de la carrera de psicología, a los cuales se les aplicó una prueba para determinar el índice de competencia del lenguaje, que considera los componentes expresivo y comprensivo. Los resultados estaban expresados en percentiles, en donde el resultado óptimo debía estar lo más cercano a 100, para esta población, ya que no presentaban ninguna alteración neurológica.

Los resultados globales fueron, en comprensión un percentil 62.67, siendo este el resultado más bajo de los ítems evaluados, seguido por la lectura con un percentil de 80.56, en tercer lugar, se ubica la expresión oral con un percentil 83, y finalmente, la escritura con un percentil de 86.64 siendo este el puntaje más alto obtenido por los estudiantes.

2.3. TRASTORNO DEL LENGUAJE: AFASIA

González y Hornauer-Hughes en el año 2014 definen afasia como “un trastorno del lenguaje adquirido a consecuencia de un daño cerebral, que por lo general compromete todas sus modalidades: expresión y comprensión del lenguaje oral, escritura y comprensión de lectura” (p.291).

La afasia puede producirse por traumatismos encefalocraneanos, tumores, infecciones, enfermedades neurodegenerativas y su causa más común es el accidente cerebro vascular (González y Hornauer-Hughes, 2014).

Un ACV se describe como “una emergencia médica, que ocurre cuando se interrumpe el suministro de sangre al cerebro o cuando existe un sangrado en el cerebro” (MINSAL, 2017). La interrupción en el flujo sanguíneo impide el paso de nutrientes y oxígeno al cerebro produciendo muerte de las células (Mayo Clinic, 2018).

Existen dos tipos de ACV, isquémico y hemorrágico, el primero es producido por una obstrucción o estrechamiento en el flujo sanguíneo arterial del cerebro, este tipo es el más común. El ACV hemorrágico, si bien es menos frecuente, suele ser más severo y ocurre cuando hay rotura de un vaso sanguíneo en el cerebro (MINSAL, 2017). Según González, Lavados y Olavarría, (2017) esta enfermedad suele dejar variadas secuelas, tanto motoras como cognitivas, que interfieren en la calidad de vida de las personas, una de las más frecuentes es la afasia.

En una investigación realizada en el año 2017 por González et al., se estudió la incidencia de afasia en pacientes post ACV, y se obtuvo que, de 142 usuarios, 28 de estos fueron diagnosticados con afasia. Además, se indica que la tasa total de ACV es de aproximadamente, 7 casos por cada 100.000 habitantes. Otro punto importante, sobre esta investigación es la relación entre el tipo de ACV y la presencia de afasia, respecto a esto se observó que el 60,7% de los usuarios

que presentaron afasia fue por un ACV en la circulación anterior parcial, seguido por un 35,7% con un ACV en la circulación anterior total.

2.3.1. Tipos de afasia

“Para clasificar clínicamente un síndrome afásico se toman en consideración tres dominios del lenguaje: fluencia, comprensión auditiva y repetición” (Berthiera, García y Dávila, 2011, p.5035).

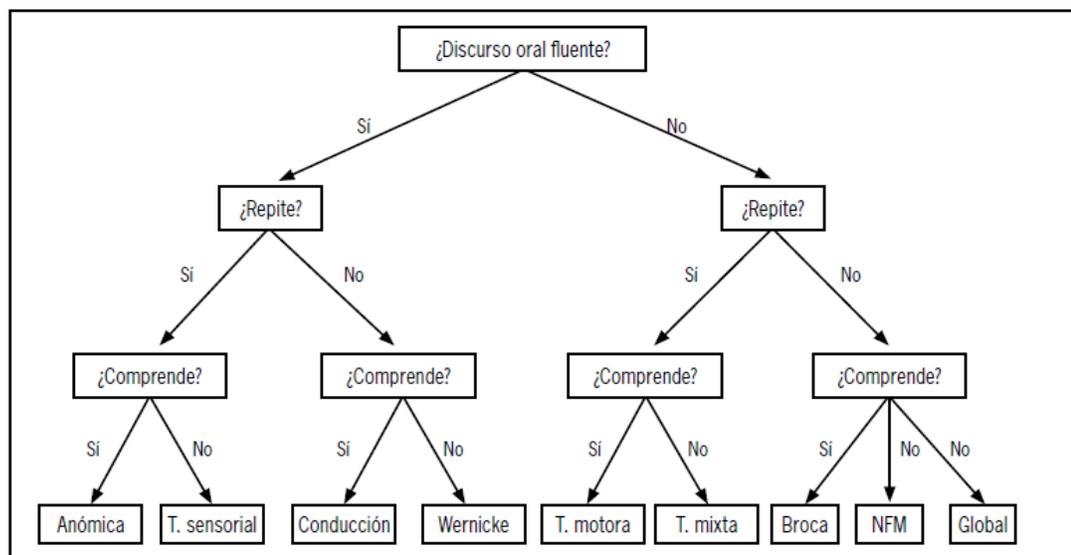


Figura 1. Algoritmo para la clasificación clínica de las afasias.

Cuadro N°1. Clasificación de las Afasias. Fuente: González y Hornauer-Hughes, 2014, p.294.

2.3.1.1. Afasias fluentes

Las afasias fluentes se caracterizan por:

Un discurso productivo, en cuanto a la cantidad de palabras, que en ocasiones puede estar aumentado y llegar a la logorrea. Es frecuente que el discurso sea poco informativo, presentando más palabras funcionales que de contenido. Frecuentemente la articulación es sin esfuerzo y adecuada, así como la longitud del enunciado y la línea melódica. En cuanto a la gramática, se encuentra generalmente

conservada, ya que pueden presentar paragramatismo. Los errores más comunes son: las parafasias fonémicas, semánticas, verbales y neológicas. Estas afecciones se producen por lesiones localizadas detrás de la cisura de Rolando (región t́emporo-parietal) (González y Hornauer-Hughes, 2014, p.293)

2.3.1.1.1. Afasia an3mica

La afasia an3mica se produce por una lesi3n “en la circunvoluci3n angular (AB 39) o en la segunda y tercera circunvoluci3n temporal (AB 21 y 20)” (González y Hornauer-Hughes, 2014, p.296).

Helm-Establooks y Albert en el ańo 2005, seńalan que la afasia an3mica presenta:

Problemas de evocaci3n de palabras en tareas donde es necesaria la recuperaci3n concreta de la palabra de contenido. El promedio de la longitud de la frase se sitúa dentro de los márgenes normales (9 o más palabras). La compresi3n auditiva y repetic3n están relativa o completamente preservadas, y la producci3n verbal muestra uso de t́rminos no-específicos y circunloquios (Helm-Establooks y Albert, 2005, p.64).

2.3.1.1.2. Afasia transcortical sensorial

La afasia transcortical sensorial se produce por una lesi3n “dentro del territorio limítrofe entre las arterias cerebrales media y posterior, en la encrucijada parieto temporal, pero sin afectar al área de Wernicke” (Helm-Establooks y Albert, 2005, p.28).

Helm-Establooks y Albert en el año 2005, señalan que la afasia transcortical sensorial presenta:

Una anomia significativa y una pobre comprensión auditiva, pero se mantiene una buena capacidad para repetir. La producción verbal está fuertemente marcada por la anomia, que puede interrumpir el flujo de las palabras, aunque están presentes los rasgos de la afasia fluida. Un uso frecuente de palabras específicas proporciona un discurso vacío. Son más comunes las parafasias semánticas y perseveraciones (p.62).

En cuanto a la denominación encontramos una dificultad severa para encontrar palabras y dificultades significativas para comprender a nivel de palabra, oraciones y discurso. La lectoescritura se encuentra alterada presentando todo tipo de paralexias y paragrafías, y no son capaces de realizar pareo viso-verbal a nivel de oración y discurso (González y Hornauer-Hughes, 2014).

2.3.1.1.3. Afasia de conducción

La afasia de conducción se produce por “una lesión en la circunvolución supramarginal y en las vías de la sustancia blanca subyacente (fascículo arqueado, fascículo longitudinal superior) que conectan las áreas de Wernicke y Broca.” (Helm-Establooks y Albert, 2005, p.25)

Se caracteriza por “una anomia con una producción verbal fluida (promedio normal en la longitud de la frase); no obstante, el flujo del habla puede verse interrumpido por pausas de evocación léxica o por intentos de autocorrección de los errores” (Helm-Establooks y Albert, 2005, p.63). La repetición siempre está afectada y la denominación presenta dificultad moderada, en donde la mayor dificultad se observa en palabras de baja frecuencia y larga metría. En cuanto a la lectoescritura encontramos una alteración moderada a severa con abundantes

paralexias fonémicas y paragrafias gráficas (González y Hornauer-Hughes, 2014, pp.295-296).

2.3.1.1.4. Afasia de Wernicke

“La afasia de Wernicke se produce por lesiones en el tercio posterior de la circunvolución temporal superior (área de Wernicke), en la distribución de la rama inferior de la arteria cerebral media” (Helm-Establooks y Albert, 2005, p.23).

Se caracteriza por “una notable anomia, y unas pobres comprensión auditiva y repetición. Los aspectos cualitativos del discurso verbal incluyen los siguientes elementos semiológicos: habla prosódica con correcta articulación (...), parafasias fonológicas y semánticas, así como neologismos y perseveraciones” (Helm-Establooks y Albert, 2005, p.62).

González y Hornauer-Hughes, mencionan por su parte que la afasia de Wernicke se caracteriza por logorrea, llegando a decir más de 150 palabras por minuto, dificultad para repetir palabras y oraciones, cometiendo parafasias en el intento, dificultad para encontrar palabras, sin corregir sus errores, como consecuencia de su anosognosia. Su comprensión, al igual que la lectura están severamente alterada a nivel de palabra, oración y discurso. La escritura se encuentra muy afectada, presentando dificultad para copiar palabras (2014).

2.3.1.2. Afasias no fluentes

Las afasias no fluentes se caracterizan principalmente por:

La dificultad para iniciar enunciados. La articulación es laboriosa y en los cuadros más graves, se puede observar producción de sílabas aisladas y estereotipias, llegando en algunos casos al mutismo. La longitud de los enunciados son breves y la prosodia se encuentra alterada. Las deformaciones fonológicas y errores semánticos son infrecuentes. La morfosintaxis está alterada, observándose más

palabras de contenido que funcionales. Además, poseen dificultad para acceder a los verbos con carga semántica. Ésta puede coexistir con disartria y apraxia del habla. Las lesiones que producen estos tipos de afasias se localizan por delante de la cisura de Rolando (González y Hornauer-Hughes, 2014, p.293).

2.3.1.2.1. Afasia transcortical motora

La afasia transcortical motora es una lesión que:

Interrumpe la conexión que existe entre el área motora suplementaria y el área de Broca, pero sin afectar el área de Broca. (...) No obstante, esta lesión puede tener más de una localización: la propia área motora suplementaria, las vías de sustancia blanca por debajo del área motora suplementaria o la zona anterosuperior al área de Broca en el lóbulo frontal izquierdo. (...) Al parecer, la causa más frecuente es un infarto en el territorio limitado por las arterias cerebrales anterior y media” (Helm-Establooks y Albert, 2005, p.26).

Helm-Establooks y Albert en el año 2005, señalan que la afasia transcortical motora presenta:

Una iniciación alterada a la producción verbal, anomia, longitud de frase corta (cero a cinco palabras por espiración), buena comprensión auditiva y, a diferencia de la afasia de Broca, una relativa buena repetición. El habla espontánea, cualitativamente, se caracteriza por breves emisiones que pueden estar formadas por palabras de función y oraciones, cortas pero incompletas, producidas sin esfuerzo articulatorio. El déficit básico es la incapacidad para generar oraciones o cadenas de oraciones completas (Helm-Establooks y Albert, 2005, p.61).

En cuanto a “la lectura oral, pueden leer sin dificultad articulatoria. La comprensión de lectura muestra dificultad para comprender oraciones de diferente complejidad. Y la escritura presenta alteraciones grafomotoras.” (González y Hornauer-Hughes, 2014, p.299)

2.3.1.2.2. Afasia transcortical mixta

La afasia transcortical mixta es “un daño multifocal en los lóbulos frontal y parietal, conservando la región perisilviana” (González y Hornauer-Hughes, 2014, p.299).

Se caracteriza por un discurso oral no informativo, con defecto articulatorio, ecolalias y perseveraciones. La repetición es buena, sin embargo, la denominación, la comprensión oral y la lectoescritura están severamente alteradas (González y Hornauer-Hughes, 2014).

2.3.1.2.3. Afasia de Broca

La afasia de Broca es “una lesión extensa, que afecta a las regiones fronto lateral, prerrolandica, suprasilviana, con una extensión a la sustancia blanca periventricular subcortical adyacente del hemisferio izquierdo” (Helm-Establooks y Albert, 2005, pp.21-22).

Se caracteriza por “una anomia, una longitud de frase corta (cero a cinco palabras por espiración), una comprensión auditiva relativamente preservada, y una repetición bastante pobre. El rasgo cualitativo más importante de la producción verbal es el agramatismo.” (Helm-Establooks y Albert, 2005, p.60)

González y Hornauer-Hughes (2014) también describen características que son propias de la afasia de Broca, mencionando las siguientes:

Dificultad para acceder a los verbos, dificultad articulatoria y prosódica (...) El discurso está moderadamente conservado,

logrando captar la idea general, pero no las específicas (...) La lectura oral en su etapa aguda puede presentar mutismo y dificultad para entender oraciones de mayor complejidad gramatical y en cuanto a la escritura encontraremos enunciados breves, acompañados de parafasias gráficas (p.297).

2.3.1.2.4. Afasia no fluente mixta

Este tipo de afasia “compromete áreas anteriores y posteriores de la cisura de Rolando, abarcando gran parte de la región perisilviana tanto cortical como subcortical” (González y Hornauer-Hughes, 2014, p.298).

Se caracteriza por tener un discurso no informativo, que en muchas ocasiones está reducido a una estereotipia, no es capaz de repetir ningún enunciado, ni nombrar objetos y acciones. En cuanto a la lectoescritura no logran leer, reconocer y escribir palabras. (González y Hornauer-Hughes, 2014)

2.3.1.2.5. Afasia global

La afasia global o total se produce por:

Un infarto en el territorio de las dos ramificaciones de la arteria cerebral media. La destrucción del tejido cerebral afecta a grandes regiones de la zona del lenguaje (áreas frontoparietotemporales del hemisferio izquierdo), extendiéndose desde el área de Broca hasta el área de Wernicke, la circunvolución angular y la sustancia blanca subyacente (Helm-Establooks y Albert, 2005, p.28).

Helm-Establooks y Albert en el año 2005, señalan que la afasia global presenta:

Una profunda anomia, producción verbal inexistente en cualquier condición y una muy pobre comprensión auditiva. A veces, se presentan y producen emisiones estereotipadas en los intentos de

verbalización (...) estas emisiones estereotipadas se articulan de manera correcta sin variaciones prosódicas (p.61).

2.4. EVALUACIONES DEL LENGUAJE

La evaluación del lenguaje es un proceso inicial que ayuda a los terapeutas a tomar decisiones para establecer y adecuar un buen plan terapéutico en base a las necesidades particulares del usuario. Es por esta razón que este proceso requiere la observación clínica y la recolección de datos importantes mediante diversas pruebas estandarizadas (Mendoza y Valverde, 2009).

2.4.1. Test de Boston

Dentro de las evaluaciones del lenguaje, encontramos el Test de Boston, el cual:

Fue creado por los autores Goodglass, Kaplan y Barresi, como un instrumento para el reconocimiento de afasias y trastornos relacionados, siendo más altamente sensible para detectar dificultades en el lenguaje. Este instrumento arroja un perfil resumen, y da cuenta del índice de competencia del lenguaje con los componentes expresivos y comprensivos” (Martínez et al, 2013, p.19).

Ardila (2005, p.255) menciona que, para el diagnóstico de las afasias, el test de Boston permite obtener un perfil general del lenguaje del paciente en diversas áreas:

1. Escala de severidad: se puntúan ocho características en una escala de siete puntos.
2. Comprensión auditiva: discriminación de palabras, identificación de partes del cuerpo, órdenes, material ideativo complejo.

3. Expresión oral: agilidad oral, secuencias automatizadas, recitado y ritmo, repeticiones de palabras, frases y oraciones, lectura de palabras, respuestas de denominación, denominación por confrontación visual, denominación de partes del cuerpo, nombrar animales y lectura de oraciones en voz alta.
4. Comprensión del lenguaje escrito: denominación de letras y palabras, asociación fonética, emparejar dibujo-palabra, lectura de oraciones y párrafos.
5. Escritura: mecánica de la escritura, recuerdo de símbolos escritos, encontrar palabras escritas y formulación escrita.

2.4.2. Batería de las afasias de Western (WAB)

Según Kertez (1979) citado por Roa (s.f.) el test WAB “se diseñó para evaluar los principales aspectos clínicos del lenguaje: contenido, fluidez, comprensión oral, repetición y denominación, así como lectura, escritura y cálculo” (p.2).

2.4.2.1. Subpruebas WAB

Roa (s.f.), describe las subpruebas de la Batería de las afasias de Western (WAB), y qué evalúa cada una de ellas:

1. Habla espontánea: se evalúa a través de preguntas y descripción lámina 1 WAB.
2. Comprensión: se evalúa a través de preguntas sí/no, reconocimiento auditivo y órdenes seriadas.
3. Repetición: se evalúa por medio de palabras, frases y oraciones.
4. Denominación: se evalúa por medio de confrontación visual, fluidez de la palabra (semántica), capacidad de completar frases y capacidad de comprender.

2.5. KENTUCKY APHASIA TEST (KAT)

El Kentucky Aphasia Test entrega una medida objetiva del desempeño del lenguaje en personas con afasia, secundaria a un accidente cerebro vascular. Tiene por objetivo cuantificar los cambios ocurridos en el lenguaje del usuario posterior al cuadro neurológico (Marshall y Harris, 2007).

Marshall y Harris identificaron tres problemáticas principales al momento de evaluar a usuarios afásicos, el primero de ellos es el tiempo de evaluación el cual, debido a la extensión de las pruebas existentes, es muy prolongado. En segundo lugar, el momento de evaluación de los usuarios, ya que en su mayoría se requieren evaluaciones de cabecera, lo cual limita el espacio para la presentación de estímulos. Finalmente, la falta de sensibilidad de los test existentes, especialmente para trastornos muy leves o severos (2007).

2.5.1. Estructura del KAT

La estructura del test está compuesta por una prueba de descripción de imagen, un test de orientación y seis subpruebas de 10 ítems cada una, las cuales evalúan tanto función comprensiva como expresiva. Además, cuenta con tres baterías que aumentan su complejidad de manera progresiva. Tanto la prueba de descripción de imagen como la de orientación son transversales a la batería que se aplique. Este puntaje no se considera en la valoración global de la prueba (Marshall y Harris, 2007).

En la prueba de descripción de imagen se presenta una lámina y se le pide al usuario evaluado que describa lo que ve, de acuerdo a los contenidos que reconozca y mencione, se le entrega un puntaje, el cual determinará la batería que se usará para evaluar (Faúndez et al., 2011).

“Dicha prueba permite obtener información acerca de la articulación del paciente, uso del lenguaje proposicional, producción semántica y sintaxis, es decir,

realizar una caracterización más completa del habla y lenguaje del paciente” (Aedo, Aragonés, Araya, Cortese y Pereira, 2010, p.25).

Para los usuarios que eliciten de 0 a 5 contenidos, se aplica la batería KAT 1, aquellos que logren mencionar de 6 a 10 contenidos, se aplica la batería KAT 2 y, finalmente, si el usuario reconoce 11 contenidos o más, se aplica la batería de mayor complejidad, KAT 3. Un de los puntos relevantes que se deben considera, es el subtest de orientación, que al igual que lo anterior, es transversal a las 3 baterías, ya que nos permite obtener información respecto a la articulación del paciente, uso del lenguaje proposicional, producción semántica al igual que sintaxis, o sea en definitiva, hacer una muestra de habla y lenguaje más clara del paciente. Un punto importante, es también, iniciar un vínculo con el evaluado. (Marshall y Harris, 2007).

Cada una de las baterías del test cuenta con seis subpruebas, siendo tres para evaluación de desempeño lingüístico en comprensión (seguimiento de órdenes, preguntas de sí/no y correspondencia palabra imagen) y tres para desempeño en expresión (denominación de imágenes, definición de palabras y repetición) (Faúndez, et al., 2011).

2.5.1.1 Subprueba de denominación de imágenes

Para Caplan, el modelo de procesos de Luria explica el uso del lenguaje a través de los procesos realizados en las diferentes tareas. Dentro de éste, se establece sobre la tarea de denominación de imágenes que:

En el acto de nombrar objetos, al sujeto no se le da ningún modelo acústico. En su lugar, se obliga a mirar un objeto y a informar sobre su reconocimiento de este objeto por medio de una palabra oral apropiada. La realización de tareas de denominación requiere de una percepción visual y unas habilidades para el reconocimiento adecuadas (1992, p.155).

Además, para continuar el proceso de denominar un objeto se debe acceder al nombre que a éste le corresponde, lo cual también implica inhibir aquellas palabras irrelevantes. Seguido de esto, se procede a ordenar los sonidos y, finalmente, el sistema articulatorio se encarga de enunciarlos (Caplan, 1992).

Como mencionan Aedo et al., en 2010, al momento de evaluar:

La complejidad de la prueba está determinada por la frecuencia de ocurrencia de los estímulos, es decir, qué tan utilizadas son las palabras presentadas a través de las imágenes. Se acepta como correcta cualquier respuesta que sea indicador de que el paciente logra identificar la imagen (p. 26).

En la investigación realizada por Faúndez, et al., la subprueba de denominación es la segunda con mejor rendimiento en la vertiente expresiva (2011).

En relación a las variables que interfieren en el desempeño lingüístico, en un estudio, realizado por Margulis y Ferreres en el año 2011, donde su propósito fue conocer la capacidad de la denominación y comprensión de palabras abstractas y concretas, se obtuvieron como resultados que, existían diferencias significativas en relación a la escolaridad y el rendimiento de la denominación, o sea, las personas que tienen más años de escolarización tienen mejor desempeño en tareas de denominación.

2.5.1.2. Subprueba de definición de palabras

Para comprender el funcionamiento de esta subprueba, primero debemos tener claro el concepto de definición, el cual corresponde a “un enunciado que describe un concepto, permitiendo diferenciarlo de otros conceptos asociados” (López, 2004, p.93).

Para esta prueba, se le solicita al usuario definir una serie de conceptos presentados de manera verbal (Marshall y Harris, 2007).

López (2004), citado por Faúndez, et al (2011, p.16), determina diferentes maneras de definir que son consideradas como correctas al momento de evaluar a un usuario:

- *Definición léxica*, donde se busca informar sobre el significado aceptado del término, el que se encuentra en diccionarios.
- *Definición connotativa*, que busca la identificación de la palabra mediante un sinónimo.
- *Definición persuasiva*, la cual no se considera legítima, ya que es una connotación emocional de la palabra.
- *Definición por intención*, que se remite a las características que diferencian al término de los demás.

Hospers (1976) considera como fundamental otro tipo de definición denominada *ostensiva*, la cual busca definir un concepto sin necesidad de utilizar más palabras que aquella que se va a definir, esto por medio de la utilización de ejemplos que hay en el entorno.

Por su parte Kemerling (2011) hace referencia a la *definición negativa*, la cual busca la descripción de una palabra por medio de los elementos que no la identifican. A pesar de no ser recomendada, se acepta su uso.

La versión chilena del KAT considera todas los tipos de definición mencionados como correctos, sin embargo, en la investigación de Faúndez, et al. (2011) es la subprueba con más bajo rendimiento en las tres baterías.

2.5.1.3. Subprueba de repetición

Antes de realizar la subprueba de repetición, se debe considerar que ésta es definida por Goodglass & Kaplan (1996) citado por Aedo, et al. (2010, p.12)

como “la capacidad para reproducir, a partir de la presentación auditiva, patrones de sonidos del habla, ya sean oraciones, palabras, pseudopalabras, etc.”

Cuetos establece que “la repetición implica procesos tanto de comprensión como de producción ya que para poder decir la palabra primero tenemos que percibirla” (1998, p.36).

Los procesos que Cuetos propone al momento de repetir una palabra son:

Análisis auditivo con el fin de identificar los fonemas. Después, activación de la representación de la palabra en el léxico auditivo y del correspondiente significado en el sistema semántico. A continuación, activación de la forma fonológica en el léxico fonológico. Finalmente, activación de los fonemas que componen esa palabra y articulación de los mismos (1998, p.36).

El KAT evalúa esta capacidad a través de secuencias numéricas, las cuales aumentan su metría en cada batería. En la batería KAT 1 se presentan cifras de 1 a 3 sílabas, mientras que en el KAT 2 cifras de 4 a 6 sílabas, ya en el KAT 3, la batería de mayor complejidad, las cifras llegan hasta las 9 sílabas. El uso de números en vez de frases u oraciones se basa en la reducción del efecto de redundancia de las palabras (Marshall y Harris, 2007).

En la investigación de Marshall y Harris, la subprueba de repetición es la que muestra un mejor rendimiento en todas las baterías, tanto en la vertiente expresiva como en la globalidad del test (2007). Estos datos se replican de igual manera en la versión chilena de la prueba de Faúndez et al., en el año 2011.

En otro estudio realizado por Labos, Del Río y Zabala, en el 2009, que tenía por objetivo analizar los efectos de la edad en la modalidad escrita y oral del lenguaje, se observó en cuanto a la repetición, que hay diferencias significativas

entre edad y escolaridad en adultos entre 41 y 60 años, y en los sujetos de 70 años en adelante se encontraron diferencias significativas en la repetición de frases.

2.5.1.4. Subprueba de seguimiento de órdenes

La modalidad comprensiva permite tanto la detección como la interpretación de la información entregada por el interlocutor, a la cual se le entrega posteriormente un significado para permitir la comunicación (Aedo et al., 2010).

Esta subprueba evalúa el desempeño del usuario en la comprensión del lenguaje, mediante el uso de órdenes verbales que requieren identificar las partes de su cuerpo (Marshall y Harris, 2007).

La prueba de seguimiento de órdenes:

Nos permite evaluar la capacidad del paciente para procesar la información auditiva. Es importante tener en cuenta que muchas veces las afasias se acompañan de apraxia, por lo que, para poder aplicar este ítem, es necesario que la capacidad de llevar a cabo movimientos voluntarios esté preservada (Sabe et al., 2008, p. 459).

El KAT varía la complejidad de esta tarea en sus baterías, en la batería 1 se incluyen órdenes de uno y dos comandos, involucrando sólo identificación de partes del cuerpo. Por su parte, la segunda batería agrega distinciones de izquierda-derecha y, finalmente, el KAT 3 añade a lo anteriormente mencionado discriminación de temporalidad (Marshall y Harris, 2007).

En el estudio de Faúndez et al. Del año 2011, la subprueba de seguimiento de órdenes corresponde a la segunda con mejor rendimiento en la esfera comprensiva.

2.5.1.5. Subprueba de preguntas de SÍ/NO

En esta subprueba se presenta otra manera de evaluar la comprensión auditiva del usuario, Helms-Estabrooks y Albert (2003) determinan algunas consideraciones, al momento de valorar esta tarea:

- Presencia de apraxia, ya que ésta puede interferir en la respuesta y capacidad de indicar “sí o no”. El error no es por una deficiencia de la comprensión auditiva, sino que es secundario a la apraxia.
- En estado agudo, hay usuarios que no son capaces de entregar una respuesta fidedigna, ya sea de manera verbal o gestual, a pesar de comprender la pregunta que se les ha hecho.
- La temática de la pregunta, esto tiene importancia por dos razones, la primera es que normalmente los pacientes responden mejor a preguntas que tienen relación con su vida personal que con el conocimiento del mundo. La segunda, es el conocimiento previo del usuario.
- Las respuestas de sí y no tienen un 50% de probabilidad de ser correctas, debido a esto éstas siempre debe poder presentarse de dos maneras diferentes, pudiendo ser contestadas de forma correcta.

Las preguntas de la batería 1 no contienen oraciones reversibles, información falsa, ni necesidad de inferencia, en el KAT 2 se incluyen preguntas reversibles, que contienen información falsa y, además, requieren de inferencia, mientras que en la última batería se exige la realización de comparaciones para poder responder (Marshall y Harris, 2007).

En la investigación de Aedo et al. (2010) esta subprueba es la de peor rendimiento de la esfera comprensiva, tanto en la batería KAT 1 como en la KAT 2. Este resultado es igual para el estudio de Faúndez et al. (2011).

2.5.1.6. Subprueba de correspondencia palabra imagen

Los procesos involucrados al momento de realizar una tarea de correspondencia palabra imagen requieren del reconocimiento de ésta, además del acceso al sistema semántico (Herbert, 2014).

Para el desarrollo de esta tarea se “requiere que el individuo escuche una palabra y escoja la imagen correspondiente a ésta entre otras cuatro imágenes distractoras. Estas últimas pueden estar relacionadas semántica o visualmente con la imagen objetivo, así como también pueden no estarlo” (Faúndez et al., p.19).

Al igual que en las demás subpruebas, “la complejidad lexical de los estímulos varía según la batería utilizada en relación al grupo de pacientes a los que va dirigido” (Aedo et al., 2010, p.27).

En el KAT 1 se presentan verbos y sustantivos, por su parte, el KAT 2 utiliza verbos abstractos y sustantivos de un mismo campo semántico. Por último, la tercera batería incluye también sustantivos abstractos (Marshall y Harris, 2007).

Los estudios realizados en Chile por Aedo, et al. en 2010 y Faúndez et al. en 2011, muestran un buen rendimiento de los usuarios en esta prueba en las 2 primeras baterías, sin embargo, en el KAT 3 existe un descenso de más de 10 puntos en los resultados. Por otra parte, la investigación de Marshall y Harris (2007) arroja un resultado similar, con la diferencia de que el puntaje no varía de manera tan radical en la tercera batería.

2.5.2. Puntuación del KAT

El puntaje es igual en todas las baterías y en todas las subpruebas, incluyendo el test de orientación. Se entrega un valor de 0 a 5 puntos dependiendo de la respuesta del usuario (Marshall y Harris, 2007):

- **0 puntos:** no hay respuesta.
- **1 punto:** respuesta incorrecta.
- **2 puntos:** respuesta parcialmente correcta o correcta, luego de repetir la instrucción.
- **3 puntos:** respuesta correcta luego de autocorrección.
- **4 puntos:** respuesta correcta luego de una pausa.
- **5 puntos:** respuesta correcta inmediata.

Por lo tanto, cada subprueba tiene un puntaje ideal de 50 puntos, dando un puntaje total de 300 puntos por batería (Marshall y Harris, 2007).

“Debido a que cada ítem se consideró aprobado con una puntuación mínima de 3 puntos el puntaje mínimo esperado es de 30 puntos para cada subtest, y de 180 puntos para cada batería” (Faúndez et al., 2011, p.26). Por lo tanto se considera que el desempeño lingüístico comunicativo global, será bueno, con una puntuación igual o mayor a 540 puntos.

2.5.3. Ventajas del uso del KAT

Debido a su estructura, esta prueba “permite guiar la evaluación de la persona con afasia según su grado de compromiso lingüístico y la focaliza en las habilidades lingüísticas más básicas” (Faúndez et al., 2011, p.19).

Además, Faúndez et al. (2011) describe una serie de ventajas dentro de las cuales destacan:

- Tiempo de aplicación, la extensión del test es significativamente menor a los test utilizados actualmente para la evaluación de la afasia, ya que no toma más de 30 minutos.
- Diferentes baterías según el grado de severidad, aumentando sus sensibilidad para trastornos del lenguaje severos y leves.

- Facilitación de la evaluación del usuario en estado agudo, ya que el evaluador no requiere de materiales que no puedan utilizarse en contextos donde el paciente esté en estado crítico.
- Al evaluar el desempeño lingüístico y comunicativo, entrega una visión más integral del usuario y su trastorno, facilitando la creación de planes de tratamiento.

2.5.4. Aplicación en Chile

El año 2010 se realizó el seminario “Aplicación de la versión en español del KAT (Kentucky Aphasia Test): Estudio para la adaptación en adultos normales chilenos” de Aedo et al., con el objetivo de realizar una traducción y adaptación de esta prueba al contexto chileno.

Para ello, seleccionaron una muestra de estudio compuesta de 118 personas adultas de entre 40 a 65 años, sin daño neurológico, hablantes nativos de español. En los resultados de dicho estudio se confirma la progresión de dificultad entre baterías, dadas las diferencias de puntaje obtenido entre ellas. Además, se determina que la mayoría de los estímulos de las baterías KAT 1 y KAT 2 son apropiados para el contexto lingüístico chileno, no obstante, las respuestas de la batería KAT 3 fueron muy variables, por lo cual se realizó la sugerencia de modificarlos para su posterior inclusión en la versión final del test chileno (Aedo et al., 2010).

Posteriormente, Faúndez et al. (2011) realizaron un estudio con el objetivo de describir el desempeño lingüístico comunicativo en la versión chilena del test, según grupos etarios y nivel de escolaridad, para una posterior comparación en relación a estas variables.

Se estudió una población de 138 adultos de entre 30 y 90 años, sin daño neurológico, con 8 a 18 años de escolaridad. Dentro de los resultados de esta investigación, se observa relación entre el desempeño lingüístico comunicativo y las variables de educación y edad, asimismo, se corrobora el aumento en la

dificultad entre las baterías KAT 2 y KAT 3. Como principal conclusión se obtienen los parámetros de rendimiento esperables en cada batería y subprueba, de manera que los datos pueden ser utilizados para identificar un desempeño normal de uno alterado (Faúndez et al., 2011).

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Definición conceptual y operacional de las variables

Tabla N°1: Definición conceptual y operacional de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Rol de la variable	Valores de la variable	Tipo de variables
Desempeño lingüístico comunicativo	Nivel de rendimiento en tareas de comunicación y lenguaje expresivo y comprensivo.	Kentucky Aphasia Test	Dependiente	[<540 = malo] [>540 = bueno]	Cualitativa
Años de escolaridad	Número de años que aprobaron los individuos en el sistema de educativo regular desde primero básico en adelante.	Consulta directa con el entrevistado	Independiente	[0-30]	Cuantitativa
Desempeño lingüístico comunicativo comprensivo	Nivel de rendimiento en tareas de lenguaje comprensivo.	Subtest comprensivos: Seguimiento de órdenes Preguntas Sí/NO Correspondencia a palabra imagen	Dependiente	[0-150]	Cuantitativa
Desempeño lingüístico comunicativo expresivo	Nivel de rendimiento en tareas de lenguaje expresivo.	Subtests expresivos: Definición de palabras. Repetición. Denominación.	Dependiente	[0-150]	Cuantitativa
Subtest comprensivo con mejor rendimiento en la batería KAT 1	Nivel de rendimiento en tareas de lenguaje comprensivo en la primera batería del KAT.	Subtest comprensivos: seguimiento de órdenes Preguntas Sí/NO Correspondencia a palabra imagen.	Dependiente	Seguimiento de órdenes Preguntas Sí /NO Correspondencia palabra imagen	Cualitativa

Subtest comprensivo con mejor rendimiento en la batería KAT 2	Nivel de rendimiento en tareas de lenguaje comprensivo en la segunda batería del KAT.	Subtest comprensivos: Seguimiento de órdenes Preguntas Sí/NO Correspondencia palabra imagen	Dependiente	Seguimiento de órdenes Preguntas Sí/NO Correspondencia palabra imagen	Cualitativa
Subtest comprensivo con mejor rendimiento en la batería KAT 3	Nivel de rendimiento en tareas de lenguaje comprensivo en la tercera batería del KAT.	subtest comprensivos: Seguimiento de órdenes Preguntas Sí/NO Correspondencia palabra imagen	Dependiente	Seguimiento de órdenes Preguntas Sí/NO Correspondencia palabra imagen	Cualitativa
Subtest expresivo con mejor rendimiento en las baterías KAT 1, KAT 2 y KAT 3	Nivel de rendimiento en tareas de lenguaje expresivo, en todas las baterías del Kentucky Aphasia Test.	Subtest expresivos: Definición de palabras. Repetición. Denominación.	Dependiente	Definición de palabras. Repetición. Denominación.	Cualitativa
Batería con mejor desempeño lingüístico comunicativo	Batería en la que el usuario obtiene un mayor nivel de rendimiento lingüístico comunicativo.	Baterías: KAT 1, KAT 2 y KAT 3.	Dependiente	KAT 1 KAT 2 KAT 3	Cualitativa

Fuente: Elaboración propia (2019)

3.2. Diseño de investigación

La investigación corresponde a un estudio con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Todas y todos los adultos entre 30 y 70 años, sin daño neurológico, residentes en zonas urbanas de la región de los Ríos en el año 2019.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Personas que no sean hablantes nativos del español.
- Personas que presenten alteraciones visuales o auditivas sin corregir.
- Personas con alteraciones psiquiátricas.
- Personas con alteraciones en la fluidez del habla
- Personas que presenten alteraciones o antecedentes de trastornos del lenguaje.
- Personas que obtengan una puntuación menor a 27 puntos en el Mini-Mental State Examination.
- Personas que obtengan una puntuación menor a 9 puntos en la descripción de la lámina.

3.3.3. Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia, ya que la selección de las unidades elementales será por quien recopile los datos.

3.3.4. Tamaño de muestra

La muestra se encuentra conformada por 80 adultos sin daño neurológico entre 30 y 70 años, residentes en zonas urbanas de la región de Los Ríos.

3.4. Plan de recolección de datos

La recopilación de los datos se realizará en condiciones ambientales apropiadas, para el evaluador y el evaluado.

Para comenzar, previo a la aplicación del instrumento a la muestra en estudio, a los participantes, se les hará entrega de un consentimiento informado, en el cual, aceptan participar en la investigación de forma voluntaria. Además, en este documento se garantiza el respeto de los principios éticos de autonomía, no maleficencia y justicia. Luego se realizará, una anamnesis, en la cual se recopilarán los datos personales de los participantes y antecedentes mórbidos de importancia, los cuales nos permitirán establecer si el participante cumple con los criterios de inclusión establecidos previamente en la investigación.

Una vez que se haya aplicado la anamnesis, se procederá con la evaluación cognitiva, a través del Mini Mental State Examination (MMSE), que nos proporcionará una idea del estado cognitivo del participante para finalmente, dar paso a la aplicación del Kentucky Aphasia Test (KAT), comenzando con la sub prueba de orientación, la cual permitirá que el paciente se enfrente a situaciones de la vida cotidiana, donde se le solicitará, por ejemplo, llamar a carabineros, ubicarse en un mapa, buscar fechas en un calendario, entre otras, con la finalidad de obtener una muestra de habla y lenguaje.

Una vez desarrollado lo anterior, se da paso a obtener los datos de cada participante en cada uno de las baterías, y sus respectivas sub-pruebas.

3.4.1. Instrumentos usados y sus características

3.4.1.1. Kentucky Aphasia Test (KAT)

En el año 2010, Aedo et al. realizaron un seminario de investigación, el cual tenía como objetivo adaptar el KAT al contexto lingüístico chileno. En primera instancia el test, fue traducido por la Unidad de Comunicación y Deglución Adultos

de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile. En relación a la validez del instrumento, se realizó a través de juicio de expertos, quienes analizaron cada sub-test para determinar, validez en: las instrucciones dadas por el examinador, cada ítem solicitado, correspondencia entre estímulo y concepto, y validez de complejidad progresiva entre las baterías.

En relación con la confiabilidad del KAT, no existen estudios que entreguen datos al respecto

3.5. Plan de análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizará como medida de tendencia central la media aritmética, y como medida de dispersión la desviación estándar. Al obtener estos datos, se utilizará la prueba Kolmogorow Smirrov (K-S) para conocer si nuestras variables tienen distribución normal.

Si nuestras variables tienen distribución normal se utilizará la prueba t para muestras relacionadas, en caso contrario, de no haber distribución normal se utilizará la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Al momento de analizar la relación de las variables se utilizará el coeficiente r de Pearson.

Los programas a utilizar para el ingreso y análisis de los datos serán Excel y SPSS.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

La prueba KS entregó como resultado que no todas las variables de investigación presentan distribución normal. Por este motivo, se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman para determinar si existe diferencia significativa entre variables, para luego realizar la prueba de Wilcoxon para comparar entre éstas.

Además, se utilizó el coeficiente R de Pearson para determinar si existe o no relación entre variables.

Los resultados obtenidos indicaron que la totalidad de la muestra presentó un desempeño lingüístico comunicativo bueno, debido a que todos los participantes obtuvieron un puntaje global igual o mayor a 540 puntos.

Los resultados del coeficiente de Pearson indicaron que existe una relación significativa de mediana intensidad entre las variables de escolaridad y desempeño lingüístico comunicativo (P – valor= 0,583), lo cual concuerda con la hipótesis b.

Esto quiere decir, que, a mayor escolaridad, mejor es el desempeño lingüístico comunicativo global.

Tabla N°2: Resultados del desempeño lingüístico comunicativo en las vertientes comprensiva y expresiva de las baterías KAT 1, 2 y 3.

	X	S	P – valor
Comprensión	422,1111		0,000
Expresión	402,8730		

Fuente: Elaboración propia. (2019)

Los resultados indicaron que existen diferencias significativas entre las variables de desempeño lingüístico comunicativo comprensivo y expresivo. Por lo tanto, y según la media aritmética, el desempeño comprensivo es significativamente mejor que el expresivo, lo cual es concordante con la hipótesis c.

Tabla N°3: Comparación de las subpruebas de la vertiente comprensiva de las baterías KAT 1, KAT 2 y KAT 3.

	Seguimiento de órdenes	Preguntas Sí/No	Correspondencia palabra imagen	P – valor
KAT 1	48,63	47,74	-	0,008
	48,63	-	49,15	0,061
	-	47,74	49,15	0,000
KAT 2	48,34	47,31	-	0,026
	48,34	-	48,65	0,244
	-	47,31	48,65	0,001
KAT 3	46,76	46,15	-	0,232
	46,76	-	39,33	0,000
	-	46,15	39,33	0,000

Fuente: Elaboración propia. (2019)

Se realizó la comparación entre variables de la vertiente comprensiva para la batería 1. El análisis de datos indicó que las subpruebas de correspondencia palabra imagen y seguimiento de órdenes son significativamente iguales ($P - \text{valor} = 0,61$) y ambas, según sus promedios, presentan mejor desempeño lingüístico comunicativo que la subprueba de preguntas SÍ/NO.

Por lo tanto, las subpruebas comprensivas con mejor desempeño lingüístico comunicativo en el KAT 1 son correspondencia palabra imagen y seguimiento de órdenes.

En la comparación entre las variables de la vertiente comprensiva para la batería 2, al igual que en el KAT 1, el análisis de datos indicó que las subpruebas de seguimiento de órdenes y correspondencia palabra imagen no presentan diferencias significativas ($P - \text{valor} = 0,244$) y, según sus promedios, tienen mejor desempeño lingüístico comunicativo que la subprueba de preguntas SÍ/NO.

Por lo tanto, las subpruebas comprensivas con mejor desempeño lingüístico comunicativo en el KAT 2 son correspondencia palabra imagen y seguimiento de órdenes.

Por último, se realizó la comparación entre las subpruebas de la batería KAT 3. En este caso, se obtuvo que la prueba de seguimiento de órdenes y preguntas SÍ/NO son significativamente iguales ($P - \text{valor} = 0,232$) y presentan un rendimiento superior a la prueba de correspondencia palabra imagen.

Por lo tanto, las subpruebas comprensivas con mejor desempeño lingüístico comunicativo en el KAT 3 son seguimiento de órdenes y preguntas SÍ/NO.

Tabla N°4: Comparación de las subpruebas de la vertiente expresiva de las baterías KAT 1, KAT 2 y KAT 3.

	Repetición	Denominación	Definición	P – valor
Puntajes KAT1+KAT2 +KAT3	148,49	135,92	-	0,000
	148,49	-	118,46	0,000
	-	135,92	118,46	0,000

Fuente: Elaboración propia. (2019)

En la tabla N°4 se presenta la comparación entre las pruebas de vertiente expresiva de todas las baterías, Los resultados indicaron que todas las subpruebas son significativamente diferentes entre sí ($P - \text{valor} = 0,000$). Al comparar los promedios se obtuvo que la subprueba de repetición es la que tiene mejor desempeño lingüístico comunicativo en las baterías KAT 1, KAT 2 y KAT 3, seguida por denominación y, finalmente, definición.

Tabla N°5: Promedio de las baterías KAT 1, KAT 2 y KAT 3.

	Media	P – valor
KAT 1	282,03	0,019
KAT 2	279,25	0,000
KAT 3	263,70	0,000

Fuente: Elaboración propia. (2019)

Los resultados de las tablas N° 5 muestran la comparación entre las variables de desempeño lingüístico comunicativo en las baterías KAT 1, KAT 2 y KAT 3. Se obtuvo como resultado, que la batería con mejor desempeño corresponde a la KAT 1, seguida por la KAT 2 y, finalmente, la KAT 3.

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En los resultados obtenidos en la investigación, se menciona, que el desempeño lingüístico comunicativo global (DLCG), de acuerdo con la puntuación de las tres baterías, y sus respectivas subpruebas es bueno, lo que podría explicarse por la baja complejidad de las dos primeras baterías, ya que ambas cuentan con estímulos y tareas conocidas, en general, de reducida dificultad, situación que mencionan los mismos participantes del estudio. Bajo la misma mirada, se interpreta que el DLC, está directamente relacionado con la variable de escolaridad, valorando entonces que, a más años de escolaridad, mejor es el DLC, como concluyen Adrián, Jorquera y Cuetos en el 2015, considerando que la escolarización influye de manera positiva en los resultados de su estudio, en tareas, tanto comprensivas como de producción del lenguaje.

En cuanto a la vertiente comprensiva y expresiva, se obtuvo que existen diferencias entre ellas, siendo significativamente mejor, la vertiente comprensiva, lo que no se condice con el estudio realizado por Martínez, Quintero y Ruiz (2013), obteniendo en sus resultados globales, que la expresión se encuentra por sobre la comprensión. En relación con el rendimiento de los participantes en las subpruebas comprensivas, los resultados arrojaron que los ítems de correspondencia palabra/imagen y seguimiento órdenes fueron significativamente mejor que el ítem de preguntas si/no en el KAT 1 y el KAT 2, sin embargo, en el KAT 3 los mejores resultados se obtuvieron en las subpruebas de seguimiento de órdenes y preguntas sí/no, lo que se alinea con la investigación realizada por Aedo et al. (2010) y Faúndez et al. (2011).

Con respecto a los valores obtenidos para las subpruebas de la vertiente expresiva, para las tres baterías (KAT 1, KAT 2 y KAT 3) la mejor fue el ítem de repetición, lo que se esperaba por parte de los investigadores, debido a que en los diferentes estudios presentados en el marco teórico, entregan el mismo resultado, como en el caso de la investigación de Marshall y Wright (2007)

indicando que la subprueba de repetición es la mejor, no solo a nivel de la vertiente expresiva sino también en la globalidad del test.

Para finalizar, los resultados globales en las tres baterías fueron significativamente mejor en el KAT 1, seguido del KAT 2 y el KAT 3, no obstante, lo anterior, se produce por la baja dificultad del primer test en sus respectivas subpruebas, situación que los participantes mencionaron al momento de finalizar todas éstas, y concuerda con lo explicado por Faúndez et al. en 2011, respecto a la dificultad creciente de las baterías.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El desempeño lingüístico comunicativo (DLC) de los adultos entre 30 y 70 años de la región de Los Ríos, es bueno y está directamente relacionado con los años de escolaridad de los participantes, reflejando la heterogeneidad nacional actual, donde existe una parte de la población que no tuvo acceso a completar sus estudios básicos y/o secundarios, así como también, los adultos jóvenes que, en su mayoría, han tenido la posibilidad de terminar su enseñanza media y continuar con estudios superiores, ya sea técnicos o universitarios. A través de este estudio, se evidencia la necesidad de crear políticas públicas que vayan en pro de las personas que no tuvieron acceso a escolaridad completa, ya que ésta, una vez más, nos indica lo beneficiosa que es para el desarrollo de las habilidades comunicativo-lingüísticas en el ser humano.

Sin embargo, a pesar de que la totalidad de la muestra obtuvo un DLC bueno, se considera que el resultado podría estar sesgado por el bajo puntaje de corte, ya que de un total (suma de las tres baterías) de 900 puntos, el desempeño se considera bueno sólo con 540. Por lo que se sugiere una modificación en el puntaje de aprobación de cada subprueba. Lo anterior, podría deberse a que se asigna puntaje, pese a que las respuestas estén incorrectas, situación que, en pacientes con un trastorno del lenguaje adquirido, favorece el reconocimiento de las habilidades conservadas de los usuarios.

Por otra parte, respecto a las consideraciones generales de la prueba, es importante mencionar, en primer lugar, que la calidad de los estímulos no es igual en todos estos, lo que trajo dificultades en el reconocimiento de las imágenes pese a que eran familiares para los usuarios. Así como algunos, que no se ajustan a realidad nacional. Bajo la misma mirada, en la subprueba de correspondencia palabra imagen de la batería 3, el grado de dificultad es mayor, ya que el tipo de respuesta que se acepta es más técnico y se enfoca a un área específica, sin considerar la heterogeneidad que se menciona al inicio. Cabe mencionar que esto no ocurre en las otras dos baterías.

Para finalizar, a través de esta investigación se desprende que el Kentucky Aphasia Test (KAT) es una herramienta útil para la pesquisa de trastornos del lenguaje adquirido, así como también, a modo de complemento a la evaluación fonaudiológica en pacientes en estado agudo, junto con establecer lineamientos terapéuticos en base a las necesidades de los usuarios. Si se toman en cuenta las sugerencias mencionadas anteriormente, podría ser una herramienta útil en el diagnóstico de la afasia de los adultos residentes en la región de Los Ríos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrián, J., Jorquera, J., Cuetos, F. (2015). NEUROBEL: breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores. Datos normativos iniciales. *Revista de logopedia, foniatría y audiolología*. 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlfa.2014.12.004>
- Aedo, T., Aragonés, C., Araya, D., Cortese, D. y Pereira, V. (2010). *Aplicación de la versión en español del KAT (Kentucky Aphasia Test): Estudio para la adaptación en adultos normales chilenos*. (Tesis para optar al grado de Licenciado en Fonoaudiología). Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/114242/KAT.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez, L., Bermúdez, A. (s.f.). *Afasis*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/afasias_1.pdf
- Ardila, A. (2005). *Las afasias*. Jalisco, México: Universidad de Guadalajara. Recuperado de: <https://elrincondeaprenderblog.files.wordpress.com/2016/01/libro-las-afasias-alfredo-ardila.pdf>
- Berthiera, M., García, N. y Dávila, G. (2011). Afasia y trastornos del habla. *Rev. Medicine*. 10 (74). Málaga, España. Recuperado de: https://www.academia.edu/28172644/Afasias_y_trastornos_del_habla

Caplan, D. (1992). *Introducción a la neurolingüística y al estudio de los trastornos del lenguaje*. Madrid: Visor Distribuciones.

Celdrán, M., Zamorano, F. (s.f.). *Trastornos de la comunicación y el lenguaje*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/68981420/Trastornos-de-la-comunicacion-y-el-lenguaje>

Cestero, A. (2006). *La comunicación no verbal y el estudio de su incidencia en fenómenos discursivos como la ironía*. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6074/1/ELUA_20_03.pdf

Cuetos, F. (1998). *Evaluación y rehabilitación de las afasias aproximación cognitiva*. Madrid: Panamericana.

Cuetos, F., González, J., y De Vega, M. (2015). *Psicología del lenguaje*. Madrid: panamericana.

Faúndez, J.P., Gutiérrez, T., Spencer, T., Urrutia, F. y Ward, M.I. (2011). *Desempeño Lingüístico Comunicativo en sujetos sin daño neurológico en la versión chilena del Test de Afasia de Kentucky: un estudio normativo*. Santiago, Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115201/KATe%20FINAL%20SIMO%20FINAL%20FOREVER%20FREE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- González, F., Lavados, P., y Olavarría, V. (2017). Incidencia poblacional, características epidemiológicas y desenlace funcional de pacientes con ataque cerebrovascular isquémico y afasia. *Rev Med Chile*, 145, 194-200. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n2/art07.pdf>
- González-Nosti, M., y Cuetos, F. (2012). Comprensión oral. En F. Cuetos, *Neurociencia del lenguaje* (pp. 15-29). Madrid: Médica panamericana.
- González, R., y Hornauer-Hughes, A. (2014). Cerebro y Lenguaje. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 25. 143-153. Recuperado de: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Cerebro_%20y_lenguaje.pdf
- González, V., y Hornauer-Hughes, A. (2014). Las afasias. *Revista Hospital Clínica Universidad De Chile*, 25, 291-308. Santiago, Chile. Recuperado de: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/afasia2_una_perspectiva-clinica.pdf
- Helms-Estabrooks, N. y Albert, M. (2005). *Manual de la Afasia y Terapia de la Afasia*. (2a ed.). Barcelona: Panamericana.
- Herbert, R. (2014). *Therapy for word finding in aphasia: Effects on picture naming and conversation*. (Tesis de Doctorado). University College London. Londres, Inglaterra. Recuperado de: <http://discovery.ucl.ac.uk/1446711/1/U602636.pdf>

Hospers, J. (1976). *Introducción al análisis filosófico*. Madrid: Alianza Editorial.

Kemerling, G. (2011). *Definition and Meaning*. Recuperado de <http://www.philosophypages.com/lg/e05.htm>

Labos, E., Del Río, M. y Zabala, K. (2009). Perfil de desempeño lingüístico en el adulto mayor. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 13, 1-13. Recuperado de: https://www.academia.edu/7564486/Perfil_de_desempeño_lingüístico_en_el_adulto_mayor

López, M. (2004). Diferenças conceituais sobre termos e definições e implicações na organização da linguagem documentária. *Ci. Inf.* 32 (2). 91-96. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/250987940_Diferencas_conceituais_sobre_termos_e_definicoes_e_implicacoes_na_organizacao_da_linguagem_documentaria

Masaya, L. (2017). *Comunicación verbal y no verbal un enfoque neuronal*. (Tesis para optar al grado de Licenciado en Ciencias de la Comunicación,. Universidad de San Carlos de Guatemala, Ciudad de Guatemala, Guatemala). Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/16/16_1553.pdf

Margulis, L. y Ferreres, A. (2011). Evaluación de la denominación y comprensión de palabras abstractas y concretas. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-052/173.pdf>

Marshall, R. y Harris. H. (2007). Developing a Clinician-Friendly Aphasia Test. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 16 (4). 295-315. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/5875801_Developing_a_Clinician-Friendly_Aphasia_Test

Martínez, A., Quintero, G. y Ruiz, Y. (2013). La importancia del lenguaje en los procesos de aprendizaje. *Revista vanguardia psicológica*. 4 (1). 17-30. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815159.pdf>

Mayo Clinic. (2018). Accidente cerebrovascular. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113>

Mendoza, K y Valverde, H. (2009). Evaluación del lenguaje. Universidad estatal a distancia. Recuperado de: <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/392/1/GE2055%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20lenguaje%20-%202009%20-%20Educaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica AUGE Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más*. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>

Ministerio de salud. (2017). *Ataque Cerebrovascular*. Recuperado de https://www.minsal.cl/ataque_cerebral/

Pérez, P., Salmerón, T. (2006). Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: Indicadores de preocupación. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 8(32), 111-125. Recuperado de <http://archivos.pap.es/files/1116-612-pdf/637.pdf>

Redondo, A., Lorente, J. (2004). Trastornos del lenguaje. *Pediatría Integral*. 8(8), 675-691. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/26736763/Trastornos-Del-Lenguaje>

Rizo, M. (2011). Reseña de "Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick. *Razón y palabra*, 1(75), 1-14. Recuperado de: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/monotematico_75/29_Rizo_M75.pdf

Roa, P. (s.f). *Western Aphasia Battery (WAB)*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/211881782/WAB-1>

Sabe, L., Courtis, M., Saavedra, M., Prodan, V., De Luján-Calcano, M. y Melián, S.(2008).Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: 'bedside de lenguaje'. Utilización en un centro de rehabilitación. *Rev Neurol.* 48 (8), 454-460. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/357437736/Desarrollo-y-validacion-de-una-bateria-corta-de-ev-afasia-bedside-de-lgje-pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación

”Desempeño lingüístico comunicativo en adultos entre 30 y 70 años, sin daño neurológico, residentes de sectores urbanos de la región de Los Ríos.”

Investigadores responsables

Bárbara González, Geraldine Hidalgo, Javiera Martínez e Iván Nahuelpán.
Estudiantes de IV año de la Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Sebastián.

Flga. Joselyn Butto

Profesora guía, Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Sebastián.

Propósito

Determinar el desempeño lingüístico comunicativo de los adultos entre 30 y 70 años, residentes de sectores urbanos de la región de Los Ríos y su relación con las variables socio-geográficas.

Participantes

Esta investigación está dirigida a todos los adultos entre 30 y 70 años, residentes de sectores urbanos de la Región de los Ríos en el año 2019 y que no presenten los criterios de exclusión de nuestro estudio.

A continuación, se le entregará información detallada cuyo fin es orientar a tomar la decisión de participar o no en esta investigación. Tome el tiempo que considere necesario para decidirse, lea cuidadosamente este documento y haga las preguntas que desee a los investigadores.

Su participación es completamente libre y voluntaria, por lo que tiene derecho a no participar de esta investigación o a suspender y dejarla inconclusa sin sufrir consecuencias por esto.

Riesgos

Los procedimientos realizados en este proyecto de investigación son seguros, no invasivos y confidenciales, por lo que su participación no le causará a usted ni a un tercero ningún daño de carácter psicológico, físico y/o social.

Beneficios

Por medio de esta investigación usted podrá tener información respecto a su desempeño lingüístico comunicativo y podrá colaborar con la clínica y estudio de la fonoaudiología.

Confidencialidad de la información

Toda la información que obtengamos se mantendrá confidencial y solo los investigadores tendrán acceso a ella.

Procedimiento

1. Usted fue contactado por uno de los investigadores de este estudio, antes de todo vamos a solicitarse algunos datos personales tales como nombre, dirección y teléfono, esto debido a que requerimos de su autorización para realizar esta evaluación en su domicilio. Si nos autoriza, debe contactarnos por teléfono o correo para coordinar la fecha de evaluación, la cual no debe ser más allá de 10 días después del primer contacto.
2. Para comenzar el estudio, realizaremos una anamnesis que consiste en una entrevista que nos ayudará a obtener información sobre sus datos personales, actual estado de salud y antecedentes que pueden ser relevantes para nuestra investigación.

3. Luego, se aplicará una prueba que medirá habilidades como orientación (debe contestar preguntas como en qué fecha estamos, en qué lugar estamos), memoria (deberá repetir series de números o palabras), atención (se le pedirá restar de 5 en 5 o deletrear una palabra al revés), y lenguaje (debe realizar actividades como denominar imágenes, repetir palabras, seguir ordenes, leer, escribir y copia de una figura).

4. A continuación, aplicaremos una prueba de orientación cuya finalidad es ejemplarizar el funcionamiento de las pruebas de lo componen y evaluar qué tan funcional es su comunicación (se le pedirá simular una llamada telefónica, escribir, ubicarse en un mapa, realizar una suma, buscar una fecha en un calendario, decir la hora en un reloj, entre otras actividades), de manera que al momento de comenzar usted conozca el funcionamiento de la evaluación.

5. Después comenzaremos con la evaluación de lenguaje (KAT) que consiste en 3 niveles, que van de más fácil a más difícil. En cada nivel se le pedirá realizar diferentes actividades como: definir una palabra a partir de su conocimiento, repetir palabras, denominar imágenes (decir que se muestra en una foto), seguir órdenes (por ejemplo: toque su nariz, cierre los ojos, etc.), tareas de correspondencia palabra imagen (en una lámina habrá 5 imágenes diferentes, se le pedirá que apunte una de ellas) y responder preguntas cerradas (se responde sólo si/no).

6. Para concluir, revisaremos junto a usted los resultados de su evaluación y entregaremos sugerencias si es necesario.

Contacto

Si desea investigar o le surgen más dudas sobre este proyecto de investigación, puede contactarse directamente a los siguientes correos electrónicos.

Geraldine Hidalgo	geraldineisamar19@gmail.com
Bárbara González	barbara.goncan@gmail.com
Javiera Martínez	martinezjavi1996@gmail.com
Iván Nahuelpan	inahuelpan14@gmail.com

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar del proyecto de investigación “Desempeño lingüístico comunicativo en adultos entre 30 y 70 años, sin daño neurológico, residentes de sectores urbanos de la región de Los Ríos”. He leído, entendido y preguntado mis dudas acerca del proyecto y mi participación en la investigación.

Me han informado sobre los objetivos, riesgos, beneficios de la obtención de los resultados y entiendo que mi participación y datos serán anónimos y sólo se utilizarán con fines científicos. Acepto voluntariamente participar de esta investigación, entendiendo los derechos que me han presentado anteriormente y los deberes que de mí se requieren.

Acepto participar

No acepto participar

Nombre del participante

Firma

Fecha

Nombre de un testigo

Firma

Fecha

Nombre del investigador

Firma

Fecha

ANEXO 2



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE FONOAUDIOLÓGÍA
SEDE VALDIVIA**

Anamnesis de recolección de datos de los sujetos en estudio

I. Información personal

Nombre:			
Fecha de nacimiento:		Edad:	
Nacionalidad:		Género:	
Escolaridad (años):			
Lateridad:	D	Z	
Lengua materna:			
Ocupación:			
Lugar en que vive actualmente:		Tiempo de residencia (años):	
Teléfono de contacto:			

II. Antecedentes médicos

Alteraciones visuales (corregida)	NO	SI
Alteraciones auditivas (corregida)	NO	SI
Alteraciones neurológicas	NO	SI
Alteraciones psiquiátricas	NO	SI
Alteraciones o antecedentes de trastornos del aprendizaje	NO	SI
Alteraciones o antecedentes de trastornos del lenguaje	NO	SI
Otras:		

III. Puntajes

Mini Mental State Examination (MMSE):
Kentucky Aphasia Test (KAT):
- Total:
- KAT 1:
- KAT 2:
- KAT 3:

RESPUESTA: LÁMINA DE DESCRIPCIÓN

Usuario: _____

Criterios	Si	No
1. Hombre cambiando la ampolleta		
2. Ampolleta cayendo		
3. Mujer leyendo		
4. Perro jugando con la pelota		
5. Televisor prendido		
6. Cuadro con retrato		
7. Cuadro con florero		
8. Lampara		
9. Hombre cayendo de la silla		

ANEXO 3

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Test de Folstein

Paciente: _____ Edad: _____

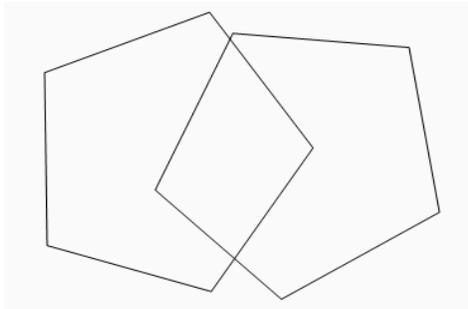
Examinador: _____ Fecha: _____

Grado de instrucción: _____

Dar un punto por cada respuesta correcta:

¿En qué año estamos?	Orientación temporal (máx. 5 puntos)	
¿En qué estación?		
¿En qué fecha?		
¿En qué mes?		
¿Qué día de la semana es hoy?		
Total		/5
¿Dónde estamos ahora? (nombre del lugar)	Orientación espacial (máx. 3 puntos)	
¿En qué piso estamos?		
¿En qué ciudad?		
¿En qué región?		
¿En qué país?		
Total		/5
Nombre 3 objetos en un segundo cada uno. Después pedir al paciente que repita los tres nombres. Dar un punto por cada respuesta correcta. Repetir los nombres hasta que el paciente los aprenda, hasta un máximo de 6 veces. Solicitar al paciente que recuerde éstas palabras: Cigarro-Flor-Puerta	Memoria inmediato (máx. 3 puntos)	
Total		/3
Pedir al paciente que reste de manera regresiva a partir de 100, de siete en siete, es decir 93, 86, 79, 72, 65. Dejar de contar después de 5 intentos; dar un punto por cada respuesta correcta. Como alternativa se puede pedir al paciente que deletree MUNDO al revés. 100-7= 93 -7= 86 -7= 79 - 7= 72 - 7= 65 ____ - ____ = ____ - ____ = ____ - ____ MUNDO = ODNUM	Atención y calculo (máx. 5 puntos)	
Total		/5
Preguntar los nombres de los tres objetos mencionados en el inciso 3. Dar un punto por cada respuesta correcta. Cigarro ____ - Flor ____ - Puerta ____	Memoria diferida (máx. 3 puntos)	
Total		/3

DENOMINACIÓN: Mostrar al paciente un lápiz y un reloj y solicitarle que nombre cada uno conforme se le muestre (1 punto cada una) (2 puntos)	Lenguaje (máx. 9 puntos)	
REPETICIÓN: Pida al paciente que repita “ <i>Tres perros en un trigal</i> ” (1 punto)		
ORDENES: Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en tres etapas: toma un papel con su mano derecha (1 pto.), dóblelo por la mitad (1 pto.) y póngalo en el suelo (1 pto) (3 puntos en total)		
LECTURA: Pida al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente orden escrita ““ CIERRE LOS OJOS ” (1 punto)		
ESCRITURA: Pida al paciente que escriba una oración de su elección. La oración debe contener un sujeto, un verbo y un complemento y debe tener sentido. Ignorar errores ortográficos. (1 punto)		
COPIA: Pida al paciente que copie la figura mostrada. Dar un punto si se parecen en todos los lados y ángulos y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero (1 punto)		
Total		/9
Puntuaciones de referencia: 27 o más: Normal 24-20: deterioro leve 19-16: deterioro moderado 15 o menos: deterioro severo.	Puntuación total (máx. 30 puntos)	



CIERRE LOS OJOS

ANEXO 4

ANEXO 1: MMSE MODIFICADO

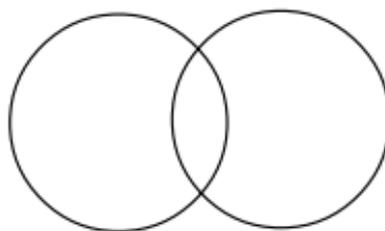
MMSE m

Fecha: __/__/__

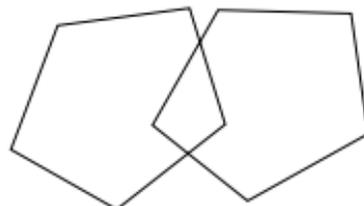
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver como está su memoria y concentración.

Item	si	no	n/s	respuesta
1 Que día de la semana es hoy				
2 Cual es la fecha de hoy				
3 En que mes estamos				
4 En que estación del año estamos				
Sea flexible cuando hay cambio de estación, p.ej. marzo= verano/otoño /junio= otoño/invierno; septiembre= invierno/primavera; diciembre= primavera/verano).				
5 En que año estamos				
6 Que dirección es esta (calle, número)				
7 En que país estamos				
8 En que ciudad estamos				
9 Cuales son las 2 calles principales cerca de aquí				
10 En que piso estamos				
Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.				
11 árbol				
12 mesa				
13 avión				
1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas. NUMERO RESPUESTAS CORRECTAS () Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (0 si todos son correctos en el primer intento). NUMERO DE REPETICIONES ()				
¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cuente 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).				
Item	si	no	n/s	respuesta
14a. 93				
15a. 86				
16a. 79				
17a. 72				
18a. 65				
«Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9 (dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; de un punto por cada dígito correcto).				
14b. 9				
15b. 7				
16b. 5				
17b. 3				
18b. 1				

Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?				
Item	si	no	n/s	respuesta
19. árbol				
20. mesa				
21. avión				
Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)				
22. ¿Qué es esto?				
Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)				
23. ¿Cómo se llama esto?				
24. «Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mi: «tres perros en un trigal». (permítame un solo intento).				
Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)				
25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito»				
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos». (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».				
26. «Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente				
27. «Escriba una oración completa en este papel para mí» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				
«Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).				
Item	si	no	n/s	respuesta
28a. pentágonos				
28b. círculos				



Incorrecto 0
Correcto 1



Incorrecto 0
Correcto 1

PUNTAJE TOTAL MMSE / _ / _ / _

ANEXO 5

KENTUCKY APHASIA TEST (KAT)

KENTUCKY APHASIA TEST (versión en español)

SUBTEST DE ORIENTACIÓN

Instrucciones al examinador: Este debe ser el primer subtest administrado en la batería KAT. Este subtest es el mismo para todos los niveles. Acepte como correcta toda respuesta que indique claramente que el paciente comprende el concepto.

Instrucciones para el paciente: Después de presentarse al paciente, diga: “Voy a preguntarle sobre algunas cosas que usted hace todos los días. Sólo hágalo lo mejor que pueda”. Puntaje: 0= no responde; 1= intenta, pero falla; 2= parcialmente correcta o correcta tras repetir la instrucción; 3= correcta con auto corrección; 4= correcta luego de una pausa; 5= correcta y rápida.

Ítem Número	Material Necesario	Consigna del Examinador	Puntaje
1. Discar 133	Teléfono	Usted tiene una emergencia y necesita llamar a carabineros. ¿Qué hace usted?	
2. Firma	Hoja de papel en blanco con un cuadrado para escribir el nombre	Por favor escriba su nombre completo en este cuadro. (Use la página de atrás del cuadernillo del test para registrar la respuesta)	
3. Ubicación en un mapa	*Mapa de Chile con un punto negro en el centro	Suponga que usted está aquí. Muéstreme donde está el Sur.	
4. Cálculo	Leche: 350 Huevos: 180	Aquí hay dos cosas del supermercado. Sume el total de su compra. (Use la página de atrás del cuadernillo del test para registrar la respuesta)	
5. Número de teléfono	Hoja de papel en blanco con espacios para escribir el número de teléfono	Escriba su número de teléfono aquí. (Use la página de atrás del cuadernillo del test para registrar la respuesta)	
6. Calendario	*Calendario de 8 meses	Aquí hay un calendario. Encuentre el 17 de mayo.	
7. Decir la hora	*Imagen de cuatro relojes	¿Cuál dice 2:10 PM?	
8. Dar vuelto	Dele al paciente 3 monedas de 10 pesos, 3 de 50 pesos y 9 de 10 pesos	Muéstrele al paciente 500 pesos. “¿Me puede sencillar esta moneda?”	
9. Buscar un número telefónico	*Muestre la lista de nombre	Muéstreme el número de teléfono de la familia Hernández en la calle Seminario	
10. Medicación	*Dibujo de un frasco de pastillas	¿Cuántas, pastillas debería tomar cada día?	
COMENTARIOS:		PUNTAJE TOTAL:	

* Artículos encontrados en el libro de dibujos

Instrucciones al examinador: Acepte como correcta cualquier respuesta que sea suficientemente comprensible para indicar que el paciente puede identificar la imagen. No penalice por errores menores de expresión, conducta que demuestre dificultad y tergiversación.

Instrucciones para el paciente: "Dígame el nombre de cada imagen que le muestro", el examinador debe apuntar con su dedo enfatizando la dirección de la flecha. Puntaje: 0=no responde; 1=intenta, pero falla; 2= parcialmente correcta o correcta tras repetir la instrucción; 3=correcta con auto corrección; 4= correcta luego de una pausa; 5= correcta y rápida.

Ítem Número	KAT 1	KAT 2	KAT 3	Puntaje		
				L1	L2	L3
1.	Pelota	Oso	Gaita			
2.	Auto	Caja	Granja			
3.	Caballo	Escritorio	Canasta			
4.	Cuadrado	Sombrero	Ternero			
5.	Ojo	Hombro	Silla (de montar)			
6.	Puente	Rueda	Carpa			
7.	Llave	Pie	Huevo			
8.	Flor	Volcán	Repisa			
9.	Radio	Círculo	Rodilla			
10.	Cama	Bolsa	Cerradura			
COMENTARIOS:			PUNTAJE TOTAL:			

Instrucciones al examinador: Haga los ajustes apropiados en la distinción derecha / izquierda si el paciente tiene alguna debilidad unilateral que pudiese interferir con la realización de la orden.

Instrucciones para el paciente: “Le pediré que haga algunas cosas. Espere hasta que yo termine, y luego haga exactamente lo que le pida hacer”. Puntaje: 0 = no responde; 1 = intenta, pero falla; 2 = parcialmente correcta o correcta tras repetir la instrucción; 3 = correcta con autocorrección; 4 = correcta luego de una pausa; 5 = correcta y rápida.

Ítem Número	KAT 1	KAT 2	KAT 3	Puntaje		
				L1	L2	L3
Práctica	Cierre el puño	Cierre el puño izquierdo	Toque su oído izquierdo con su mano derecha			
1.	Toque su rodilla y su codo	Cierre su ojo derecho	Después de tocarse rodilla derecha, levante su mano			
2.	Cierre sus ojos	Ponga su mano sobre su rodilla	Cubra su ojo izquierdo con su mano derecha			
3.	Levante dos dedos	Levante su mano izquierda	Antes de levantar su mano derecha señale la nariz			
4.	Indique su ceja	Toque su nariz con su pulgar izquierdo	Toque su codo izquierdo con su mano derecha			
5.	Saque la lengua	Mueva su lengua al lado derecho de su boca	Mueva su lengua de un lado a otro después de cerrar sus ojos			
6.	Indique su pie y su nariz	Aplauda tres veces	Apunte su pie izquierdo con su mano derecha			
7.	Muéstreme un dedo	Levante su dedo índice derecho	Levante su dedo índice izquierdo después de levantar su mano			
8.	Toque su hombro y su muñeca	Ponga su dedo en su oreja	Toque su hombro derecho con su mano izquierda			
9.	Muéstreme su oreja	Toque su hombro con su mano derecha	Junte sus manos después de cerrar sus ojos			
10.	Toque su pulgar y su hombro	Abra bien su boca	Toque su ceja derecha con su mano izquierda			

COMENTARIOS:	PUNTAJE TOTAL:			
KENTUCKY APHASIA TEST (versión en español)				
SUBTEST DE CORRESPONDENCIA PALABRA/IMAGEN				

Instrucciones al examinador: De vuelta las tarjetas de estímulos una a la vez. Para el ítem de práctica instruya al paciente con la señal “apunte”. Por ejemplo “apunte el tenedor”. No use la palabra “apunte” cuando esté dando el subtest, pero debe usar la palabra “apunte” si el paciente requiere una repetición.

Instrucciones para el paciente: “Le voy a pedir que apunte a una de las cinco imágenes mostradas en estas tarjetas. Espere hasta que yo termine antes de apuntar la imagen. Practiquemos primero”. Puntaje: 0= no responde; 1 = intenta, pero falla; 2 = parcialmente correcta o correcta tras repetir la instrucción; 3 = correcta con auto corrección; 4 = correcta luego de una pausa; 5 = correcta y rápida.

Ítem Número	KAT 1	KAT 2	KAT 3	Puntaje		
				L1	L2	L3
Práctica	libro, casa, martillo, tenedor , flor	libro, casa, martillo, tenedor , flor	libro, casa, martillo, tenedor , flor			
1.	pelota, auto , perro, mesa, árbol	manzana, naranja, plátano , pera, uvas	divergente, convergente, paralelo, intersecta , torcido			
2.	lanzar, conducir, correr , comer, picar	montar, espiar, derretir, abrir, actuar	rombo, esfera , óvalo, rectangular, cónico			
3.	pelota, auto, perro, mesa , árbol	manzana, naranja, plátano, pera , uvas	divergente, convergente , paralelo, intersecta , torcido			
4.	lanzar, conducir, correr , comer, picar	montar , espiar, derretir, abrir, actuar	rombo, esfera, óvalo , rectangular, cónico			
5.	pelota, auto, perro, mesa, árbol	manzana, naranja, plátano, pera, uvas	divergente, convergente, paralelo , intersecta , torcido			
6.	lanzar , conducir, correr , comer, picar	montar, espiar, derretir, abrir , actuar	rombo, esfera, óvalo, rectangular , cónico			
7.	pelota, auto, perro , mesa, árbol	manzana, naranja , plátano, pera, uvas	divergente, convergente, paralelo, intersecta , torcido			
8.	lanzar, conducir, correr , comer , picar	montar, espiar , derretir, abrir, actuar	rombo , esfera, óvalo, rectangular, cónico			
9.	pelota , auto, perro , mesa, árbol	manzana , naranja , plátano, pera, uvas	divergente , convergente, paralelo, intersecta , torcido			
10.	lanzar, conducir , correr , comer , picar	montar, espiar , derretir , abrir, actuar	rombo, esfera, óvalo, rectangular, cónico			

Instrucciones al examinador: Asegúrese que el paciente al que se le administrará el KAT-1 comprenda que pueda usar otras modalidades (por ejemplo: gestos, apuntar, dibujar) para expresar el significado de la palabra. Presente cada palabra a definir con instrucciones como por ejemplo: "Dígame que significa 'taza'".

Instrucciones para el paciente: *"Le voy a pedir algunas definiciones, por ejemplo, si le pregunto la definición de 'dinero', usted podría decir 'es algo para gastar' o incluso podría mostrármelo así [aquí haga un gesto de dinero: solo para KAT-1]. Usted puede hacerlo de cualquier forma que le acomode. Haremos una para practicar, ¿Qué significa 'pelea'?"* Puntaje: 0 = no responde; 1 = intenta, pero falla; 2 = parcialmente correcta o correcta tras repetir la instrucción; 3 = correcta con auto corrección; 4 = correcta luego de una pausa; 5 = correcta y rápida.

Ítem Número	KAT 1	KAT 2	KAT 3	Respuesta del paciente	Puntaje
Práctica	Pelea	Pelea	Pelea		
1.	Taza	Rosa	Salmón		
2.	Calurosos	Taxi	Cómico		
3.	Inmensidad	Pareja	Conectar		
4.	Dormir	Viaje	Completar		
5.	Lanzar	Ladrón	Mendigo		
6.	Ir	Esculpir	Compañero		
7.	Bebé	Preparar	Monumento		
8.	Largo	Rescatar	Comparar		
9.	Sonrisa	Antiguo	Confidencia		
10.	Empujar	Falso	Acelerar		

COMENTARIOS:	PUNTAJE TOTAL:	
--------------	----------------	--

Instrucciones al examinador: Presente el ítem de práctica antes de comenzar el Subtest de repetición.

Instrucciones para el paciente: "Le voy a decir algunos números. Quiero que los repita tal como se los dije. Hagamos uno para practicar". Puntaje: 0 = no responde; 1 = intenta, pero falla; 2 = parcialmente correcta o correcta tras repetirla instrucción; 3 = correcta con auto corrección; 4 = correcta luego de una pausa; 5 = correcta y rápida.

Ítem Número	KAT 1	KAT 2	KAT 3	Puntaje		
				L1	L2	L3
Práctica	Cuatro	Treinta y siete	Tres mil ciento dos			
1.	Siete	Trescientos nueve	Cuatrocientos setenta nueve			
2.	Cuarenta y tres	Nueve millones trece	Sesenta mil ciento cuatro			
3.	Once	Doscientos treinta y seis	Setecientos sesenta tres mil			
4.	Treinta	Ochenta y dos millones	Veintinueve mil diecinueve			
5.	Ocho	Setenta y siete	Doscientos once mil			
6.	Cincuenta	Cuatrocientos noventa cinco	Ciento setenta y tres			
7.	Tres	Diez mil catorce	Once mil Veintitrés			
8.	Ochenta	Trescientos uno	Dos millones novecientos cincuenta tres			
9.	Noventa y dos	Seis mil veintiocho	Cuatro mil setecientos cuarenta y uno			
10.	Ochenta y seis	Mil setenta y dos	Mil setecientos trec			
COMENTARIOS:			PUNTAJE TOTAL:			

Instrucciones al examinador: Asegúrese de la forma en que el paciente da las respuestas sí/no.

Instrucciones para el paciente: "Le haré algunas preguntas. Responda cada pregunta 'sí' o 'no'. Puntaje: 0 = no responde; 1 = intenta, pero falla; 2 = parcialmente correcta o correcta tras repetir la instrucción; 3 = correcta con auto corrección; 4 = correcta luego de una pausa; 5 = correcta y rápida.

Ítem Número	KAT 1	KAT 2	KAT 3	Puntaje		
				L1	L2	L3
Práctica	¿Los perros ladran?	¿Los perros persiguen gatos?	¿Los perros son más grandes que los caballos?			
1.	¿Los autos se mueven?	¿Los niños conducen autos?	¿Los autos son más rápidos que las bicicletas?			
2.	¿Los osos maúllan?	¿Los osos atrapan peces?	¿Los osos hibernan en verano?			
3.	¿Los ladrones roban?	¿Los ladrones atrapan policías?	¿Los policías siempre atrapan a los ladrones?			
4.	¿Los niños son varones?	¿Las niñas se convierten en mujeres?	¿Los hombres son más grandes que los niños?			
5.	¿Los elefantes son grandes?	¿Los elefantes tienen aletas?	¿Los elefantes son más pequeños que los caballos?			
6.	¿Es usted médico?	¿Los doctores trabajan para las enfermeras?	¿Los abogados toman decisiones por los jueces?			
7.	¿El agua es seca?	¿Hay agua en un lago?	¿El agua corre por debajo de los puentes?			
8.	¿Perú es un país?	¿Perú está al sur de Chile?	¿El mejor equipo siempre gana un partido?			
9.	¿El dinero se ahorra?	¿Todas las personas ahorran dinero?	¿Los tacaños derrochan dinero?			
10.	¿Seis es una flor?	¿Es cinco mayor que seis?	¿Es seis media docena?			
COMENTARIOS:			PUNTAJE TOTAL:			

Instrumento de registro modificado para el uso de los evaluadores

		ITEM										TOTAL
	SUBTEST	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
KAT1	Denominación											
	Seguimiento de ordenes											
	Definición palabra											
	Repetición											
	Preguntas Sí/No											
	Correspondencia palabra/imagen											
KAT 2	Denominación											
	Seguimiento de ordenes											
	Definición palabra											
	Repetición											
	Sí/No											
	Correspondencia palabra/imagen											
KAT 3	Denominación											
	Seguimiento de ordenes											
	Definición palabras											
	Repetición											
	Sí/No											
	Correspondencia palabra/imagen											

	ITEM	CONSIGNA DEL EXAMINADOR	PUNTAJE
Subtest Orientación	1.- Discar 133	Usted tiene una emergencia y necesita llamar a carabinero. ¿QUÉ HACE USTED?	
	2.- Nombre	Escriba su nombre completo.	
	3.- Mapa	Suponga que usted está aquí. MUÉSTREME DONDE ESTÁ EL SUR.	
	4.- Cálculo	Aquí hay dos cosas del supermercado. SUME EL TOTAL DE LA COMPRA (\$530).	
	5.- Numero de teléfono	Escriba su número de teléfono.	
	6.- Calendario	Aquí hay un calendario. ENCUENTRE EL 17 DE MAYO.	
	7.- Hora	¿CUÁL DICE 2:10 pm?	
	8.- Vuelto	Muéstreme al paciente 500 pesos. ¿ME PUEDE SENCILLAR ESTA MONEDA?	
	9.- Buscar numero de teléfono	MUESTREME EL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA FAMILIA HERNÁNDEZ EN LA CALLE SEMINARIO.	
	10.- Medicación	¿CUÁNTAS PASTILLAS DEBERÍA TOMAR CADA DÍA?	
		PUNTAJE TOTAL	