



**LA INCLUSIÓN DE PERSONAS MAYORES CON AFASIA.
THE INCLUSION OF ELDERLY PEOPLE WITH APHASIA.**

**Autora: María Teresa Santana Pérez.
Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Sevilla.
Grado de Pedagogía.**

**Tutora: Dra. María Elena Hernández de la Torre.
6 de junio de 2022.**

Trabajo de Fin de Grado Profesionalizante.

ÍNDICE.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES	4
INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	5
1. FUNDAMENTACIÓN	6
1.1. Concepto y tipos de afasia.....	6
1.2. Características básicas del lenguaje que pueden verse afectadas y principales errores lingüísticos.....	8
1.3. Causas y tratamiento de la afasia.....	11
1.4. Impacto de la afasia en el paciente, en su entorno y en su vida cotidiana.....	13
1.5. Etapas de recuperación y variables que influyen en las mismas.....	15
1.6. Valoración con pruebas estandarizadas y para el diagnóstico de la afasia....	18
1.7. Rehabilitación de las alteraciones, consejos y recomendaciones para comunicarnos con personas con afasia.....	20
1.8. El reaprendizaje a través de los SAAC.....	23
2. PLAN DE INTERVENCIÓN	24
2.1. Contexto.....	24
2.2. Destinatarios y objetivos.....	24
2.3. Metodología.....	25
2.4. Temporalización.....	25
2.5. Desarrollo de las sesiones.....	26
2.6. Recursos, evaluación y resultados.....	29
2.7. Limitaciones y mejoras.....	30
3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS	33
APÉNDICES	35
Apéndice A. Sesión nº 1 del Plan de Intervención.....	35
Apéndice B. Sesión nº 2 del Plan de Intervención.....	35
Apéndice C. Sesión nº 3 del Plan de Intervención.....	36
Apéndice D. Sesión nº 4 del Plan de Intervención.....	37
Apéndice E. Sesión nº 5 del Plan de Intervención	37
Apéndice F. Sesión nº 6 del Plan de Intervención.....	38
Apéndice G. Sesión nº 7 del Plan de Intervención.....	39

Apéndice H. Sesión n° 8 del Plan de Intervención.....	39
Apéndice I. Actividades prueba final Plan de Intervención.....	40

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado consiste en una propuesta de intervención dirigida a las personas con afasia de Wernicke. La afasia es una alteración en el lenguaje considerada como un trastorno del habla, son diferentes los tipos de afasia, la tipología se establece según los síntomas que padece el paciente. Las causas de la aparición de la afasia son varias, sin embargo, la más común son los ictus, tras la lesión cerebral, se ven afectadas diferentes áreas del lenguaje como la fluidez del habla. La valoración de las áreas del lenguaje afectadas, se realiza según pruebas estandarizadas y para el diagnóstico de la afasia. Para mejorar las habilidades lingüísticas alteradas se desarrollan técnicas de tratamientos en la rehabilitación de la afasia a través de terapias. Existen dos tipos de etapas de recuperación, en ambas, pueden influir varias variables como el daño cerebral y la rehabilitación lingüística. Las consecuencias de la afasia impactan en el paciente, en su entorno familiar y vida cotidiana, por ello, la población debe poseer información sobre consejos y recomendaciones para la comunicación con personas con afasia. Por último, la finalidad del proyecto de intervención tiene como objetivo principal el reaprendizaje de las personas con afasia.

PALABRAS CLAVES: afasia, habilidad, terapia, pedagogía, aprendizaje.

ABSTRACT

The present End of Degree Project consists of an intervention proposal aimed at people with aphasia of Wernicke. Aphasia is a language alteration considered as a speech disorder, there are different types of aphasia, the typology is established according to the symptoms suffered by the patient. The causes of the appearance of aphasia are several, however, the most common are strokes, after brain injury, different areas of language are affected such as fluency of speech. The evaluation of the affected language areas is performed according to standardized tests and for the diagnosis of aphasia. To improve altered language skills, treatment techniques are developed in the rehabilitation of aphasia through therapies. There are two types of recovery stages, in both, several variables can influence brain damage and linguistic rehabilitation. The consequences of aphasia impact on the patient, in his family environment and daily life, therefore, the population must have information on tips and recommendations for communication with people with aphasia. Finally, the main objective of the intervention project is the relearning of people with aphasia.

KEYWORDS: aphasia, ability, therapy, pedagogy, learning.

INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.

Este Trabajo de Fin de Grado se basa en la elaboración de un Proyecto de Intervención para personas adultas que padecen afasia. El concepto de afasia es invisible y desconocido por la mayoría de la población, sin embargo, este tipo de trastorno en el lenguaje causado por una lesión cerebral, lo padece un gran número de personas. Las dificultades en la afasia son diferentes y se pueden observar en los diversos tipos de afasia, según la tipología de afasia que presente el paciente, el terapeuta personaliza y ajusta el tratamiento de la rehabilitación cognitiva del mismo, teniendo en cuentas las diferentes variables que lo rodean, como puede ser la edad o el tiempo de la lesión.

El papel del pedagogo es relevante en el tratamiento de los pacientes con afasia, ya que, elabora diversos tipos de materiales adaptado a las necesidades del paciente, así como, sesiones individuales, grupales o intensivas para el mismo. Las actividades, sesiones y los materiales se preparan atendiendo al informe y las pruebas de diagnóstico utilizada para evaluar al paciente, como puede ser el *Test Boston*, *Test Token* y *test de fluidez verbal*. Se puede decir que, las personas con afasia poseen dificultades no sólo a nivel lingüístico, sino también a nivel social, laboral y en su vida cotidiana de forma secundaria.

Las personas adultas con afasia ha sido el tema elegido para el Trabajo Fin de Grado, ya que, tuve la suerte de conocer a una neuropsicóloga que se dedica a la rehabilitación de personas adultas con afasia y, puedo decir que, llevo dos años en contacto directo con la afasia y las personas que lo padecen. La afasia y la rehabilitación realizada con algunos pacientes ha marcado un antes y después en mi vida académica y personal, por ello, mi elección ha sido la comentada. Los objetivos para el Trabajo Fin de Grado, son los siguientes:

- Dar a conocer y visibilizar el concepto de afasia.
- Diseñar las técnicas empleadas en la rehabilitación lingüística.
- Fomentar el desarrollo de las habilidades lingüísticas de personas con afasia.

1. FUNDAMENTACIÓN.

1.1. Concepto y tipos de afasia.

Para conocer la conceptualización del término 'afasia', se expresan diferentes definiciones sobre el mismo. El concepto 'afasia', "fue acuñado por el médico francés Armand Trousseau en 1864 y tiene su origen en el vocablo griego a- (ausencia, falta), -phasia (palabra)" (Martín y Sicilia, 2012, p.1). Para introducir el concepto de afasia, se puede acudir a la breve definición aportada por Ardilla (2005, p. 35), "afasia se refiere, en consecuencia, a una alteración adquirida en el lenguaje oral". La afasia puede ser considerada como la pérdida total o parcial de algunos procesos implicados en el lenguaje como es la comprensión. Además, cabe destacar que es un daño cerebral dado en el hemisferio dominante del lenguaje, es decir, en el hemisferio cerebral izquierdo (Berthier et al., 2011). Para completar la definición aportada por el autor anteriormente citado, se puede decir que, "la afasia es una ineficiencia fisiológica multimodal con [mayor que la pérdida de] manipulaciones simbólicas verbales (por ejemplo, asociación, almacenamiento, recuperación e implementación de reglas)" (McNeil, 1982, p. 693). Por tanto, se puede decir que, la afasia es un trastorno cognitivo que no sólo afecta a la comprensión auditiva, la lectura, escritura y/o lenguaje oral, también afecta a otros procesos, como puede ser la atención o la memoria auditivovisual.

Una vez conocido el concepto de afasia, se exponen los tipos de afasia según diversas clasificaciones. De acuerdo con Ardila (2005), prevalecen más de 20 clasificaciones de tipologías de afasia. Para conocer qué tipo de afasia padece el paciente, "el procedimiento consiste en detectar los síntomas que el paciente muestra y, a partir de esos síntomas, incluirlo en uno de los síndromes afásicos" (Cuetos Vega et al., 2010, p.715). Por ello, a veces resulta difícil conocer qué tipo de afasia padece el paciente, ya que, se clasifica según las características del lenguaje de cada individuo.

Cabe destacar que, el paciente no padece un tipo de afasia concreto o predominante, los

trastornos afásicos de los individuos son considerados como afasias mixtas (Ardila, 2005). Según Vendrell (2001), cada uno de los terapeutas debería escoger la clasificación del tipo de afasia que considere más eficaz y le facilite datos adecuados para abordar la terapia del paciente de forma acertada y apropiada.

Como se ha comentado, existen multitud de clasificaciones de la tipología de las afasias. Son dos tipos de afasia los reconocidos desde el siglo XIX, denominados síndromes afásicos de Wernicke y de Broca (Ardila, 2006b). Los tipos de afasia mencionados anteriormente, son algunos de los más reconocidos y serán explicados a continuación según la clasificación de Ardila (2005). Además, se expondrán otros tipos de síndromes afásicos, como la afasia de conducción y la afasia global.

A. Afasia de Broca.

La afasia de Broca es considerada un síndrome afásico, caracterizado por la falta de fluidez en el lenguaje expresivo, la producción de frases cortas y agramaticales, caracterizadas por la presencia de sustantivos y la ausencia de estructuras sintácticas (Ardila, 2005; 2006b).

Este tipo de afasia también es conocida como afasia motora, debido a la falta de fluidez comentada anteriormente. Los individuos que padecen afasia de Broca, poseen un nivel de comprensión adecuado, sin embargo, presentan dificultades en la expresión. En ocasiones, se utiliza la repetición de estructuras gramaticales y se observa que, el paciente omite algunos elementos gramaticales, por tanto, una característica fundamental en esta tipología es el agramatismo.

B. Afasia de Wernicke.

La afasia de Wernicke se caracteriza por la disminución del léxico y las dificultades en la comprensión lingüística (Ardila, 2006b). Los individuos que padecen afasia de Wernicke, poseen fluidez en el lenguaje expresivo y su comunicación está compuesta por estructuras gramaticales adecuadas -todo lo contrario, a lo que ocurre en el paciente que padece afasia de

Broca-.

Al tratar a los individuos con esta tipología, se observan varios sucesos, en primer lugar, “la cantidad de lenguaje emitido por los pacientes con afasia de Wernicke es variable (...) La imposibilidad de acceder a los nombres durante las tareas de denominación no se beneficia de claves fonémicas o semánticas” (Berthier et al., 2011, p. 5037). En segundo lugar y último lugar, los pacientes que padecen afasia de Wernicke tienen dificultad para recordar palabras y a su vez, asociarlas con los significados de las mismas (Ardila, 2006b). Por ello, se puede decir que, la afasia de Wernicke se caracteriza por la escasez de memoria verbal y la dificultad en la asociación lexicosemánticas.

C. Afasia de conducción.

La afasia de conducción es un tipo de afasia caracterizada por un lenguaje espontáneo con fluidez en las articulaciones, dificultades al discriminar fonemas y comprender frases (Vendrell, 2001). Además, según el mismo autor, en la afasia de conducción, los individuos poseen una gran dificultad para repetir algunos morfemas como artículos y preposiciones, y muestran más fluidez en la repetición de cualquier nombre.

Los tres tipos de afasia explicados, son afasias corticales o perisilvianas. Estos síndromes afásicos son caracterizados por defectos en el lenguaje repetitivo y las lesiones cerebrales se localizan alrededor de la cisura de Silvio del hemisferio izquierdo (Ardila, 2005).

1.2. Características básicas del lenguaje que pueden verse afectadas y principales errores lingüísticos.

La afasia se caracteriza según dos factores principales, el área o áreas afectadas por la lesión cerebral y el tipo de afasia que padezca el individuo. Posteriormente, se explican las áreas del lenguaje afectadas tras la aparición de la afasia que son siete: la articulación, fluidez del habla, comprensión auditiva, encontrar palabras, repetición, lectura y escritura.

En primer lugar, las dificultades articulatorias según Goodglass et al., (1996), impiden la producción voluntaria de sonidos simples y/o cotidianos. La articulación del paciente que padece afasia, es regular durante el desarrollo de secuencias automatizadas, por ejemplo, al contar en una actividad de cálculo. Así mismo, la fluidez del habla es la capacidad de producir palabras en secuencias enlazadas y se asocia con la facilidad de articular, aunque no siempre viene determinada por la articulación (Goodglass et al., 1996). Además, de acuerdo con Vendrell (2001), una persona con afasia puede articular adecuadamente una palabra, sin embargo, puede poseer dificultades en la gramática al conjugar verbos con pronombres personales o diferentes elementos que componen las frases.

En segundo lugar, la comprensión auditiva se puede ver afectada de distintas maneras, según el grado de severidad. De acuerdo con Goodglass et al., (1996), el grado de severidad oscila desde una pérdida auditiva de palabras, el paciente con afasia no es capaz de oír la palabra o sólo capta algún sonido de la misma, hasta la limitación de no asociar el sonido con su significado. Por otro lado, en la mayoría de los pacientes con afasia, se observa algún tipo de limitación al utilizar palabras para comunicarse y el tiempo necesario para enunciarlas. Es destacable que, las palabras más utilizadas por los pacientes son las que se recuperan inicialmente (Vendrell, 2001). Además, según Goodglass et al., (1996), al aparecer la afasia, la repetición es afectada ya que, puede haber dificultades en el reconocimiento de sonidos y la articulación de palabras. La repetición es la competencia para reproducir sonidos a partir de la comprensión auditiva comentada anteriormente.

En tercer y último lugar, la lectura de acuerdo con Goodglass et al., (1996), se adquiere a través del lenguaje auditivo. Por tanto, se puede considerar la relación directa de la lectura y la comprensión auditiva, además, de acuerdo con Martin y Sicilia (2012), si el paciente posee una alteración grave en la audición, se produce un descenso en el área lectora. Cabe destacar que, la escritura al ser la modalidad del lenguaje más compleja de acuerdo con Goodglass et

al., (1996), es la competencia que puede originar más alteraciones. Las alteraciones pueden aparecer al ejecutar movimientos para escribir, en procesos como deletrear y, en la ortografía, semántica o sintaxis. Se puede decir que, la escritura del paciente tiene relación directa con su competencia oral, sin embargo, en ocasiones hay pacientes que no verbalizan, pero poseen habilidades suficientes para escribir palabras cortas.

A continuación, se explican los siete principales errores lingüísticos que manifiesta el paciente con afasia, que son la anomia, los automatismos, circunloquios, la ecolalia, estereotipia, parafasia y jergafasia.

Para comenzar, la anomia es la dificultad para recordar los componentes lingüísticos y así denominar los objetos (Vendrell, 2001). Cabe destacar que, la anomia según Goodglass et al., (1996), es un síntoma predominante en la afasia. En cuanto a los automatismos son los “elementos de lenguaje automático o expresiones emocionales de uso común en la vida corriente que, en los casos de reducción grave del lenguaje, pueden constituir la mayor parte de las producciones habladas del paciente afásico, si no las únicas posibles” (Vendrell, 2001, p. 985). Sin embargo, los circunloquios, se pueden definir como, “la utilización de muchas palabras para expresar algo que hubiese podido decirse con una sola o muy pocas” (Martín y Sicilia, 2012, p. 5). Según los mismos autores, los circunloquios surgen en situaciones donde el paciente posee dificultad para recordar palabras.

Por otra parte, la ecolalia, es la repetición automática de la última frase o palabras que ha enunciado el paciente para dirigirse al interlocutor (Martín y Sicilia, 2012). En cuanto a la estereotipia puede ser considerada como la “producción verbal en forma de conjunto de sonidos, sílabas o palabras que el paciente emite de forma repetida cuando intenta articular el lenguaje” (Martín y Sicilia, 2012, p. 5). Por último, la parafasia es denominada como “sustitución de la palabra adecuada a la idea subyacente por otra no adecuada o bien, sustitución de un sonido por otro que no pertenece a la sílaba o palabra emitida” (Vendrell, 2011, p. 985).

La parafasia y la jergafasia poseen relación, ya que, la jergafasia está compuesta por locuciones verbales no inteligibles por causa de un exceso de parafasias (Martín y Sicilia, 2012).

1.3. Causas y tratamiento de la afasia.

Las causas de la afasia son diversas, aunque algunas de ellas son más predominantes que otras. A continuación, se explican las tres condiciones neurológicas que ocasionan la aparición de la afasia, según Martín y Sicilia (2012) son: los accidentes cerebro-vasculares (ACV), los traumatismos craneoencefálicos (TCE) y los tumores.

A. Los accidentes cerebro-vasculares (ACV) o también, conocidos como ‘ictus’.

Los accidentes cerebrovasculares son la causa más común en la afasia, los efectos dependerán de la región vascular afectada (Berthier, 2005). Si se acuden a estadísticas a nivel nacional, España, en base a Paúls et al., (2006), la aparición de ictus oscila entre 120.000 a 130.000 casos al año.

B. Los traumatismos cráneo-encefálicos (TCE).

Las lesiones de traumatismo cráneo-encefálico, son la segunda causa más común después de los ictus o ACV (Helm-Estabrooks y Albert, 2005). La aparición de los TCE, es la causa más usual de afasia en personas con menos de 40 años según Ardila (2006a). De acuerdo con Martín y Sicilia (2012), tras el TCE, la alteración del lenguaje y habla dependen de la gravedad y extensión del mismo, es decir, si el efecto se da en áreas del lenguaje, es predominante la aparición de un síndrome afásico.

C. Los tumores.

El desarrollo de tumores ocasiona la afasia, sin embargo, atendiendo a Ardila (2006a), si el desarrollo del tumor es lento, la aparición de la afasia será igual de lenta, por ello, pueden pasar desapercibida las áreas del lenguaje afectadas. Por tanto, se podría decir que, los tumores son la causa menos usual y/o predominante en la aparición de la afasia.

Una vez comentadas las causas de la afasia, cabe destacar que, la afasia afecta a cualquier persona, independientemente de sus características personales como puede ser la edad y el género o características sociales, culturales y educativas. Pese a ello, es cierto que, suele afectar más a personas mayores que a personas jóvenes.

Los tratamientos para la rehabilitación de la afasia, son diversos y se ejecutan según la finalidad establecida, los programas utilizados en las terapias sirven para poner en funcionamiento las habilidades lingüísticas alteradas y su finalidad principal es enseñar capacidades perdidas tras la aparición de la afasia (Castejón y Cuetos, 2006). A continuación, se exponen diferentes tipos de técnicas usadas en tratamientos para la rehabilitación de la afasia, que son las siguientes:

A. Técnica de desbloqueo.

La técnica de desbloqueo fue impulsada por Weigl en el año 1986. Para ejecutar la técnica de desbloqueo, se presenta cualquier tipo de palabra de dos maneras, de forma impresa, y a su vez, de forma hablada, así, el paciente tiene más posibilidades de reconocer la palabra mediante alguno de los dos canales (Contreras, 2010).

B. Terapia melódica entonacional.

La terapia melódica entonacional fue presentada por Sparks, Helm y Albert. De acuerdo con Serón y Aguilar (2010), este tipo de terapia se desarrolla utilizando el ritmo de la palabra o frase con el palmeo de las manos, es decir, mientras el terapeuta entona un tipo de frase o palabra, el paciente intenta entonar la misma a la vez que palmea las manos. Una vez producido el efecto de la entonación sobre el paciente, la estimulación del terapeuta decrece y se suprime, mientras el paciente detiene el ritmo de las palmas y prosigue con la entonación de las palabras.

C. Estimulación Sintáctica de Helm.

La estimulación sintáctica tiene como objetivo la disminución de los agramatismos, es decir, es utilizada en afasias como la motora o también conocida como afasia de Broca. La técnica de

estimulación sintáctica de Helm se efectúa para construir oraciones espontáneas mediante la lectura y los diálogos (Contreras, 2010).

Ya explicadas algunas técnicas utilizadas en los tratamientos de la afasia, se argumentan cuáles son los tipos de terapia para el tratamiento de la afasia. Principalmente, existen tres tipos de terapias; las terapias individuales o también conocidas como individualizadas, terapias grupales y terapias intensivas.

A. Terapias individuales o individualizadas.

Las terapias individuales están compuestas por sesiones individuales, conformadas por actividades según las propuestas de mejora redactadas en el informe elaborado al analizar los test o pruebas estandarizadas del paciente.

B. Terapias grupales.

Las terapias grupales se desarrollan con personas con afasia que poseen niveles similares de comunicación, siendo indiferente la edad y el género. Este tipo de terapias están compuestas por sesiones grupales con actividades recreativas como canto, pintura, trabajos manuales o juegos sencillos.

C. Terapias intensivas.

Las terapias intensivas son terapias individuales que se realizan con pacientes agudos, es decir, pacientes que necesitan tres horas diarias de terapia a la semana. Además, las terapias intensivas se efectúan cuando el paciente vive en otra ciudad y se desplaza exclusivamente para asistir a la terapia.

1.4. Impacto de la afasia en el paciente, en su entorno familiar y en su vida cotidiana.

Tras la aparición de la afasia, la vida del individuo cambia y también su entorno y rutina. A continuación, se explica cuál es el impacto de la afasia en la vida profesional y social del paciente, en su familia y en su vida cotidiana.

En primer lugar, se argumenta cuál es el impacto de la afasia en el paciente a nivel social y laboral. Cuando surge la afasia, el tiempo del paciente dedicado a las actividades sociales decrece, puesto que, la disponibilidad se centra prioritariamente en su rehabilitación. Así mismo, las relaciones amistosas también disminuyen, conforme a González y González (2012), una vez que el paciente es dado de alta del hospital, las visitas y las invitaciones son menos frecuentes. De esta forma, el paciente se enfrenta a un aislamiento social, según los autores citados anteriormente, el aislamiento surge en doble sentido, por una parte, la dificultad para comunicarse y el temor a ser rechazado empujan al paciente al aislamiento, siente vergüenza, no se atreve hablar y evita el contacto social. Por otra parte, las personas que rodean al paciente lo excluyen, ya que ignoran cómo comunicarse con él. Por ello, cabe destacar la falta de conocimiento sobre la afasia y sus implicaciones y la importancia de la información en el entorno de las personas con afasia para lograr una mejor comunicación con ellas.

En cuanto a la vida laboral, el desarrollo profesional del paciente se encuentra afectado tras el daño cerebral y la pérdida del lenguaje en diferentes áreas. La afasia puede ocasionar diferentes limitaciones a nivel laboral, de acuerdo con González y González (2012), “la afasia puede venir acompañada de trastornos motores, limitación de la atención y la memoria, propensión a la fatiga, lentitud y falta de motivación” (p. 151). En concordancia con los mismos autores, la mayoría de los pacientes no son reinsertados en su actividad laboral previa, por ello, se ven forzados a elegir alguna de las siguientes alternativas, buscar un oficio diferente adaptado a sus habilidades, prepararse en actividades distintas que no dependan de habilidades comunicativas y, llevar a cabo trabajos voluntarios para sentirse útiles profesionalmente y reinsertados socialmente.

En segundo lugar, se manifiesta el impacto de la afasia en su entorno familiar. Según Donoso y González (2012), en la relación de pareja, existen dos variables de impacto, la primera variable es la mala relación del cónyuge con la persona con afasia, ello hace que, la

pareja se sienta responsable del paciente, sentimiento que le puede producir enfado. La segunda variable es la sobreprotección de la pareja hacia el paciente, e incluso la adaptación a la nueva vida de su pareja. Así mismo, los hijos adolescentes o adultos al ser más conscientes de la situación de su progenitor, se convierten en un gran pilar de apoyo y ayuda en el proceso de tratamiento y recuperación. Se ha de destacar que, si el hijo fuese menor de edad, la situación sería distinta y el cuidado del paciente recaería en la pareja. En cuanto a los amigos, la relación suele cambiar y se alejan de la persona con afasia, debido a la ignorancia de saber cómo comunicarse y relacionarse con el mismo, obviando la gran ayuda que pueden aportar en su rehabilitación.

En tercer y último lugar, se explica el impacto del paciente en su vida cotidiana. La persona con afasia posee mayor tiempo libre, puesto que, su vida laboral está muy limitada por las escasas oportunidades de trabajo. De acuerdo con González y González (2012), al disponer de tanto tiempo y realizar tan poca actividad puede resultar angustioso, en especial, si el anterior estilo vida del paciente era muy activo. Por ello, el tiempo libre se debe aprovechar con actividades recreativas, artísticas y deportivas -según las condiciones físicas del mismo-. Según los autores citados anteriormente, las actividades artísticas expresivas como la pintura o las manualidades, promueven la habilidad comunicativa de la persona con afasia.

1.5. Etapas de recuperación y variables que influyen en las mismas.

Las etapas de recuperación de la persona que padece afasia, varían en función de las características del paciente y las áreas del lenguaje afectadas. Atendiendo a González y González (2012), existen dos tipos de etapas de recuperación, la recuperación en la fase aguda y la recuperación a largo plazo. A continuación, se explican cada una de las fases según las palabras de los autores mencionados anteriormente.

A. Recuperación en la fase aguda.

En la recuperación de la fase aguda, las secuelas sufridas por el paciente en la transmisión del lenguaje, son graves y diversas. Pese a ello, “se observa una restauración rápida conforme el cerebro se recupera del daño, lo cual define las áreas lingüísticas en las cuales se observará una alteración duradera. Este periodo se conoce como recuperación espontánea” (González y González, 2012, p. 109).

La recuperación del daño cerebral resulta acelerada durante los tres primeros meses tras la aparición de la afasia, posteriormente, decrece y se origina la etapa crónica.

B. Recuperación a largo plazo.

La recuperación a largo plazo es una rehabilitación lingüística paulatina -a diferencia de la recuperación es la fase aguda-, no obstante, se observan mejoras en los pacientes. “La recuperación se basa tanto en la reorganización cerebral debida a la plasticidad como en el aprendizaje de estrategias compensatorias, las cuales se centran en el lenguaje funcional, es decir en mejorar la capacidad de comunicación” (González y González, 2012, p.110).

Se ha de destacar que, en la recuperación a largo plazo, pese a los avances y mejoras observadas, no se alcanzará el nivel comunicativo inicial del paciente, es decir, la comunicación que poseía antes de sufrir el daño cerebral.

Una vez explicadas las etapas de recuperación de la afasia, se argumentan cuáles son las variables que pueden influir en la recuperación de la misma. De acuerdo con las palabras de González y González (2012), se establecen cuatro grupos de variables que son los siguientes: daño cerebral, antecedentes personales, entorno y aspecto emocional y, por último, rehabilitación lingüística.

A. Daño cerebral.

En la variable daño cerebral, influyen algunos aspectos como, el tamaño de la lesión, la comorbilidad y la severidad y la tipología de afasia.

- Tamaño de la lesión: La variable sobre el tamaño de la lesión es notablemente importante,

puesto que, según la amplitud del daño cerebral, la rehabilitación de las habilidades lingüísticas del paciente será una u otra.

- Comorbilidad: Los pacientes pueden padecer otros trastornos paralelos a la afasia, estos deben tratarse al igual que la afasia, puesto que, pueden influir en la recuperación del lenguaje.
- Severidad y tipo de afasia: La severidad se relaciona estrechamente con la tipología de afasia que padece el paciente. Según Benson y Ardila (1996), el tipo de afasia más grave es la afasia global, y la más benevolente es la afasia anómica. Incluso, se ha examinado qué algunos tipos de afasia evolucionan mejor que otros.

B. Antecedentes personales.

La variable de antecedentes personales está compuesta por las variables edad, género, nivel lingüístico, y escolaridad y alfabetización.

- Edad: Las personas jóvenes poseen más plasticidad cerebral, ello facilita y beneficia el tratamiento y la rehabilitación del lenguaje.
- Género: Las mujeres regularmente se recuperan mejor que los hombres.
- Nivel lingüístico: Es la variable considerada como las estrategias y los medios que posee el paciente para comunicarse.
- Escolaridad y alfabetización: En las terapias se utiliza el método de la lectoescritura, por ello, los pacientes que han adquirido conocimientos poseen más ventajas que otros pacientes.

C. Entorno y aspecto emocional.

En la variable entorno y aspecto emocional, influyen variables como la motivación y el estado psicológico, así como, el medio familiar y social.

- Motivación y estado psicológico: La terapia debe ser interdisciplinar, ya que, se debe llevar a cabo un proceso motivacional con los pacientes para optimizar su rehabilitación.
- Medio familiar y social: La familia y el entorno cercano es un apoyo fundamental para el paciente, además, ellos pueden participar en actividades realizadas en las terapias.

D. Rehabilitación lingüística.

La variable de rehabilitación lingüística está conformada por variables como son la terapia del lenguaje, el intervalo entre la lesión y el inicio de la terapia y el impacto de la afasia en el paciente, en su entorno y su vida cotidiana.

- Terapia de lenguaje: La terapia puede ser efectiva si el terapeuta posee conocimientos y competencias sobre la rehabilitación lingüística en personas afásicas.
- Intervalo entre la lesión y el inicio de la terapia: Las terapias deben realizarse con periodicidad para conseguir la estabilidad o mejoría del paciente.
- Impacto de la afasia en el paciente, en su entorno y vida cotidiana.

1.6. Valoración con pruebas estandarizadas y para el diagnóstico de la afasia.

Las pruebas estandarizadas y para el diagnóstico de la afasia, son herramientas fundamentales para definir la valoración del paciente de forma objetiva. Son diferentes los instrumentos utilizados según diversos autores y modelos establecidos sobre la afasia. A continuación, se explican las pruebas mencionadas anteriormente:

A. Pruebas estandarizadas.

Las pruebas estandarizadas al evaluar la afasia miden la ejecución bajo control, por tanto, están compuestas por evaluaciones controladas. Estas pruebas, se caracterizan por un parámetro para evaluación inicial y para evaluaciones posteriores, para observar el proceso del paciente con afasia (González y González, 2012). Se ha de destacar la notable importancia de los datos aportados tras las pruebas, sin embargo, estos no son fijos y determinados, puesto que, “el paciente puede no emitir las palabras solicitadas durante la resolución de la prueba, y sí emitir las en situaciones cotidianas, o a la inversa” (González y González, 2012, p. 86).

B. Pruebas para el diagnóstico de la afasia.

Las pruebas para el diagnóstico de la afasia son pruebas específicas para evaluar la afasia o

alteraciones ocasionadas por la misma. A continuación, se explican algunas de las pruebas más utilizadas para diagnosticar la afasia, según González y González (2012), se dividen en pruebas estandarizadas, no estandarizadas y para evaluar una modalidad específica.

B.1. Pruebas con estandarización.

Las pruebas con estandarización de la afasia, están compuestas por el Test de Boston, la batería de las afasias de Western y el Test Barcelona.

- Test de Boston. El Test de Boston o también conocido como Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) -en idioma anglosajón-, según Martín y Sicilia (2012), es el test más usado para evaluar la afasia, el instrumento define tres objetivos y son los siguientes:

- Identificar la tipología de afasia.
- Valorar el rendimiento en un tiempo establecido.
- Evaluar de forma global las limitaciones y posibilidades del paciente en las diferentes áreas lingüísticas.

Las áreas del lenguaje evaluadas por los subtest del Test Boston son la articulación, fluidez verbal, encontrar palabras, repetición, gramática y sintaxis, parafasia, comprensión auditiva, lectura y escritura.

- Batería de las afasias de Western. La batería de las afasias de Western o también conocida como Aphasia Battery (WAB) -en inglés-, es un instrumento para organizar qué tipo de alteración posee el paciente inicialmente y observar su proceso y evolución (Martín y Sicilia, 2012).

- Test Barcelona. El Test Barcelona, de acuerdo con Martín y Sicilia (2012), valora diversas áreas como son el lenguaje, la memoria, la orientación y el cálculo.

B.2. Pruebas sin estandarización.

Las pruebas sin estandarización de afasia, son el Cuestionario para el Estudio Lingüístico de las Afasias (CELA) y el Test EPLA.

- Cuestionario para el Estudio Lingüístico de las Afasias (CELA).
- Test EPLA. El Test EPLA, también designado como Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia (EPLA), es un tipo de test apropiado para valorar el desarrollo psicolingüístico afectado de las personas que padecen afasia. EPLA focaliza su evaluación en el procesamiento fonológico, la lectura, escritura, comprensión de palabras y dibujos y comprensión de oraciones (Martín y Sicilia, 2012).

B. 3. Pruebas para evaluar una modalidad específica.

Las pruebas para evaluar una modalidad específica de la afasia son las siguientes:

- Token Test.
- Prueba de Denominación de Boston.
- Pruebas de Fluidez Verbal.
- Everyday Life Activities (ELA).

1.7. Rehabilitación de las alteraciones, consejos y recomendaciones para comunicarnos con personas con afasia.

La rehabilitación de las alteraciones lingüísticas en la comprensión verbal, se focaliza según González y González (2012) en varias áreas y/o niveles, como son el nivel fonológico, léxico, morfosintáctico y discursivo.

En primer lugar, a nivel fonológico, se fomentan y realizan actividades y dinámicas con personas que poseen dificultades en la comprensión del lenguaje y se expresan con jergas y neologismos. En segundo lugar, en el área léxica, se promueve la comprensión de léxico, las actividades realizadas principalmente son tanto el reconocimiento como la identificación de palabras. En tercer lugar, a nivel morfosintáctico, se promueven actividades para el paciente con alteraciones en la sintaxis. En cuarto y último lugar, en el área discursiva, el paciente distinguir que tema o temas puede emplear en una conversación, así como, es capaz de

comprender el lenguaje en un contexto determinado.

Una vez explicada la rehabilitación empleada en las alteraciones lingüísticas de la comprensión verbal, se expresan diversos tipos de rehabilitación en alteraciones de habilidades como son la rehabilitación de la alexia y agrafia.

Por un lado, la alexia se define como la alteración en las habilidades de la lectura, ocasionadas por una lesión cerebral (González y González, 2012). Según ambos autores, la evaluación y rehabilitación de la alexia está compuesta por la comprensión lectora, considerando notablemente los estudios del paciente y su nivel en lectura.

Por otro lado, se explica la rehabilitación de la agrafia. Para conocer el concepto de agrafia, se acude a Vendrell (2001), expone la agrafia como “la pérdida o deterioro de la capacidad para formular lenguaje escrito como consecuencia de una lesión cerebral” (Vendrell, 2001, p. 984). Ahora bien, la rehabilitación de la agrafia, está conformada por actividades lectoras sucesivas y ordenadas, por ejemplo, actividades de fonema a sílaba, de sílaba a palabra, de palabra a oración y de oración a texto (González y González, 2012).

Para finalizar, se manifiestan algunos consejos y recomendaciones para la comunicación con personas con afasia. De acuerdo con Donoso y González (2012), algunos consejos para mejorar la comunicación entre las personas con afasia y su entorno, son los siguientes:

- Al conversar con la persona con afasia, se utiliza el contacto visual para favorecer e impulsar la comunicación no verbal.
- Durante el diálogo se conversa sobre temas conocidos por la persona con afasia.
- Se utilizan frases y enunciados concisos y completos.
- El tema de conversación varía de forma pausada para no influir en la comprensión de la persona con afasia.
- Repetir ideas y conceptos relevantes en diferentes ocasiones.

- Usar la gesticulación al hablar, e incluso, gráficos y dibujos para promover la comprensión del mensaje.
- Requerir repeticiones sobre palabras o frases dichas de forma ininteligible. No obstante, si se observa que no posee la capacidad suficiente para ello, no se les obliga a repetir lo dicho, ya que, puede provocar frustración en la persona con afasia.
- Incentivar a las personas con afasia a interactuar con su entorno más cercano de diferentes maneras, ya sea por gestos, dibujos, etc...

Para completar los consejos anteriormente mencionados, se manifiestan algunas recomendaciones generales para la comunicación con personas con afasia expuestas por Martín y Sicilia (2012), que son las siguientes:

- Encontrar un entorno favorable para interactuar con los demás.
- Observar a la cara al paciente y pedirle que observe a quién se comunica con él.
- Conversar lentamente y articular de forma adecuada, no se aumenta el volumen de voz, sino que se adapta al paciente.
- Utilizar frases breves y fáciles, es muy importante enfatizar en las palabras claves.
- Comprobar si el paciente comprende la información explicada antes de introducir nueva información.
- Dar tiempo y margen a la persona con afasia para que pueda hablar y responder.
- Eludir las críticas y correcciones reiteradas.
- Formular preguntas al paciente para que pueda contestar brevemente.
- Animar a la persona con afasia constantemente, en sus diferentes esfuerzos y logros.
- La interacción debe tener un tiempo establecido para evitar la fatiga ocasionada por sesiones largas.

1.8. El reaprendizaje a través de los SAAC.

Las personas con afasia reaprenden lo aprendido y adquirido antes de la aparición de la afasia. El reaprendizaje de las personas que padecen afasia puede ser implementado de diversas formas, a continuación, se explican los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación o también denominados SAAC. En los SAAC intervienen diferentes profesionales, uno de ellos es el pedagogo, el cual posee un papel muy importante y relevante en el reaprendizaje del paciente con afasia, posteriormente se explica todo lo mencionado de forma pormenorizada.

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), “son un conjunto de recursos, sistemas o estrategias dirigidos a facilitar la comprensión y la expresión del lenguaje de personas que tienen dificultades en la adquisición del habla y/o en la escritura” (Montero González, 2003, p. 129). Así mismo, según el mismo autor, los SAAC son apoyos y recursos utilizados para promover la manifestación de las ilusiones, conocimientos u opiniones de personas que padecen dificultades comunicativas. El objetivo de los SAAC es establecer y aumentar los canales comunicativos sociales de la población con alteraciones lingüísticas.

Los SAAC son clasificados según necesiten o no algún tipo de soporte técnico y/o dispositivo externo, en base a Martín y Sicilia (2012), se pueden dividir en sistemas sin ayuda y sistemas con ayuda. En primer lugar, los SAAC sin ayuda facilitan el intercambio de diálogo utilizando el cuerpo, en lugar de recursos. El aprendizaje de los sistemas sin apoyo son la Dactilología, la Lengua de Signos, el Bimodal y la Palabra Complementada (Montero González, 2003). En segundo y último lugar, de acuerdo el mismo autor, los SAAC con ayuda permiten el manejo de herramientas para la comunicación. Las ayudas facilitan elaborar cuestiones, conversar sobre sentimientos y relatar o que te cuenten lo ocurrido durante el día.

La selección de un tipo de SAAC u otro es evaluado por un equipo multidisciplinar compuesto por neuropsicólogos, psicólogos, pedagogos y enfermeras (Martín y Sicilia, 2012).

Por ello, el papel del pedagogo en los SAAC es destacable, ya que, valora junto a otros profesionales qué tipo de SAAC es más eficaz aplicar con cada paciente según sus necesidades lingüísticas y orales. Además, el pedagogo es el encargado de elaborar diferentes materiales educativos, como pueden ser láminas que representen acciones o láminas con objetos cotidianos. Los materiales se crean en función de las necesidades del paciente, según las mismas, se elaboran materiales didácticos individualizados para conseguir los objetivos establecidos por los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación -algunos de los recursos elaborados por el pedagogo pueden observarse en el anexo-.

2. PLAN DE INTERVENCIÓN.

2.1. Contexto.

La población a la que se dirige el Plan de Intervención, son las personas adultas con un rango de edad que oscila entre los 50 y los 80 años. El tipo de dificultad de las personas adultas es la afasia de Wernicke. Las personas que padecen afasia de Wernicke, son capaces de producir multitud de palabras e incluso utilizan oraciones gramaticalmente correctas. Sin embargo, algunas de sus palabras u oraciones no tienen significado y/o sentido ya que, usan palabras inventadas o irrelevantes. Por ello, se puede decir que, la población con afasia de Wernicke posee dificultad para entender el significado de diferentes palabras y oraciones. Las áreas de lectura y escritura a veces están bastante deterioradas. Por ello, en el Plan de Intervención, las áreas comentadas serán aplicadas y llevadas a cabo en diversas actividades.

2.2. Destinatarios y objetivos.

El Proyecto de Intervención está dirigido a todas las personas con afasia de Wernicke. Los objetivos que pretende conseguir el Plan de Intervención dirigido a personas con afasia de

Wernicke son los siguientes:

- Aumentar el vocabulario.
- Fomentar la asociación de palabras-significados.
- Mejorar la comprensión lectora y oral.

2.3. Metodología.

En el Plan de Intervención se desarrolla la metodología online a través de la aplicación Skype. A través de Skype, la pedagoga puede compartir las diapositivas de cada una de las sesiones, e incluso, tiene la opción de escribir en las diapositivas para facilitar el desarrollo de algunas de las actividades. No obstante, la metodología online posee ciertas limitaciones al desarrollarla con personas con afasia. Algunas de las limitaciones pueden ser la ausencia del contacto físico, el cual, influye en la comunicación e interacción fluida de la pedagoga y el paciente. Además, el paciente al no asistir de forma presencial, no tiene la oportunidad de realizar las sesiones con material manipulativo para mejorar su motricidad fina y gruesa. Sin embargo, al ejecutar la metodología online, se observan algunas ventajas como puede ser compartir los documentos trabajados en las sesiones con la familia. De esta forma, la familia puede realizar algunas actividades con el paciente, para trabajar algunas áreas lingüísticas en las que se observan más dificultades, como puede ser la denominación.

2.4. Temporalización.

El Plan de Intervención dirigido a personas con afasia de Wernicke, está compuesto por ocho sesiones, cada sesión está compuesta por cuatro actividades y la duración de las sesiones es de una hora. La primera sesión se desarrolla el día 2 de marzo de 2022 y la octava sesión el día 20 de abril de 2022, las sesiones se ejecutan los miércoles de cada semana. En cada sesión se trabajan diversas áreas lingüísticas, los temas de cada sesión y su frecuencia se exponen en

la siguiente tabla (véase tabla 1).

Tabla 1.

Temporalización del Plan de Intervención de personas con afasia de Wernicke.

SESIÓN	TEMA	FRECUENCIA
1	Denominación, vocabulario, comprensión lectora y categorías semánticas.	Miércoles 2 de marzo de 2022
2	Denominación, vocabulario, memoria y determinantes artículos.	Miércoles 9 de marzo de 2022
3	Comprensión lectora, denominación, vocabulario y categorías semánticas.	Miércoles 16 de marzo de 2022
4	Pronombres personales, atención, denominación y vocabulario.	Miércoles 23 de marzo de 2022
5	Comprensión lectora, orientación temporal, denominación y vocabulario.	Miércoles 30 de marzo de 2022
6	Denominación, vocabulario, categorías semánticas y atención.	Miércoles 6 de abril de 2022
7	Comprensión lectora, denominación y vocabulario.	Miércoles 13 de abril de 2022
8	Denominación, vocabulario, memoria y atención.	Miércoles 20 de abril de 2022

2.5. Desarrollo de las sesiones.

El Plan de Intervención se compone de ocho sesiones, cada una de las sesiones está compuesta por cuatro actividades. A continuación, en la tabla 2, se explican detalladamente las cuatro actividades que componen cada sesión.

Tabla 2.

Actividades de las ocho sesiones del Plan de Intervención.

<p>Sesión nº 1.</p> <p>Actividad 1. En la primera actividad se trata la denominación de objetos cotidianos para aumentar el vocabulario y la designación de diferentes elementos. La actividad está compuesta por veinte diapositivas, en cada una se muestra una imagen diferente, la destinataria debe denominar los diferentes objetos expuestos.</p> <p>Actividad 2. La segunda actividad se basa en la lectura de un texto corto, así se fomenta la lectura, la comprensión lectora y la memoria. El texto debe ser leído dos veces por la destinataria, una vez leído, la pedagoga elabora preguntas para comprobar la información recopilada a través de la comprensión lectora.</p> <p>Actividad 3. En la tercera actividad se emplea la denominación de características de diferentes frutas, animales y medios de transportes, para mejorar la designación característica-objeto y el vocabulario. La actividad está compuesta por veinte diapositivas, en cada una aparece un enunciado y diferentes opciones de respuesta que corresponden al elemento del enunciado, la destinataria debe escoger la opción correcta.</p> <p>Actividad 4. La cuarta actividad se basa en la categorización de palabras, para mejorar su discriminación según la categoría semántica. La actividad se compone de veinte diapositivas, en cada una hay tres palabras pertenecientes a una categoría, la</p>

destinataria debe enunciar a qué categoría pertenecen cada una de ellas.

Sesión nº 2.

Actividad 1. La primera actividad consiste en elegir la primera sílaba correspondiente a la imagen expuesta, así se consigue aumentar el vocabulario y mejorar la designación de diferentes palabras. La actividad está compuesta por veinte diapositivas, en cada una hay una imagen con tres opciones para la primera sílaba, y se observa la segunda sílaba de la imagen, la destinataria debe elegir la primera sílaba según la imagen.

Actividad 2. La segunda actividad se basa en elaborar diferentes palabras que comiencen por la sílaba dada, de esta forma, se promueve el vocabulario. La actividad se compone por veinte diapositivas, en cada una aparece una sílaba, la destinataria debe enunciar dos palabras que comiencen por esa sílaba.

Actividad 3. En la tercera actividad se emplea la memorización, así se fomenta la memoria a corto plazo. La actividad está compuesta por diez diapositivas, de menor a mayor complejidad. Las diapositivas se muestran a la destinataria durante un minuto, posteriormente, debe decir qué elemento es y qué lugar ocupa, señalando la cuadrícula correspondiente.

Actividad 4. La cuarta actividad consiste en elegir el determinante artículo según la palabra dada, por ello, se promueve la designación artículo-sustantivo. La actividad se compone de treinta diapositivas, la destinataria debe elegir la opción de determinante artículo correcto según la palabra correspondiente.

Sesión nº 3.

Actividad 1. La primera actividad se basa en la lectura de un pequeño texto, así se impulsa la lectura, la comprensión lectora y la memoria. La destinataria debe leer un texto corto dos veces, una vez leído, la pedagoga realiza preguntas para comprobar qué información es capaz de recordar la destinataria, y qué ha comprendido a través de la lectura.

Actividad 2. La segunda actividad consiste en enunciar qué palabra corresponde a la definición dada, de esta forma, se promueve la denominación y el vocabulario. La actividad está compuesta por veinte diapositivas, en cada una aparece una definición y la primera sílaba de la palabra correspondiente a la definición, la destinataria debe mencionar qué palabra es la correcta.

Actividad 3. La tercera actividad se basa en reconocer la palabra intrusa de la categoría establecida, así se fomenta el vocabulario y las categorías semánticas. La actividad está compuesta por quince diapositivas con dos columnas de palabras, en cada una hay una palabra intrusa. La destinataria debe reconocer qué palabra es la intrusa y el porqué, indicando a qué categoría pertenecen las diferentes palabras.

Actividad 4. En la cuarta actividad se emplea la denominación de colores y partes del cuerpo. De esta forma, se promueve la designación palabra-objeto y el vocabulario. La actividad está compuesta por veinte diapositivas, en cada una hay una imagen y tres opciones de respuesta. La usuaria debe denominar el color o parte del cuerpo de la imagen eligiendo una de las tres opciones dadas.

Sesión nº 4.

Actividad 1. La primera actividad consiste en elegir el pronombre verbal correspondiente al verbo conjugado, de esta forma, se promueve la estructura gramatical. La actividad está compuesta por veinte diapositivas, en cada una hay tres pronombres verbales y un verbo conjugado, la destinataria debe escoger el pronombre verbal según el verbo indicado.

Actividad 2. En la segunda actividad se emplea la atención al señalar un determinado objeto todas las veces que aparece en la diapositiva y, la denominación al enunciar los objetos expuestos y su categoría semántica. De esta forma, la destinataria mejora la concentración y la designación de los objetos.

Actividad 3. La tercera actividad se basa en denominar imágenes que comiencen por la letra indicada, de esta forma, se promueve la designación a través de imágenes y el vocabulario. La actividad está compuesta por quince diapositivas, en cada una hay tres imágenes y la letra inicial de las mismas. La destinataria debe denominar las tres figuras, atendiendo a la letra por la que comienzan todas las imágenes.

Actividad 4. La cuarta actividad consiste en denominar palabras en función de su utilidad, así, la destinataria mejora la denominación y el vocabulario. La actividad está compuesta por quince diapositivas, en cada una se observa un enunciado sobre el uso de un determinado objeto y tres opciones de respuesta. La destinataria debe elegir la

opción correcta según el enunciado expresado y el objeto referenciado.

Sesión nº 5.

Actividad 1. La primera actividad se basa en la lectura de un texto corto, de esta forma, se promueve la lectura, la comprensión lectora y la memoria. La destinataria debe leer un breve texto dos veces, una vez leído, la pedagoga elabora cuestiones para conocer qué tipo de información recuerda la destinataria, y qué ha comprendido a través de la lectura.

Actividad 2. En la segunda actividad se elaboran cuestiones sobre la duración de diferentes acciones cotidianas, así, la destinataria mejora su orientación y distribución temporal. La actividad está compuesta por veinte diapositivas, cada una compuesta por una pregunta sobre el tiempo estimado de una determinada acción, la destinataria debe contestar cuánto tarda en hacer cada acción.

Actividad 3. La tercera actividad consiste en denominar la imagen expuesta, de esta forma, se promueve la designación imagen-objeto y el vocabulario. La actividad se compone de veinte diapositivas, en cada una de ellas hay una imagen y tres opciones de respuesta. La destinataria debe elegir qué palabra es la correcta según el elemento indicado en la imagen.

Actividad 4. En la cuarta actividad se emplea el uso de una sílaba para construir palabras que comiencen por la misma, con ello, se fomenta el vocabulario. La actividad está compuesta por quince diapositivas, en cada una hay una sílaba, la destinataria tiene que formar dos palabras que empiecen por cada sílaba dada.

Sesión nº 6.

Actividad 1. La primera actividad consiste en designar la palabra correspondiente a la frase enunciada, así, se impulsa la denominación y el vocabulario. La actividad se compone de quince diapositivas, en cada una hay un enunciado con tres imágenes y el comienzo de la palabra de cada imagen, la destinataria debe escoger que palabra es la adecuada según el enunciado dado.

Actividad 2. La segunda actividad consiste en denominar la acción manifestada en cada imagen, de esta forma, se fomenta la designación imagen-verbo y el vocabulario. La actividad está compuesta por veinte diapositivas, en cada una se observa una imagen y tres verbos, la destinataria debe elegir que verbo describe la acción expuesta en la imagen.

Actividad 3. En la tercera actividad se emplea la denominación por categorías semánticas, así se promueve la designación imagen-palabra y el vocabulario. La actividad está compuesta por diez diapositivas, en cada una hay nueve imágenes, pertenecientes a diferentes campos semánticos, la destinataria debe denominar las nueve imágenes de cada diapositiva y agruparlas por categorías semánticas.

Actividad 4. La cuarta actividad se basa en la atención al señalar un objeto específico todas las veces que aparece y, la denominación al enunciar qué objetos aparecen y cuál es su categoría semántica, así, la destinataria mejora la concentración y la designación de objetos.

Sesión nº 7.

Actividad 1. La primera actividad consiste en leer un breve texto, de esta forma, se fomenta la lectura, la comprensión lectora y la memoria. La destinataria debe leer el texto dos veces, posteriormente, la pedagoga formula preguntas para analizar qué información recuerda y comprende la destinataria a través de la lectura.

Actividad 2. En la segunda actividad se emplea la categorización de palabras según las imágenes expuestas, con ello, se promueve la denominación y el vocabulario. La actividad se compone por quince diapositivas, en cada una hay siete imágenes, la destinataria debe señalar las imágenes que pertenezcan a la categoría semántica indicada.

Actividad 3. La tercera actividad se basa en identificar el sinónimo de las palabras dadas, de esta forma, la destinataria mejora su vocabulario. La actividad está compuesta por quince diapositivas, en cada una hay tres palabras y el sinónimo correspondiente a cada palabra. La destinataria debe relacionar cada palabra indicada en la columna izquierda de la diapositiva con su respectivo sinónimo expuesto en la columna derecha.

Actividad 4. En la cuarta actividad, se emplea la denominación de muebles y prendas de vestir. De esta forma, se promueve la designación palabra-objeto y el vocabulario. La actividad se compone de veinte diapositivas, compuestas por

imágenes y tres opciones para denominar el mueble o la prenda de vestir, la usuaria debe denominar la imagen eligiendo una de las tres opciones dadas.

Sesión nº 8.

Actividad 1. En la primera actividad se emplea la denominación según el enunciado dado, con ello, se impulsa la denominación y el vocabulario. La actividad está compuesta por veinte diapositivas, en cada una hay una definición y la destinataria tiene que enunciar la palabra correspondiente al enunciado dado.

Actividad 2. La segunda actividad se basa en la denominación de instrumentos musicales, para aumentar el vocabulario y la designación de diferentes elementos. La actividad se compone de veinte diapositivas, en cada una hay un instrumento musical diferente, la destinataria debe denominar cada instrumento musical.

Actividad 3. La tercera actividad consiste en leer un texto y ordenar las acciones del mismo, de esta forma, se promueve la comprensión lectora y la memoria. La actividad se basa en leer un pequeño texto dos veces, posteriormente, la destinataria tiene que ordenar las cuatro acciones que se le muestran en la diapositiva.

Actividad 4. En la cuarta actividad se emplea la atención al señalar una determinada imagen todas las veces que aparece, y la denominación al enunciar qué son las imágenes y cuál es su categoría semántica. De esta forma, la destinataria mejora la concentración y la designación de la imagen.

2.6. Recursos, evaluación y resultados.

Los recursos utilizados en el Plan de Intervención han sido diapositivas. Se han elaborado un total de treinta dos Power Point con diferente número de diapositivas, algunas poseen quince y otras veinte, dependiendo del grado de complejidad de la actividad. En cada sesión se han utilizado cuatro Power Point, en el anexo se pueden observar las ocho sesiones y las actividades de cada una de las sesiones. Para evaluar los resultados del Plan de Intervención, se desarrolla una prueba final compuesta por cuatro actividades, expuestas en la tabla 3.

Tabla 3.

Actividades de la prueba final del Plan de Intervención.

Actividad 1. La primera actividad consiste en leer un breve texto dos veces, una vez leído por la destinataria, la pedagoga elabora preguntas sobre el texto. La actividad se realiza para comprobar el nivel de comprensión lectora, alcanzado tras las diferentes sesiones, así como, el grado de memorización.

Actividad 2. En la segunda actividad, la destinataria debe memorizar diferentes elementos y el lugar que ocupan. Con el desarrollo de la actividad, se analiza el grado de memorización logrado tras aplicar las diferentes actividades de memoria.

Actividad 3. La tercera actividad se basa en señalar el objeto establecido y denominar todos los objetos que aparecen en la diapositiva. Con la ejecución de la actividad, se comprueba qué tipo de atención posee la destinataria y su nivel de denominación, tras las actividades realizadas en las sesiones.

Actividad 4. La cuarta y última actividad consiste en denominar objetos cotidianos y alimentos. Al efectuar la actividad, se puede observar el posible progreso en la denominación de elementos básicos, utilizados en el lenguaje habitual y/o cotidiano de la destinataria.

Los resultados esperados al implementar el Plan de Intervención sería cumplir los objetivos preestablecidos, principalmente mejorar el nivel de denominación de la paciente - área bastante afectada-, y su vocabulario. Así como, mejorar la comprensión lectora y oral, la atención y la memoria a corto plazo.

2.7. Limitaciones y mejoras.

El Plan de Intervención con personas con afasia de Wernicke puede presentar diferentes limitaciones como puede ser el desconocimiento de la familia sobre la rehabilitación cognitiva a través de diferentes tipos de terapias que se desarrollan con pacientes con afasia. Además, en algunos casos, la no aceptación de la enfermedad por parte de la familia, ocasiona frustración y ansiedad al paciente, por tanto, no se siente motivado a asistir y desarrollar las terapias. Así mismo, la mayor limitación existente es la falta de centros especializados en personas con afasia, lo cual impide la ejecución de terapias, actividades y/o intervenciones para conseguir la rehabilitación del paciente. Una vez analizadas las limitaciones, se destacan las mejoras de futuras intervenciones con personas con afasia. Se ha de destacar la necesidad de profesionales como el pedagogo, ya que, la afasia se debe dar desde un plano multidisciplinar con diversos profesionales como puede ser el psicólogo, neurólogo, logopeda y pedagogo. También, se requiere la elaboración de intervenciones adaptadas a cada paciente, de esta forma, se atiende a la diversidad de necesidades individuales y a través de las mismas, la mejora puede ser más progresiva y prolongada.

3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Al no haber implementado el Plan de Intervención expuesto anteriormente, se ha realizado una búsqueda exhaustiva sobre proyectos de intervención desarrollados con personas

con afasia para argumentar cuáles han sido los resultados logrados. El proceso de intervención seleccionado se ejecutó durante cuatro meses, los resultados se dividen en dos dimensiones, el nivel expresivo y comprensivo mediante el uso de pruebas estandarizadas y no estandarizadas. Se ha de destacar que, la muestra de la intervención está compuesta por cinco sujetos con afasia, dos de ellos padecen demencia y el resto presentan un deterioro cognitivo moderado.

A continuación, se discuten los resultados obtenidos tras aplicar el Plan de Intervención. A nivel expresivo, según Ubis Moreno (2018), tres de los cinco pacientes poseen un lenguaje fluido, son capaces de mantener una conversación pese a algunos bloqueos en conversaciones complejas. Sin embargo, el nivel expresivo de los dos pacientes restantes se encuentra más afectado, puesto que, padecen anomia la cual dificulta el inicio y desarrollo de una conversación. A nivel comprensivo, en la prueba inicial se observan ciertas necesidades, ya que, tres de los cinco pacientes se encuentran por debajo de los 5 puntos sobre 10. Una vez implementado el Plan de Intervención y realizada la evaluación final, los resultados son los siguientes, tres de los cinco pacientes han mejorado bastante, mientras tanto, en los otros dos pacientes, uno se ha mantenido e incluso, ha obtenido mejores resultados, mientras que, el otro paciente ha conseguido resultados inferiores a los iniciales, debido a su mayor deterioro cognitivo (Ubis Moreno, 2018).

A modo de conclusión, se puede decir que, los pacientes pueden presentar un diagnóstico parecido, no obstante, cada uno posee un nivel lingüístico y cognitivo diferente, ello se puede observar en los resultados tras la aplicación de las actividades. Además, gracias al desarrollo de Planes de Intervención, se analiza y observa cuáles son las herramientas adecuadas según las dificultades del paciente, como podría ser el uso de gestos y pictogramas con personas que presentan más limitaciones al iniciar y mantener una conversación. Para finalizar, cabe destacar la importancia de la duración de Planes de Intervención para satisfacer las necesidades comunicativas de los pacientes. La mayoría de los Planes de Intervención están

compuestos por ocho o diez sesiones y sus resultados son notables, por tanto, si las sesiones se llevarán a cabo de forma progresiva y aumentará el número de las mismas, los pacientes podrían mejorar aún más su nivel lingüístico y cognitivo.