

Práctica fonoaudiológica en el trastorno cognitivo comunicativo secundario a demencia: Una aproximación cualitativa.

Andrea Salazar Aguayo

Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile ✉

Sebastián Contreras Cubillos

Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile

César Briones Rojas

Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile

Patricia Oyarzún Díaz

Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile

<https://dx.doi.org/10.5209/rlog.101568>

Recibido 10 de marzo de 2025 • Revisado 11 de abril de 2025 • Aceptado 27 de junio de 2025

Resumen: La práctica fonoaudiológica en personas mayores incluye el abordaje de los trastornos cognitivo-comunicativos (TCC). Este abordaje comprende la evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, asesoría, consejería, promoción, prevención y colaboración. En Chile, la prevalencia de deterioro cognitivo en personas mayores ha aumentado, sin embargo, la investigación sobre la práctica fonoaudiológica en el TCC secundario a trastorno neurocognitivo mayor (TNCMa) (demencia) sigue siendo escasa centrándose principalmente en la deglución. El objetivo de este estudio fue describir la práctica fonoaudiológica en las personas mayores con TCC secundario a TNCMa, desde la perspectiva de los profesionales de la región del Maule, Chile. Se realizó un estudio cualitativo con diseño fenomenológico y alcance descriptivo-interpretativo, mediante entrevistas semiestructuradas a doce fonoaudiólogos con experiencia en este ámbito. Los datos fueron organizados mediante codificación temática con apoyo del software Atlas.ti. Para su interpretación se consideraron categorías apriorísticas y emergentes. El análisis se llevó a cabo a través de la triangulación de investigadores. Los resultados muestran que la práctica fonoaudiológica se estructura en torno a cuatro categorías: conocimiento disciplinar, evaluación, tratamiento y otros servicios profesionales. Aunque las acciones se alinean con los dominios propuestos por guías internacionalmente validadas, el abordaje varía significativamente en función del entorno y trayectoria profesional, los enfoques son heterogéneos y adaptados a las condiciones locales. Este estudio visibiliza la necesidad de fortalecer el abordaje integral del TCC en personas mayores con TNCMa en contextos clínicos reales.

Palabras clave: Adulto mayor; Demencia; Cognición; Comunicación; Fonoaudiología.

ENG Speech and language practice in cognitive communicative disorder secondary to dementia: A qualitative approach

Abstract: Speech-language pathology practice with older adults includes the assessment and intervention of cognitive-communicative disorders (CCD). This scope of practice involves evaluation, diagnosis, treatment, follow-up, counseling, health promotion, prevention, and interprofessional collaboration. In Chile, the prevalence of cognitive decline in the older population has increased; however, research on speech-language pathology practices addressing CCD secondary to major neurocognitive disorder (MaNCD) remains scarce, with a predominant focus on dysphagia. The aim of this study was to describe the clinical practice of speech-language pathologists who work with older adults with CCD secondary to MaNCD, from the perspective of professionals in the Maule Region of Chile. A qualitative study with a phenomenological design and descriptive-interpretative scope was conducted, using semi-structured interviews with twelve speech-language pathologists experienced in this field. Data were organized through thematic coding using Atlas.ti software. For interpretation, both aprioristic and emergent categories were considered. Analysis was carried out through investigator triangulation. Results indicate that speech-language pathology practice is structured around four main categories: disciplinary knowledge, assessment, treatment, and other professional services. Although actions are aligned with internationally validated guidelines, the clinical approach varies significantly depending on the professional's context and experience, resulting in heterogeneous practices adapted to local conditions. This study highlights the need to strengthen a comprehensive approach to CCD in older adults with MaNCD in real-world clinical settings.

Key words: Elderly; Dementia; Cognition; Communication; Speech; Language and Hearing Sciences.

Sumario: Introducción. Metodo. Resultados. Discusión. Conclusiones. Bibliografía.

Cómo citar: Salazar, A., Contreras, S., Briones, C., y Oyarzún, P. (2026). Práctica fonoaudiológica en el trastorno cognitivo comunicativo secundario a demencia: Una aproximación cualitativa. *Revista de Investigación en Logopedia* 16(1), e101568, <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.101568>

Introducción

A nivel internacional, la *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA), [Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición], referente científico y disciplinar, propone que la práctica fonoaudiológica en personas mayores se basa en diagnosticar y tratar trastornos de habla, deglución, lenguaje hablado y escrito; así como también, los Trastornos Cognitivos-Comunicativos (TCC) (ASHA, 2003). Estos últimos, son conocidos como dificultades de la comunicación relacionadas con déficits lingüísticos, sobre todo en sintaxis, semántica y/o habilidades metalingüísticas, así como funciones cognitivas no lingüísticas, principalmente atención y memoria. Funcionalmente, estas alteraciones afectan el diario vivir, la interacción social y la regulación conductual de la persona (Amiadi Lillo, 2019; Dooley y Walshe, 2019).

El TCC se origina por diferentes etiologías como enfermedades cerebrovasculares, lesión cerebral traumática y Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNCMa). Esta última es conocida como una alteración o pérdida de funciones cerebrales, causada por enfermedad de Alzheimer, enfermedad vascular, enfermedad por cuerpos de Lewy y degeneración del lóbulo fronto-temporal, entre otras; las que se caracterizan por presentar dificultades cognitivas en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteraciones de las funciones ejecutivas y trastornos de la conducta (Rodríguez, 2012; Tello-Rodríguez et al., 2016).

En la literatura clínica, este cuadro ha sido históricamente denominado "demencia". Sin embargo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5) introdujo la denominación Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNCMa) para enfatizar una perspectiva funcional, reducir la estigmatización asociada al término "demencia" y abarcar con mayor precisión la diversidad de etiologías posibles (American Psychiatric Association, 2013). En el presente estudio, se utiliza el término TNCMa, respetando esta actualización nosológica.

Según Ramírez y Colina (2019), el fonoaudiólogo que desempeña su labor en alteraciones cognitivo-comunicativas, debe poseer un conjunto de conocimientos y habilidades, entre ellas: identificar y evaluar, dar un diagnóstico, diseñar y aplicar programas de tratamiento, mejorando así la participación y el funcionamiento de las actividades de la vida cotidiana, además de desarrollar programas de prevención, promoción y realizar consejería al usuario y su familia.

Por su parte, la ASHA (2003) indica que, en la evaluación del deterioro cognitivo comunicativo secundario a TNCMa, el fonoaudiólogo debe identificar y describir las fortalezas y deficiencias relacionadas con los factores cognitivos y lingüísticos-comunicativos. El tratamiento para un usuario con TCC debe resultar en un lenguaje oral aumentado o compensado, al igual que el lenguaje escrito y las conductas cognitivas comunicativas. El propósito principal es alcanzar la comunicación funcional y otorgar un papel esencial a los pares comunicativos, por lo que el enfoque de la intervención debe incluir la capacitación de los interlocutores en la comunicación.

En Latinoamérica, específicamente en Colombia, Ramírez y Colina Matiz (2009), a través de un estudio cualitativo asociado al TCC, establecieron que el fonoaudiólogo contribuye a reorganizar los componentes afectados a nivel cognitivo-comunicativo. Sin embargo, su labor no se limita solo a objetivos terapéuticos desde el área de la fonoaudiología, sino que su intervención genera un apoyo en el trabajo multidisciplinario, siendo un factor relevante para originar una comunicación interpersonal (médico-usuario).

Particularmente en Chile, los fonoaudiólogos han tenido una importante labor en cuanto al trabajo que realizan con personas mayores, debido al acelerado incremento de la población mayor a nivel nacional y regional. Esto ha generado también un aumento del deterioro cognitivo en nuestro país, por lo que el sistema de salud público garantiza desde el año 2019 la atención de personas con TNCMa. Actualmente, las prestaciones permiten que todas las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias accedan al proceso de diagnóstico diferencial e intervención, dentro de lo que se incluye el tratamiento fonoaudiológico (Ministerio de Salud, 2019; Ministerio de Salud, 2022).

Específicamente la región del Maule, ubicada en la zona central de Chile, presenta un marcado proceso de envejecimiento, situándose en el tercer lugar a nivel nacional, excluyendo la región metropolitana (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017; Instituto Nacional de Estadísticas, 2024). Se caracteriza por una alta proporción de personas mayores en zonas rurales lo que condiciona el acceso a servicios en salud y rehabilitación de este grupo etario. Asimismo, presenta una mayor incidencia de pobreza en hogares con personas mayores y en zonas rurales (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023), lo que configura un contexto territorial que influye directamente en la práctica fonoaudiológica, ya que los fonoaudiólogos deben adaptar su quehacer clínico a las limitaciones sociales, culturales y estructurales del entorno.

La investigación en Chile respecto a la práctica fonoaudiológica en el TCC es escasa, posiblemente debido a que es una etiqueta diagnóstica relativamente nueva en Latinoamérica y porque la práctica fonoaudiológica se ha centrado en alteraciones de la deglución y no en aspectos cognitivos comunicativos. Solo existen datos respecto a un estudio cuantitativo sobre la caracterización de la intervención fonoaudiológica en el TNCMa debido a enfermedad de Alzheimer. A partir de los hallazgos se concluye que dentro de la evaluación e intervención los procedimientos realizados dependen de la experiencia clínica del profesional y la realidad de cada usuario, por lo que existe una variabilidad de estrategias y recursos utilizados dentro del abordaje de esta patología (Mardones et al., 2015). De acuerdo con esto, el objetivo de la presente investigación fue describir la práctica fonoaudiológica en las personas mayores con TCC secundario a TNCMa, desde la perspectiva de los profesionales de la región del Maule, Chile.

Método

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científico de la macrozona centro Sur de la Universidad Santo Tomás bajo el código N° 87-21.

Características de la investigación

La investigación se basó en un enfoque cualitativo puesto que permitió conocer aspectos relacionados con la práctica fonoaudiológica como conocimiento disciplinar, abordaje terapéutico y otros servicios desde las experiencias subjetivas de fonoaudiólogos que atienden a personas mayores con TCC secundario a TNCMa. El diseño fue fenomenológico de alcance descriptivo-interpretativo, dado que los investigadores pudieron comprender y describir las experiencias de los profesionales considerando vivencias subjetivas, emociones y sentimientos relativos al fenómeno de estudio para posteriormente describir elementos en común (Inoub, 2015).

Se recopila toda esta información para desarrollar una descripción compartida que considere los aspectos que subyacen a la toma de decisiones para el abordaje de personas con TCC.

Población y Muestra

La población corresponde a fonoaudiólogos de la región del Maule que se desempeñaban en instituciones públicas o privadas en la atención de personas con TCC secundario a TNCMa. Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico o dirigido de participantes homogéneos que presentaban rasgos o características en común a partir de los siguientes criterios de inclusión: 1) fonoaudiólogos en actual ejercicio de la profesión en la región del Maule; 2) que se desempeñaban a tiempo completo o parcial en instituciones públicas y/o privadas; 3) en el abordaje del TCC en personas mayores con sospecha o diagnóstico de TNCMa. Para este estudio no se establecieron criterios de exclusión, dado que con los criterios de inclusión previamente mencionados se cumplen las características de la muestra. El reclutamiento de los participantes se realizó a través de la invitación extendida por los investigadores a través del Colegio de Fonoaudiólogos, filial Maule. El arranque muestral fue de cinco participantes determinado por los criterios de profundidad de las entrevistas y diversidad (homogeneidad del grupo). A partir de las respuestas obtenidas, se configuró una muestra final de doce fonoaudiólogos, determinada por el criterio de saturación teórica donde se observó recurrencia temática y redundancia en los discursos de los participantes durante la recolección de datos y su respectivo análisis. Las respuestas comenzaron a repetir patrones ya identificados a partir de la entrevista número diez y se confirmó tras dos entrevistas adicionales como método de verificación, razón por la cual los investigadores determinaron haber alcanzado el punto de saturación teórica.

Para su caracterización los participantes fueron distribuidos de acuerdo con la ciudad de desempeño dentro de la región del Maule en seis profesionales en Talca, dos en Curicó, uno en Maule, uno en Retiro, uno en Sagrada Familia y Talca; y uno en San Javier y Talca. Respecto a sector de desempeño, nueve ejercían en instituciones públicas como Hospital, Centro de Salud Familiar, Centro de Rehabilitación Comunitario o centros educacionales; mientras que tres se desempeñan en instituciones privadas como fundaciones, centros médicos o consultas particulares (tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de la muestra

Participante	Año obtención grado de licenciatura	Ciudad de desempeño	Sector de desempeño
1	1998	Talca	Público
2	2018	Curicó	Privado
3	2016	Curicó	Privado
4	2019	Maule	Público
5	2019	Talca	Público
6	2012	Talca	Público
7	2018	Talca	Público
8	2017	Talca	Público
9	2018	San Javier y Talca	Privado
10	2017	Sagrada Familia y Talca	Público
11	2018	Retiro	Público
12	2016	Talca	Público

Nota: Esta tabla presenta la caracterización de la muestra en cuanto al año de obtención de grado de licenciatura lo que permite estimar la cantidad de años en el ejercicio de la profesión, así como también, la ciudad de desempeño dentro de la región del Maule y el tipo de sector de desempeño.

Instrumentos de recolección de datos.

Cada participante respondió una entrevista semiestructurada enviada por correo electrónico, previa firma de consentimiento informado. La entrevista fue confeccionada por los autores y contempló 30 preguntas abiertas y cerradas orientadas a recopilar información sobre el quehacer profesional basado en los 8 dominios de la práctica fonoaudiológica propuestos por la ASHA, (2016). Esta entrevista fue validada por un grupo de 7 expertos (4 fonoaudiólogos especialistas en el abordaje de personas mayores, 2 fonoaudiólogos dedicados a otras áreas y 1 profesional no fonoaudiólogo), quienes analizaron el instrumento a partir de la representatividad en términos de: suficiencia (los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta), claridad (el ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas), coherencia (el ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo)

y relevancia (el ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido). Para cada ítem se consideró una escala de 4 puntos: 1 = no relevante o representativo; 2 = ítem necesita de gran revisión para ser representativo; 3 = ítem requiere de pequeña revisión para ser representativo; 4 = ítem relevante o representativo; con el propósito de realizar la validación de contenido mediante la ecuación de índice de validación de contenido (IVC) (Alexandre y Coluci, 2011). Los ítems clasificados en 1 y 2 fueron reformulados a partir de las sugerencias de los expertos (Wind et al., 2003) configurando así la entrevista final (ver anexo) que fue sometida a pilotaje con el fin de establecer si las preguntas eran comprensibles por parte de los entrevistados, así como también, el tiempo estimado de respuesta. En esta etapa participaron 10 fonoaudiólogos que se desempeñaban en el abordaje de personas mayores a nivel nacional, exceptuando la región del Maule.

Procedimiento de análisis

Para organizar y facilitar el manejo de la información se utilizó el programa Atlas.ti versión 8.4.3. La categorización se realizó a partir del marco teórico, definiéndose cuatro categorías apriorísticas: 1) conocimiento disciplinar, 2) proceso de evaluación, 3) tratamiento de personas mayores con TCC y 4) otros servicios profesionales. Para cada categoría se establecieron subcategorías (figura 1). No obstante, durante la interpretación de los datos se tuvo en cuenta la posible aparición de categorías emergentes a partir de un análisis inductivo. Para el análisis se realizó una triangulación de investigadores a partir de un enfoque de codificación temática, donde cada uno realizó el análisis de manera independiente mediante lectura reflexiva, identificación de significados esenciales, aplicación de técnica de bracketing y agrupación en estructuras comunes que dieron lugar a una narrativa interpretativa compartida. Posteriormente se contrastaron las categorías apriorísticas y emergentes llegando a un consenso final de los hallazgos. Para la presentación de los datos, cada categoría se caracterizó con extractos de la entrevista aplicada. Los fonoaudiólogos participantes fueron identificados como F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11 y F12.

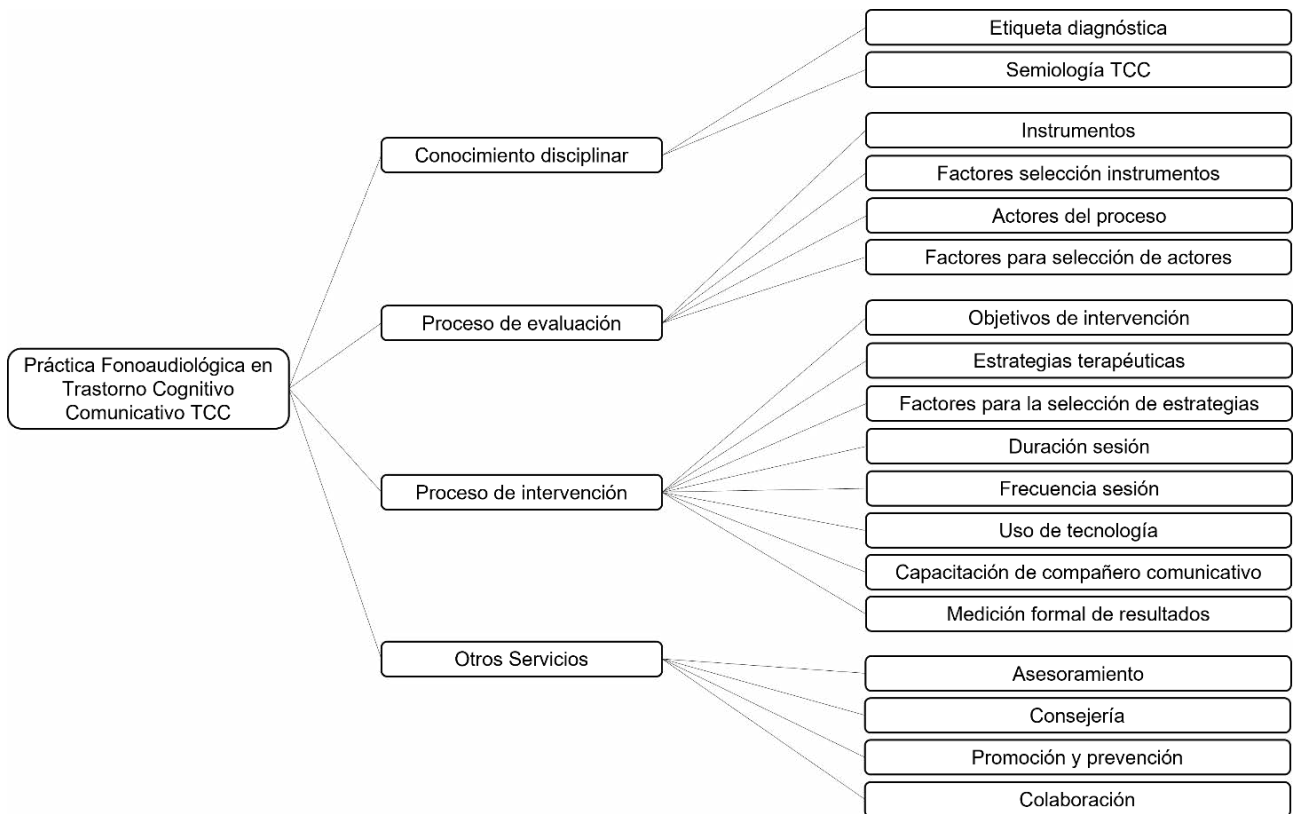


Figura 1. Red de categorías y subcategorías

Nota: En la figura se muestran las dimensiones de la práctica fonoaudiológica en TCC secundario a TNCMa que constituyen las categorías de la investigación (Conocimiento disciplinar, proceso de evaluación, proceso de intervención y otros servicios). A su vez se detallan las subcategorías que forman parte de cada dimensión.

Con el fin de asegurar la rigurosidad científica del estudio, se consideraron los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad propuestos por Guba y Lincoln (1985). La credibilidad se fortaleció mediante la triangulación de investigadores y la interpretación colaborativa de los hallazgos. La transferibilidad se favoreció con una descripción del contexto, perfiles de los participantes y proceso analítico. La dependencia fue asegurada a través de la documentación detallada del procedimiento de análisis, bitácoras de codificación y acuerdos consensuados. Finalmente, la confirmabilidad se abordó a través de la reflexividad del equipo investigador, el uso de un diario reflexivo y la trazabilidad entre los datos, las categorías y las interpretaciones.

Resultados

Conocimiento Disciplinar

El concepto teórico de conocimiento disciplinar es entendido por los autores como la comprensión, habilidades y competencias que una persona adquiere en un campo particular de estudio o disciplina académica. Incluye el dominio de conceptos, teorías, metodologías y prácticas propias de esa disciplina que son adquiridas a través de la educación formal y la experiencia profesional.

Es así como, para esta categoría, todos los profesionales fonoaudiólogos entrevistados conocen la etiqueta diagnóstica que se otorga a personas con TNCMa que presentan alteraciones comunicativas, indicando que el diagnóstico fonoaudiológico es el trastorno cognitivo comunicativo. Al consultarles respecto a la semiología clínica del TCC, los profesionales indican conocerla, sin embargo, se observa una discrepancia entre ellos ya que abordan la semiología desde diferentes puntos de vista. Algunos ponen énfasis en la dificultad comunicativa como principal aspecto a destacar en los usuarios con TCC, en cambio otros plantean que las alteraciones cognitivas de atención, memoria y funciones ejecutivas son las que destacan desde el punto de vista semiológico.

“Alteración de la comunicación, debido al deterioro de una o más habilidades cognitivas. Afecta principalmente las AVD, interacción social, regulación de la conducta” (F10).

“Alteraciones cognitivas (memoria, funciones ejecutivas, habilidades visoespaciales, atención, etc.) que impactan en la comunicación del sujeto y su entorno (discurso, habilidades conversacionales, toma de turnos, consideración de un otro, etc.)” (F11).

La misma discrepancia ocurre cuando se les consulta respecto a los aspectos que consideran más relevantes para el diagnóstico de TCC. Surgen opiniones divididas donde algunos consideran más relevantes las alteraciones cognitivas que las comunicativas. También mencionan que para el diagnóstico de TCC es relevante la edad, la etiología y el impacto en las actividades de la vida diaria.

“Considero las alteraciones en la memoria de trabajo, atención, funciones ejecutivas” (F4).

“Considero la edad, patología de base, conducta, habilidades cognitivas, afectación en las AVD” (F10).

Proceso de evaluación

El proceso de evaluación es entendido como la etapa de recopilación de información válida y confiable, para luego integrarla e interpretarla para emitir un juicio o una decisión sobre algo.

Al indagar sobre los instrumentos utilizados en dicho proceso, los profesionales fonoaudiólogos en general utilizan una variedad de baterías de evaluación heterogéneas entre sí, que incluyen diferentes instrumentos de tipo cognitivos, comunicativos, lingüísticos y/o funcionales. Con respecto a qué instrumentos utilizan al evaluar a las personas con TNCMa todos coinciden en aplicar instrumentos para conocer el perfil cognitivo y funcional de dichas personas; a nivel cognitivo destaca el uso del *Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III)* o *Addenbrooke's Cognitive Examination revised (ACE-r)*, el *Mini-Mental State Examination (MMSE)* y el *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*, mientras que a nivel funcional consideran el uso de Índice de Barthel, Índice de Katz y Escala de Lawton y Brody. La mitad de los profesionales, si bien creen relevante conocer el estado cognitivo y funcional de las personas, también aluden a que es importante completar dicha evaluación conociendo el perfil comunicativo de las personas con TCC. Respecto a la evaluación comunicativa, algunos utilizan instrumentos para evaluar habilidades lingüísticas; como denominación a través del Test de Vocabulario de Boston y tareas de fluidez verbal semántica y fonológica, mientras que otros consideran la evaluación de la comunicación funcional a través de instrumentos como el Protocolo de necesidades comunicativas de nivel básico y superior, *Communicative Effectiveness Index (CETI)*, *Communication Activities of Daily Living (CADL-2)*, *Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-Facs)*.

“ACE-III o ACE-r, MMSE, Índice de Barthel” (F3).

“ACE-III o ACE-r, MMSE, MoCA, Protocolo de evaluación cognitiva lingüística de González y Leguer, Test de Vocabulario de Boston, Test de fluidez verbal semántico y fonológico, Ineco Frontal Screening (IFS-Ch), Índice de Katz, Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, EFAM” (F6).

“ACE-III o ACE-r, Escala de comunicación de Holden, Protocolo de necesidades comunicativas de nivel básico y superior, Índice de eficacia comunicativa (CETI), Test de Vocabulario de Boston, Test de fluidez verbal semántico y fonológico., Frontal Assesment Batery (FAB), Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody” (F11).

Los profesionales entrevistados manifiestan utilizar otros instrumentos para evaluar procesos cognitivos específicos, dentro de los que destacan algunos test como: Trail Making Test (TMT) A y B, Memory Impairment Screen (MIS), Test de Stroop, Clock Drawing Test (CDT), Ítem de completación de figuras del WISC-III, Mississippi Aphasia Screening Test (MAST), Batería de afasia de Western y Test de pirámides y palmeras.

“TMT, MIS, Test Barcelona, entre otros” (F1)

“Test del Reloj, Test de Stroop, Ítem de completación de figuras del WISC-III, Trail Making Test A y B, MMSE Parkinson” (F2)

En cuanto a los factores para la selección de los instrumentos de evaluación, los profesionales coinciden en que son relevantes el tiempo de aplicación de la prueba, el nivel educacional de la persona y su edad. Por el contrario, la experiencia en el uso del instrumento y contar con la validación para su uso en nuestro país son los factores menos considerados.

“Tiempo de aplicación, edad del usuario a evaluar, nivel educacional del usuario a evaluar, propiedades psicométricas del instrumento, extensión del contenido que permite evaluar, expertiz en el uso de él o los instrumentos.” (F3).

Respecto de los actores involucrados en el proceso de evaluación, todos los profesionales manifiestan que es fundamental contar con la participación de la familia directa de las personas y sus cuidadores; no obstante, sólo algunos destacan incluir a familiares cercanos. La decisión de incluir a otros actores dentro del proceso evaluativo se justifica en que son la red de apoyo más directa, pasan la mayor parte del tiempo con el usuario, entregan antecedentes relevantes que pueden complementarse al momento de la evaluación y son parte importante en el proceso terapéutico. Cabe destacar que, al existir escasa red de apoyo, como en el caso de usuarios institucionalizados, no existe la posibilidad de hacer partícipes del proceso evaluativo a otros actores.

“Familia directa, Familiares cercanos, Cuidador” (F6).

“Porque revelan antecedentes de interés clínico para la formulación diagnóstica y porque aportan al pronóstico y elaboración de estrategias de intervención adecuadas y basadas en los entornos naturales” (F2).

“Principalmente evaluó de manera individual ya que, son pacientes que tienen muy poca red de apoyo, y generalmente los cuidadores (TENS) no participan de este proceso evaluativo” (F7).

Proceso de intervención

El proceso de intervención es entendido en este contexto como una serie de actividades planificadas y ejecutadas con el objetivo de abordar dificultades cognitivas-comunicativas. Respecto de los objetivos terapéuticos, los profesionales fonoaudiólogos los plantean desde dos puntos de vista. Algunos se enfocan en mantener la funcionalidad comunicativa y en las AVD, mientras que otros buscan mejorar las habilidades cognitivas-comunicativas que están afectadas en los usuarios con TCC.

“Beneficio directo a su funcionalidad y participación activa en sus actividades de la vida diaria” (F8).

“Rehabilitar las habilidades cognitivo y lingüísticas del usuario” (F4).

Respecto de las estrategias de intervención y/o tipos de intervención que los profesionales utilizan, todos mencionan múltiples y variadas estrategias, tanto directas como indirectas. Dentro de las directas destacan la repetición, estrategias basadas en reminiscencias, priming, uso de modalidades múltiples, recuperación espaciada, aprendizaje sin error, provisión de opciones, desvanecimiento de claves y uso de esquemas. Además, plantean el uso de sistemas de comunicación alternativa aumentativa (SCAA), terapias específicas (reminiscencia, orientación a la realidad), intervención de dominio específicos (cognitivo-lingüísticos) y enfoque Montessori. Por su parte, dentro de las estrategias indirectas se encuentran las modificaciones del entorno, modificaciones lingüísticas y capacitación a cuidadores. También llama la atención que utilizan otro tipo de estrategias, como la terapia de muñecas considerada dentro de la terapia no farmacológica.

“Estrategias basadas en reminiscencias, Desvanecimiento de claves, Aprendizajes sin errores, Repetición, Recuperación espaciada, Priming, Modificaciones lingüísticas, Modificaciones del entorno, SCAA, Capacitación a cuidadores, Intervención de dominio específico (cognitivo-lingüístico), Enfoque Montessori, Terapias específicas (reminiscencia, orientación a la realidad)” (F1).

Respecto a los factores que consideran importantes a la hora de decidir qué estrategias terapéuticas utilizar en personas con TCC secundario a TNCMa, todos coinciden y destacan como principales factores la severidad del deterioro cognitivo y el nivel de apoyo de los familiares, le sigue la edad del usuario, las patologías concomitantes, habilidades preservadas y condición de salud general del usuario.

“Edad del usuario, Patologías concomitantes, Condición de salud general, Severidad de la demencia, Apoyo de los familiares, Habilidades preservadas” (F5).

En cuanto al tiempo que destinan los profesionales fonoaudiólogos a sus sesiones de intervención, aluden en contemplar entre 30 minutos a 1 hora de sesión, lo que puede variar dependiendo de factores como la disposición del usuario, su estado de ánimo, estado de conciencia y factores ambientales que influyan en el transcurso de la sesión. Se destaca que dentro del tiempo de sesión también destinan tiempo para orientaciones a cuidadores y/o familiares.

“30 min. Depende de la disposición del paciente” (F3).

“Una hora, depende de aspectos principalmente de logística (aprovechar el tiempo sin interrupciones)” (F2).

“40 a 45 minutos incluso tiendo a dejar 10 minutos extras para orientaciones a los cuidadores y/o familiares” (F8).

La frecuencia de las sesiones de intervención es variable, pudiendo ser 1 o 2 veces a la semana, incluso sólo 2 veces al mes. Los entrevistados manifiestan que esto se debe a diversos factores como, por ejemplo: la disposición económica del usuario, horas de contrato del profesional, compromiso de usuario y familia, y tipo de programa de atenciones que entregan los recintos de trabajo.

“1 vez semanal, debido a la cantidad de hora de contrato” (F9)

“Mínimo 2 veces a la semana, depende de factores logísticos, económicos de la familia y de compromiso de ambas partes” (F2)

“2 veces al mes en el mejor de los casos” (F5)

La mayoría de los profesionales utilizan tecnologías dentro del proceso de intervención, entre las más utilizadas destacan: aplicaciones para dispositivos móviles, sistemas de comunicación alternativo/aumentativo y softwares interactivos para computadores. Las experiencias al utilizar estas tecnologías son variadas entre los fonoaudiólogos, algunos manifiestan que este tipo de herramientas son interactivas, prácticas, motivantes y eficaces dentro de la intervención, sin dejar de tener en cuenta el manejo del usuario frente a la tecnología, es decir, un mejor manejo tendrá mejores resultados. Por otra parte, hay quienes prefieren materiales más lúdicos y objetos concretos.

“Software interactivos para computadores., Aplicaciones para dispositivos móviles y/o tablets, Sistemas de comunicación alternativo/aumentativo” (F3)

“Eficaz, funcional y motivante para los usuarios” (F8)

“En general va a depender del grado de dificultades y el manejo existente en la tecnología. Cuando existe un manejo previo adecuado, tiende a tener resultados positivos el uso del celular” (F5)

“Poca rendición, prefiero cosas más lúdicas, objetos concretos, etc.” (F10)

En cuanto a la participación y/o capacitación de compañeros de comunicación en el proceso terapéutico de personas con TCC secundario a TNCMa, la mayoría de los profesionales lo considera importante y a la vez lo ejecuta. Para asegurarse que las estrategias implementadas sean aplicadas por los compañeros de comunicación algunos realizan entrenamiento dentro de las sesiones de intervención trabajando a través de la imitación, ensayo y retroalimentación para luego aplicar las estrategias en el hogar. Otros entrevistados, manifiestan que para ellos es importante revisar la evidencia del trabajo realizado en el hogar y la retroalimentación que los pares comunicativos puedan entregar de este trabajo.

Sobre los factores que favorecen la implementación de estrategias con compañeros comunicativos, los profesionales manifiestan que es importante la disposición y el compromiso que exista por parte de ellos en el proceso terapéutico, que sean capaces de seguir instrucciones y que comprendan el problema para manejar las expectativas sobre el usuario. Cabe destacar que algunos de los profesionales entrevistados mencionan no considerar a los compañeros comunicativos dentro del proceso de intervención, ya que no existe la instancia para hacerlo.

“Solicito que el compañero comunicativo ingrese a las sesiones y observe las diferentes estrategias aplicadas, junto con esto al inicio de cada sesión recojo una breve retroalimentación de cómo han funcionado en el hogar las actividades y las estrategias enseñadas” (F5)

“Que puedan ver e imitar las mismas estrategias que yo utilizo en el momento de la intervención. Así al termino de ésta, es importante mencionarles porqué utilizo estas estrategias y para qué van a servir (tanto para el usuario como para el compañero comunicativo)” (F9)

“Disposición, capacidad de empatizar y seguir instrucciones, comprender la naturaleza del problema para evitar sobreexigir al beneficiario, tolerancia a la frustración” (F1)

“Compromiso y participación activa de ellos más su disposición y flexibilidad para ajustarse a las modificaciones que puedan hacer falta” (F8)

La medición formal de los resultados de la intervención directa con el usuario es un proceso realizado por todos los profesionales, sin embargo, los tiempos y la forma de medir difiere entre ellos. Algunos fonoaudiólogos indican realizar monitoreos por cada sesión, mediante procedimientos informales como preguntas que se realizan a los cuidadores o familiares, otros profesionales miden resultados cada 3 a 6 meses, de manera trimestral o con reevaluaciones cada 10 a 12 sesiones mediante protocolos e instrumentos para observar avances. Otros miden resultados cada 6 a 7 sesiones con actividades que se han trabajado con el usuario, pero sin entregarle apoyos o mediante check list de objetivos cumplidos.

Por otra parte, en cuanto a la medición de resultados de la intervención relacionada a los cuidadores y/o familia, existe discrepancia, algunos miden los resultados mientras que otros no lo hacen. Los profesionales que miden resultados lo realizan mediante conversaciones, entrevistas, encuestas, pautas informales y mediante observación mientras los cuidadores trabajan con los usuarios. Los fonoaudiólogos que no miden resultados dan a conocer que en el lugar donde trabajan no permite realizar reevaluaciones, hay poco interés de las familias o mencionan que no lo consideran dentro de su intervención.

“Sesión a sesión voy viendo los cambios mediante conversación con los cuidadores o familiares” (F3)

“Cada 10 sesiones después realizo una reevaluación” (F4)

“De forma trimestral a través de pruebas específicas del desempeño cognitivo en Parkinson (MMSE Parkinson, UPDRS)” (F2)

“En general después de 6 a 7 sesiones (cada 3 meses aprox.) Lo realizó en las actividades que se han trabajado sin entrega de apoyos en el proceso, para obtener el rendimiento real” (F5)

“De forma cualitativa según check list de objetivos cumplidos” (F8)

“Les aplico una pauta informal y además a través de conversación” (F4).

“A través de encuestas y entrevistas” (F6).

“Mientras los cuidadores trabajan de manera directa con los usuarios me detengo a analizar de qué manera se comunican con ellos, aprovechando de corregir y así mismo felicitar la manera de hacerlo” (F7).

“No lo había considerado como parte de un proceso de evaluación como tal, siempre me enfoco más en el usuario” (F8).

Otros servicios

Para esta categoría se consideran como otros servicios acciones y funciones realizadas por los profesionales fonoaudiólogos, tales como: asesoramiento, consejería, promoción y prevención, colaboración profesional.

En cuanto a las asesorías fonoaudiológicas, algunos profesionales las realizan mientras que otros no las llevan a cabo. Los fonoaudiólogos que hacen asesorías las dirigen principalmente a otros profesionales, equipos de trabajo y familiares, mientras que los que no hacen es porque no cuentan con la autoridad para realizarlas, no hay interés y porque las orientaciones son de manera individual a usuarios y redes de apoyo.

“A otros profesionales sanitarios, al equipo de profesionales de mi trabajo y a las familias. Se abordan problemáticas relacionadas con quejas y peticiones que se recopilan en reuniones de profesionales, jornadas de autocuidado y reuniones con los cuidadores (mensual).” (F2).

“A la familia, principalmente en relación con trámites, otras condiciones de salud y respecto a la alfabetización en salud” (F1).

“No se me ha entregado la autoridad para realizarlo” (F6).

Todos los profesionales entrevistados dicen realizar consejerías, las que están orientadas principalmente a usuarios, cuidadores, familias y otros profesionales.

“A usuarios/las y cuidadores/as, se abordan temáticas recopiladas de reuniones anteriores. También se establecen temáticas con base en puntos elaborados por instituciones y fundaciones punteras en el área de los parkinsonismos (Parkinson Foundation, Movement Disorders, Michael J Fox Foundation, etc)” (F2).

“A la familia y cuidador explicar la enfermedad y como ayudarlo en casa” (F4).

“A cuidadores, profesionales del área” (F10).

Al hablar sobre acciones de prevención y promoción, algunos profesionales realizan charlas y talleres a la familia y personal de salud, en las que abordan temas como promover estilos de vida saludables, identificar factores de riesgos para ciertas enfermedades, mientras que otros se basan en promover el rol del fonoaudiólogo e informar respecto al TCC y la estimulación cognitiva en personas mayores. Los fonoaudiólogos que no realizan estas actividades principalmente son por falta de tiempo, porque no se da la instancia para efectuarlas o la unidad donde trabajan no está destinada para ello. Otros solo las realizan a los usuarios que acuden a evaluación.

“Promover estilos de vida saludables (como parte de la salud pública), identificar factores de riesgo (pérdida auditiva, caídas frecuentes, fragilidad, poca comunicación con el medio, etc.), Establecer estrategias de intervención basadas en la evidencia y en la persona. Dirigidas a familias de personas con Parkinson quienes demuestren deterioro cognitivo moderado o tengan más de 5 años de progreso de la enfermedad. Dirigida también a cuidadores y cuidadoras” (F2).

“Charlas, educaciones ya sea a familia, equipo de trabajo. Además, se realizan talleres de estimulación cognitiva en adultos y personas mayores” (F9).

“En cada actividad del hogar, me sumo a promocionar y enseñar sobre diferentes temas fonoaudiológicos, entre ellos sobre TCC, demencia, afasia, etc.” (F10).

“Por falta de tiempo” (F3).

“Ya que no se da la instancia” (F4).

“Hasta ahora solo me he dedicado a atender a quienes acuden a mí y en ellas sugiero observaciones de promoción y prevención a raíz de la misma evaluación” (F8).

Respecto al trabajo colaborativo, todos los fonoaudiólogos entrevistados creen que los demás profesionales consideran relevante el trabajo que ellos realizan en personas con TNCMa. Esto se refleja en que hay una mayor derivación de usuarios hacia ellos y son considerados en reuniones en el lugar donde trabajan. Los profesionales de otras áreas, además, les realizan consultas de cómo abordar a un usuario y hay un mayor interés sobre el conocimiento de patologías que pueden abordar juntos, así también, en las reevaluaciones que ellos realizan se dan cuenta que los avances de la terapia fonoaudiológica también influyen en los avances de su trabajo.

“Cada vez conocen de mejor manera el rol del fonoaudiólogo, existe mayor derivación y somos considerados en las reuniones de sector y en los equipos de cabecera” (F5).

“Cuando han sido derivados a mí y tienen reevaluación con los demás profesionales surgen los comentarios positivos referentes a mi desempeño y como este ha beneficiado también sus procedimientos profesionales” (F8).

“Por qué algunos profesionales me consultan, cómo abordar y ayudar a usuarios” (F10).

Con respecto al planteamiento de objetivos con otros profesionales, la mayoría lo hacen principalmente con kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, profesionales de motricidad orofacial y psicopedagogía. Existen también quienes no realizan trabajo inter y/o transdisciplinario.

“Sí, con kinesiólogos, terapeuta ocupacional, psicólogos. Cómo por ejemplo mantener funcionalidad en las AVD, algunas AIVD. Modificación del ambiente en su hogar o en espacios que frecuenten” (F9)

“Principalmente hasta el momento con profesionales vinculados a la motricidad orofacial” (F8)

“Sí. Con Kinesiología, Psicología Clínica y Psicopedagogía” (F2)

“No por el momento” (F10)

A partir del análisis de los datos, no se identificaron categorías emergentes adicionales que no estuvieran contempladas previamente en el marco teórico o las categorías apriorísticas. Esto sugiere que la información recabada se alinea con las categorías preliminarmente establecidas, sin dar lugar a nuevos patrones o temas relevantes que ameriten ser reportados de manera independiente.

Discusión

En cuanto al conocimiento disciplinar, el análisis de los resultados de la investigación permite determinar que los fonoaudiólogos entrevistados logran manejar una información de base teórica común con respecto al TCC, no obstante, existe diferencia respecto al conocimiento de la semiología clínica y la jerarquización de aspectos relevantes a considerar para el diagnóstico, esto implica que las evaluaciones y posteriores intervenciones difieran, según la consideración de dar mayor relevancia a aspectos comunicativo-lingüísticos o a los cognitivos. Estos hallazgos se alinean con Ambiado-Lillo (2019), quien señala cómo el etiquetado diagnóstico del TCC considera efectivamente los siguientes elementos centrales: por una parte, dificultades lingüísticas a nivel comprensivo y expresivo (principalmente a nivel sintáctico, semántico y metalingüístico) y, por otra parte, problemas en los procesos cognitivos superiores no de orden lingüístico (principalmente atención y memoria). Sin embargo, nuestros hallazgos difieren con la necesidad de incluir otros aspectos que no son cubiertos por la lingüística o la neuropsicología clásica necesariamente y responden a aspectos de orden funcional y social. La ASHA (2019), por ejemplo, hace mención a aspectos semiológicos que incluyen, además de características clínicas, alteraciones sociales (dificultades para administrar el hogar o mantener el trabajo) y alteraciones personales (dificultades para mantener la autovalencia). Por su parte, Dooley et al., (2019) enfatizan que la etiqueta diagnóstica y aspectos semiológicos del TCC no sólo debe incluir elementos cognitivos y comunicativos, sino que también implica otros dominios como los presentes en el Modelo de competencia cognitiva-comunicativa propuesto por MacDonald (2017), que involucra aspectos ambientales, individuales, cognitivos, comunicativos, físico-sensoriales y emocional-psicosociales los que se interrelacionan entre sí para permitir que una persona pueda desarrollarse comunicativamente a nivel familiar, comunitario, social, laboral, académico, entre otros.

Con respecto a la evaluación fonoaudiológica del TCC secundario a TNCMa los profesionales forman sus propias baterías seleccionando instrumentos que evalúan aspectos de la competencia cognitivo-comunicativa mas no han sido creados para detectar el TCC, lo que se explica debido a la ausencia de instrumentos en español y debidamente validados. Esto se condice con los resultados de una encuesta multinacional europea que concluye que los fonoaudiólogos terminan usando su conocimiento sobre el concepto de TCC para seleccionar una mezcla de instrumentos típicamente usados para evaluar personas con afasia e instrumentos de tamizaje cognitivo a la hora de evaluar a personas con TCC (Frith et al., 2014). Junto con lo anterior, los instrumentos cognitivos utilizados por los profesionales se condicen con lo propuesto por Ibañez et. al (2020) quienes plantean el uso de test de detección como MMSE, MoCA, ACE III y test específicos para evaluar memoria, funciones ejecutivas, cognición social y lenguaje. Por su parte, las orientaciones técnicas de GES 85 (Ministerio de Salud, 2021; Ministerio de Salud, 2022) proponen que la evaluación del lenguaje incluya, además del Test de Boston o la Western Aphasia Battery, el uso de instrumentos que permitan evaluar discurso, pragmática, comunicación funcional, lenguaje no literal, fluidez verbal, eficacia comunicativa y evaluación del compañero de comunicación. No obstante, los hallazgos difieren con la literatura internacional que propone el uso de Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia v2 ABCD-2 (Bayles

y Tomoeda, 2009) como el único instrumento pensado exclusivamente para TCC, que contempla la evaluación de habilidades comunicativas y cognitivas en personas con TNCMa (habilidades lingüísticas, memoria, funciones ejecutivas, atención y habilidades funcionales de comunicación).

La decisión de los profesionales de seleccionar instrumentos considerando el nivel educacional y edad del usuario es pertinente ya que la literatura reporta que los puntajes de los instrumentos cognitivos son influenciados por dichas variables (González-Hernández et al., 2009). Es llamativo que la validación de un instrumento no sea un criterio relevante para los fonoaudiólogos, lo que puede ser explicado debido a la escasez de instrumentos validados en Chile, principalmente instrumentos comunicativos. De acuerdo con esto, se hace necesario contar con validaciones en la población nacional.

Respecto a los actores del proceso y factores para la selección de estos, los profesionales mencionan a la familia directa y cuidadores como participantes fundamentales del proceso de evaluación, argumentando su importancia tanto en la recopilación de datos como en la formulación del abordaje terapéutico. Lo anterior es concordante con el enfoque de atención centrada en la persona y la familia que plantea la ASHA (2012) que indica que, incluir a la familia, tiene beneficios en relación con la toma de decisiones clínicas, mayor comprensión de las características del usuario, mejor seguimiento de un plan que se trabaja de manera colaborativa, comunicación más eficaz, mejores resultados y mayor satisfacción por parte del usuario y su familia. A su vez, el modelo de la CIF (Organización Mundial de la Salud, 2011) plantea la relevancia de contar con información asociada a los factores contextuales asociados al usuario, lo que permite identificar barreras y facilitadores y abordarlos en el proceso terapéutico.

En relación con los resultados de la entrevista sobre el proceso de intervención de personas con TCC secundario a TNCMa, se comenta la importancia de la formulación de objetivos generales. Los profesionales entrevistados discrepan en este aspecto dado que hay quienes se enfocan a nivel de funciones y estructuras corporales abordando aspectos cognitivos y lingüísticos descendidos, mientras que otros realizan inmediatamente un abordaje centrado en actividad y participación. Estos hallazgos guardan relación con lo que plantean Cabrera-Miguel et al. (2023), quienes sugieren que el objetivo general se centre en la participación de la persona de sus diferentes contextos, mientras que los objetivos específicos deben centrarse en los signos y síntomas que se encontraron alterados en la evaluación, manteniendo siempre una orientación hacia la comunicación funcional.

En cuanto a las estrategias terapéuticas, los profesionales entrevistados utilizan estrategias directas e indirectas en dicho proceso. En el caso de las estrategias directas las más mencionadas son la repetición, la intervención de dominio específico (cognitivo-lingüístico) y la reminiscencia, mientras que en el caso de las indirectas las más mencionadas son la capacitación de cuidadores y las modificaciones del entorno. Esto concuerda con lo mencionado por Hopper et al. (2015) quienes plantean que en un usuario con TCC secundario a TNCMa es necesario la utilización de estrategias que mantengan las fortalezas residuales de la comunicación para prevenir el exceso de discapacidad. Además del uso de estrategias compensatorias y ambientales como la formación de los compañeros de comunicación, estrategia eficaz para aumentar las interacciones positivas en diversos entornos de atención. Sobre los factores para la selección de estrategias, los fonoaudiólogos entrevistados en este estudio señalan considerar aspectos como la severidad del cuadro, nivel de apoyo familiar con el que cuentan para llevar a cabo las estrategias, la edad de las personas, la presencia de diagnósticos concomitantes y estado de salud en general.

Respecto a la capacitación de compañeros de comunicación (CPT), la literatura plantea que éstos son cruciales para enfrentar los desafíos asociados con las dificultades de comunicación en las personas con TNCMa. Las investigaciones han demostrado que la CPT y el uso de libros de memoria son eficaces en diversas etiologías de TNCMa (El-Wahsh et al., 2021). A su vez, los compañeros de comunicación familiares desempeñan un papel vital para facilitar la gestión de temas y apoyan a las personas con TNCMa durante las conversaciones creando mayores oportunidades de interacción (Hall et al., 2018). Una revisión sistemática de los programas de CPT para familias de personas con TNCMa reveló mejoras positivas en las habilidades y el conocimiento de la comunicación, con resultados mixtos a nivel conductual y psicosocial (Folder et al., 2023). Estos hallazgos subrayan la importancia de equipar a los familiares con conocimientos y habilidades para estructurar y mantener conversaciones fluidas.

Para los entrevistados, el tiempo total de la sesión y la frecuencia de ellas es variable, lo que se asocia a factores propios del usuario y su alteración, como también, a factores externos tanto familiares como del contexto laboral. Al respecto Volkmer et al. (2024), y Swam (2018) plantean que la duración y la frecuencia de la terapia suelen adaptarse a las necesidades individuales y que dicha personalización es fundamental dado que el TNCMa afecta a cada persona de forma diferente y requiere abordar desafíos comunicativos específicos. De igual manera, se han descrito intervenciones estructuradas, como, por ejemplo, la telesalud en afasia progresiva primaria que plantea 8 sesiones con evaluaciones al inicio, a los 2 meses y a los 6 meses posteriores a su realización (Rogalski, 2021) o el programa de intervención comunicativa domiciliar Com-Mens basado en seis sesiones de 1 hora, con seguimientos a los 3, 6 y 9 meses (Olthof, 2022).

Los profesionales entrevistados plantean que las tecnologías juegan un papel importante en la intervención fonoaudiológica, ofreciendo herramientas interactivas y eficaces. Sin embargo, su efectividad depende del manejo del usuario. Aunque muchos profesionales las consideran motivantes y prácticas, otros prefieren enfoques más lúdicos y materiales concretos. Si bien desde hace más de una década se viene integrando el uso de tecnologías de la información y comunicación en el campo de la neuropsicología y el abordaje cognitivo de personas con TNCMa (Arroyo-Anlló, 2012), en el caso de la fonoaudiología ha ido ganando terreno el último tiempo como un recurso prometedor para el abordaje comunicativo. Se ha demostrado que las videoconferencias son viables en casos de afasia progresiva primaria (Rogalski et al., 2021), que existen

mejoras significativas tanto cognitivas como comunicativas con el uso de software (Edgar y Bargmann, 2021) con ayudas de comunicación basadas en tecnología (Hoel et al., 2021) y con tecnología avanzada como la inteligencia artificial (Su, 2022). La participación de los usuarios y sus cuidadores en el proceso de desarrollo garantiza que estas tecnologías se adapten a sus necesidades, maximizando su eficacia.

No existe un consenso entre los profesionales respecto a la medición de resultados en la intervención fonoaudiológica de los usuarios. Si bien todos realizan mediciones, éstas varían según el profesional tanto en frecuencia como en metodología. En cuanto a la medición de resultados en cuidadores y familias, existe discrepancia, ya que algunos la consideran esencial y la realizan mediante diversas técnicas, mientras que otros no la incluyen debido a limitaciones del entorno laboral o falta de interés de las familias. Al respecto, la literatura propone que el registro y medición de resultados debe ser sistemático, basado en la evidencia y orientado a la mejora continua de los usuarios (Ayton et al., 2021). Además, Cohen y Hula (2020) plantean que es importante incluir los resultados informados por los propios usuarios, ya que son fundamentales tanto para la práctica basada en la evidencia, como para evaluar si las intervenciones conducen a cambios significativos en sus vidas, centrándose en aspectos como la calidad de vida y la participación comunicativa.

Sobre otros servicios relacionados con la práctica fonoaudiológica en TCC que involucran asesoramiento y consejería, solo algunos entrevistados aluden realizar estas acciones que principalmente se dirigen a otros profesionales, equipos de trabajo, familiares y/o cuidadores. De acuerdo con las recomendaciones de la ASHA, las acciones de asesoramiento resultan fundamentales tanto para la comprensión del trastorno como para el desarrollo del plan de intervención adaptado para cada persona, mientras que las consejerías deben abordar aspectos informativos para que la persona, familia y/o cuidador se eduque respecto del diagnóstico, evaluación, tratamiento, pronóstico, entre otros; así como también, brindar el apoyo emocional para afrontar sentimientos, pensamientos y la comprensión de la condición a fin de establecer objetivos realistas para el tratamiento (ASHA, s.f). Respecto de la prevención y promoción, la mayor parte de los entrevistados realizan charlas y talleres a las familias y personal de salud; no obstante, quienes no lo realizan es por falta de tiempo, no tener las instancias o sus unidades de trabajo no están destinadas para ello. Las acciones realizadas son incipientes y no constituyen el eje central de los servicios prestados, pese a las recomendaciones para el quehacer fonoaudiológico en alteraciones cognitivo-comunicativas (Marrugo et al. 2018). Dada la temática en estudio y las características demográficas de Chile que lo sitúan en una situación de envejecimiento avanzado (United Nations, 2015), estas acciones son cruciales para mejorar la calidad de vida de las personas y evitar la aparición de enfermedades o bien reducir las consecuencias de las existentes. Finalmente, las acciones de trabajo colaborativo incluyen diversos profesionales del área de la salud, no obstante, aún existen fonoaudiólogos que no lo realizan. Galvin et al. (2014) hace mención de la importancia de los equipos profesionales para abordar las necesidades complejas de los pacientes, con el objetivo de otorgar una atención integrada en el usuario que incluya la toma de decisiones compartida, opciones de tratamiento, riesgos y beneficios asociados, entre otros. Bayles et al. (2020) refuerza esta idea enfatizando que los fonoaudiólogos deben compartir la responsabilidad con otros profesionales para crear una cultura colaborativa, siendo clave la comunicación en conjunto con el equipo de trabajo, la familia y el usuario en pro de un abordaje efectivo e integral de la persona con TCC.

Dentro de las fortalezas y debilidades del presente trabajo, se puede declarar como fortaleza el contemplar todos los aspectos que considera la ASHA en la práctica fonoaudiológica en usuarios con TCC siendo relevante el conocimiento del concepto y la claridad sobre las acciones profesionales que harán de la evaluación, intervención y la oferta de otros servicios profesionales, un proceso que cuide la calidad de la atención. Por otra parte, se declara como debilidad incorporar sólo fonoaudiólogos de una región de Chile, lo que no permite que los resultados sean generalizables a otras regiones del país. Esto se debe principalmente al contexto territorial, la disponibilidad de servicios y las trayectorias/experiencias profesionales de los participantes. No obstante, mediante una descripción densa del contexto y de las categorías analizadas, se busca favorecer la transferibilidad de los hallazgos hacia otros entornos que compartan condiciones clínicas, formativas o institucionales similares.

Finalmente, a partir de esta investigación se proponen lineamientos para la mejora de la práctica fonoaudiológica en personas mayores con TCC como capacitación de los profesionales para el conocimiento del TCC, incorporar habilidades comunicativas en la evaluación de personas mayores con TCC, realizar reevaluaciones a personas mayores con TCC, incluir otros servicios (asesoría, consejería, colaboración, promoción y prevención) dentro de las prestaciones de la práctica fonoaudiológica y continuar con un enfoque centrado en la persona.

Conclusiones

La investigación se centró en describir la práctica fonoaudiológica en las personas mayores con TCC secundario a TNCMa, desde la perspectiva de los profesionales de la región del Maule, Chile. Se concluyó que, aunque los fonoaudiólogos comprenden el concepto de TCC, existen diferencias en la forma de diagnosticarlo. Por su parte, la evaluación fonoaudiológica carece de instrumentos validados en español, lo que lleva a los profesionales a construir sus propias baterías a partir de herramientas diseñadas para evaluar otros aspectos cognitivos-comunicativos. Asimismo, se reconoce el papel clave de la familia y los cuidadores en el proceso evaluativo, lo que facilita la toma de decisiones clínicas, el seguimiento terapéutico y la satisfacción del usuario. Por otro lado, para el proceso de intervención los fonoaudiólogos organizan los objetivos terapéuticos en función de la progresión del TNCMa y las capacidades comunicativas del

paciente, aunque se evidencia una discrepancia entre los enfoques profesionales puesto que algunos se centran en la rehabilitación de funciones cognitivas y lingüísticas, mientras que otros priorizan la actividad y participación del paciente en su entorno. En este mismo sentido, emplean enfoques directos e indirectos para preservar las habilidades comunicativas y minimizar el impacto de la discapacidad, siendo clave en este aspecto el rol del compañero de comunicación. Finalmente, los servicios de asesoramiento y consejería aún no son prácticas generalizadas, a pesar de su importancia para la comprensión del trastorno y la planificación de la intervención. Las actividades de prevención y promoción si bien son implementadas por algunos profesionales, no constituyen un eje central en la práctica fonoaudiológica. En cuanto al trabajo colaborativo, aunque algunos fonoaudiólogos participan en equipos interdisciplinarios, persisten desafíos en la integración con otros profesionales de la salud.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Reconocimiento de autoría:

Andrea Salazar Aguayo: Conceptualización; Tratamiento de datos; Investigación; Administración del proyecto; Visualización; Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición.

Sebastián Contreras Cubillos: Conceptualización; Investigación; Visualización; Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición.

César Briones Rojas: Conceptualización; Tratamiento de datos; Análisis formal; Metodología; Visualización; Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición.

Patricia Oyarzún Díaz: Conceptualización; Análisis formal; Metodología; Visualización; Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses que declarar.

Bibliografía

- Ambiado Lillo, M. (2019). Trastorno Cognitivo Comunicativo. *Areté*, 19(2), 43-48. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.19205>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2003). *Evaluating and treating communication and cognitive disorders: approaches to referral and collaboration for speech-language pathology and clinical neuropsychology [Technical Report]*. www.asha.org/policy.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2012). *Person- and Family-Centered Care*. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/aphasia/person-and-family-centered-care/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of practice in speech-language pathology [Scope of Practice]*. www.asha.org/policy/.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2019). *Cognitive-Communication Referral Guidelines for Adults*. <https://www.asha.org/slp/cognitive-referral>
- American Speech-Language-Hearing Association. (s.f.-a). *Counseling in Audiology and Speech-Language Pathology*. <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/counseling-in-audiology-and-speech-language-pathology/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (s.f.-b). *The EBP Process*. <https://www.asha.org/research/ebp/evidence-based-practice-process/>
- Arroyo-Anlló, E. M., Díaz-Marta, J. P., & Chamorro Sánchez, J. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en TNCMas: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 107-127.
- Ayton, D. R., Gardam, M. L., Pritchard, E. K., Ruseckaite, R., Ryan, J., Robinson, S. J., Brodaty, H., Ward, S. A., & Ahern, S. (2021). Patient-reported outcome measures to inform care of people with dementia-a systematic scoping review. *The Gerontologist*, 61(5), e185–e194. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz179>
- Bayles, K., & Tomoeda, C. (2009). *Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia (ABCD-2)*. 2° Edition. Pro-Ed.
- Bayles, K., McCullough, K., & Tomoeda, C. (2020). *Cognitive-Communication disorders of MCI and dementia* (3.ª edición). Plural publishing.
- Cabrera-Miguíeles, M. G., Sepúlveda-Ibarra, C., Almeida-Marcos, N., & Crisosto-Alarcón, J. (2023). Planificación terapéutica fonoaudiológica para el abordaje de usuarios adultos con dificultades comunicativas y/o lingüísticas de origen neurológico. *Revista Chilena De Fonoaudiología*, 22(1), pp. 1-16. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2023.67593>
- Cohen, M. L., & Hula, W. D. (2020). Patient-Reported Outcomes and Evidence-Based Practice in Speech-Language Pathology. *American journal of speech-language pathology*, 29(1), 357-370. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00076
- Dooley, S., & Walsh, M. (2019). Assessing cognitive communication skills in dementia: a scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(5), 729-741. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12485>

- Edgar, D., & Bargmann, P. (2021). Estudio clínico de la eficacia de la terapia constante en el tratamiento de pacientes con TNCMa: implicaciones para la telepráctica. *Perspectivas de los grupos de interés especial de la ASHA*, 6(3), 691-703. https://doi.org/10.1044/2021_persp-20-00123.
- El-Wahsh, S., Monroe, P., Kumfor, F., & Ballard, K. (2021). Communication interventions for people with dementia and their communication partners. *Dementia Rehabilitation*, 35-56. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818685-5.00003-9>
- Frith, M., Togher, L., Ferguson, A., Levick, W., & Docking, K. (2014). Assessment practices of speech-language pathologists for cognitive communication disorders following traumatic brain injury in adults: An international survey. *Brain Injury*, 28(13-14), 1657-1666. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.947619>
- Folder, N., Power, E., Rietdijk, R., Christensen, I., Togher, L., & Parker, D. (2024). The Effectiveness and Characteristics of Communication Partner Training Programs for Families of People With Dementia: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 64(4), gnad095. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad095>
- Galvin, J. E., Valois, L., & Zweig, Y. (2014). Collaborative transdisciplinary team approach for dementia care. *Neurodegenerative Disease Management*, 4(6), 455-469. <https://doi.org/10.2217/nmt.14.47>
- González-Hernández, J., Aguilar, L., Oporto, S., Araneda, L., & Vásquez, M. (2009). Normalización del Mini-Mental State Examination según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Revista Memoriza*, 3, 23-34.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Hall, K., Lind, C., Young, J. A., Okell, E., & van Steenbrugge, W. (2018). Familiar communication partners' facilitation of topic management in conversations with individuals with dementia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(3), 564-575. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12369>
- Hoel, V., Feunou, C. M., & Wolf-Ostermann, K. (2021). Technology-driven solutions to prompt conversation, aid communication and support interaction for people with dementia and their caregivers: a systematic literature review. *Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02105-0>
- Hopper, T., Douglas, N., & Khayum, B. (2015). Direct and Indirect Interventions for Cognitive-Communication Disorders of Dementia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 25(4), 142-156. <https://doi.org/10.1044/nnsld25.4.142>
- Ibáñez, A., Slachevsky, A., & Serrano, C. (2020). Manual de buenas prácticas para el diagnóstico de TNCMas. BID.
- Inoub, R. (2015). Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica. Cengage Learning.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2024). Censo de Población y Vivienda 2024: Resultados nacionales preliminares. INE. <https://www.censo2024.cl>
- MacDonald S. (2017). Introducing the model of cognitive-communication competence: A model to guide evidence-based communication interventions after brain injury. *Brain Injury*, 31(13-14), 1760-1780. <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1379613>
- Mardones, C., Miranda, E., Solís, C., Zelada, P., Alonso, M., & Salazar, R. (2015). Caracterización de la intervención fonoaudiológica en la TNCMa tipo Alzheimer en Chile. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 14, 15-26. <https://doi.org/10.5354/rcdf.v14i0.37610>
- Marrugo, M. (2018). Caracterización del rol del fonoaudiólogo frente al trastorno cognitivo comunicativo en los adultos mayores de la ciudad de Cartagena. [Tesis de licenciatura no plicada]. Universidad de San Buenaventura Cartagena.
- Ministerio de desarrollo social. Gobierno de Chile. (2017). *Adultos mayores, síntesis de resultados*. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF). (2023). Resultados Encuesta Casen 2022: Pobreza multidimensional. Gobierno de Chile. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl>
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2019). *Prestaciones - AUGE 85. Enfermedad de Alzheimer y otras TNCMas*. <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/lep/85>
- Ministerio de Salud. (2021). *Resumen ejecutivo Guía de práctica clínica de TNCMa tipo Alzheimer*. <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/enfermedad-de-alzheimer-y-otras-TNCMas/resumen-ejecutivo/>
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2022). *Orientaciones técnicas para la implementación de Ges N°85 de Alzheimer y otras TNCMas*. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/06/MINSAL_2023_OOTT-GES-85_Alzheimer-y-otras-TNCMas.pdf
- Olthof-Nefkens, M. W. L. J., Derksen, E. W. C., Debets, F., de Swart, B. J. M., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., & Kalf, J. G. (2023). Com-mens: a home-based logopaedic intervention program for communication problems between people with dementia and their caregivers - a single-group mixed-methods pilot study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(3), 704-722. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12811>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (Ed.). (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Grafo. https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
- Ramírez, S. A., & Colina Matiz, S. (2009). Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: Una experiencia profesional en el hospital militar central. *Revista de la Facultad de Medicina*, 17(1), 26-33.
- Rodríguez, J. (2012). Instrumento de evaluación del lenguaje en adultos con afasia o trastorno cognitivo comunicativo (IELAT). *Areté*, 12(1), 153-163.

- Rogalski, E., Roberts, A., Salley, E., Saxon, M., Fought, A., Esparza, M., Blaze, E., Coventry, C., Mesulam, M. M., Weintraub, S., Mooney, A., Khayum, B., & Rademaker, A. (2022). Communication Partner Engagement: A Relevant Factor for Functional Outcomes in Speech-Language Therapy for Aphasic Dementia. *The Journals of Gerontology*, 77(6), 1017–1025. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab165>
- Su, Z., Bentley, B. L., McDonnell, D., Ahmad, J., He, J., Shi, F., Takeuchi, K., Cheshmehzangi, A., & da Veiga, C. P. (2022). 6G and Artificial Intelligence Technologies for Dementia Care: Literature Review and Practical Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(4), e30503. <https://doi.org/10.2196/30503>
- Swan, K., Hopper, M., Wenke, R., Jackson, C., Till, T., & Conway, E. (2018). Speech-Language Pathologist Interventions for Communication in Moderate-Severe Dementia: A Systematic Review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(2), 836–852. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-17-0043
- Ramírez, S., & Colina, S. (2009). Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central. *Revista Med*, 17(1), 26–33.
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 22(2), 342–350. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables* [Archivo PDF]. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf
- Volkmer, A., Cross, L., Highton, L., Jackson, C., Smith, C., Brotherhood, E., Harding, E. V., Mummery, C., Rohrer, J., Weil, R., Yong, K., Crutch, S., & Hardy, C. J. D. (2024). 'Communication is difficult': Speech, language and communication needs of people with young onset or rarer forms of non-language led dementia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 59(4), 1553–1577. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.13018>
- Wynd, C. A., Schmidt, B., & Schaefer, M. A. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 508–518. <https://doi.org/10.1177/0193945903252998>

Anexo I. Entrevista

Dimensión: Conocimiento

¿Qué área o áreas de la fonoaudiología usted aborda en personas con diagnóstico médico de TNCMa? Ordene por frecuencia.

¿Cuál es el diagnóstico fonoaudiológico que usted otorga a personas que tienen dificultades comunicativas producto de un trastorno neurocognitivo (TNCMa)?

¿Conoce el concepto de Trastorno cognitivo comunicativo (TCC)? Defínalo.

En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿Cuáles son los aspectos que considera más relevantes para el diagnóstico de TCC? (Jerarquice)

Dimensión: Evaluación y diagnóstico

¿Qué instrumentos de evaluación utiliza usualmente para evaluar a usuarios con sospecha de alteraciones comunicativas producto de una TNCMa? Seleccione.

¿Qué factores considera a la hora de seleccionarlos?

¿A qué actor(es) incluye en su proceso de evaluación y por qué los considera importantes? Seleccione:

Dimensión: Tratamiento

De acuerdo con su ejercicio profesional, ¿cuál es el objetivo de la intervención fonoaudiológica en usuarios con alteraciones comunicativas producto de una TNCMa?

¿Utiliza estrategias de compensación? Compensación: Promueve el uso de capacidades residuales.

¿Utiliza estrategias de reactivación? (Reactivación: Restaurar las funciones perdidas)

¿En base a qué factores decide el uso de estrategias de reactivación y/o compensación en un usuario con alteraciones comunicativas producto de una TNCMa?

¿Cuánto tiempo destina a cada usuario en una sesión de intervención cognitivo-comunicativa? ¿De qué depende?

*De no realizar este tipo de intervención favor indicar el motivo.

¿Cada cuánto tiempo realiza una sesión de intervención cognitivo-comunicativa con un usuario con TNCMa? ¿De qué depende?

*De no realizar este tipo de intervención favor indicar el motivo.

¿Incluye el uso de tecnologías en el tratamiento de personas con alteraciones comunicativas secundarias a TNCMa? Seleccione y describa brevemente su experiencia.

¿Considera la participación/capacitación de compañeros comunicativos en la intervención fonoaudiológica?

Si su respuesta es SI:

En general, ¿cómo se asegura de que las estrategias implementadas sean utilizadas por los compañeros comunicativos?

¿Cuáles son los factores que a su juicio favorecen la implementación de las estrategias comunicativas?

Dimensión: Seguimiento y medidas de resultado de tratamiento

¿Cada cuánto tiempo mide de manera formal los resultados del tratamiento con el usuario? ¿Cómo lo hace? (Si no realiza tratamiento cognitivo-comunicativo favor indicar)

¿Mide los resultados de la intervención asociada a la familia/cuidador? ¿Cómo lo hace?

Dimensión: Asesoría

¿Dentro de sus labores realiza asesoramiento fonoaudiológico?

Si su respuesta anterior es afirmativa ¿A quiénes está dirigido este asesoramiento y cuáles son las principales problemáticas que se abordan?

Dimensión: Consejería

¿Dentro de sus labores realiza consejería?

Si su respuesta anterior es afirmativa ¿A quiénes está dirigido y qué temáticas aborda?

Dimensión: Promoción y prevención

¿Realiza actividades de promoción y prevención de alteraciones cognitivas y comunicativas en personas mayores?

Si su respuesta anterior es afirmativa, ¿Cuál es el motivo de ellas y a quiénes están dirigidas? Describalas brevemente.

Dimensión: Colaboración

¿Cree usted que los demás profesionales/personal consideran relevante el trabajo que usted hace en personas con TNCMa? ¿En qué lo nota?

¿Se siente satisfecho con el trabajo que usted realiza en personas con TNCMa con aparentes dificultades comunicativas? ¿Por qué?

Independiente de lo anterior, ¿qué aspectos mejoraría de su labor con miras a perfeccionar la calidad de la atención de personas con TNCMa?

En el lugar donde usted trabaja, ¿es posible realizar todas las acciones que usted considera pertinentes para una persona diagnosticada con TNCMa con aparentes dificultades comunicativas? Argumente.

¿Se plantea objetivos terapéuticos en conjunto con otros profesionales? ¿Cómo cuáles?
