

FACULTAD DE MEDICINA - Grado en Logopedia

TRABAJO FIN DE GRADO:

“Agramatismo y Paragramatismo”

Evaluación y modalidades de intervención de los aspectos gramaticales en pacientes con daño cerebral adquirido.

UVa

Autor: Jesús Gómez Campoó

Tutora: Gemma Herrero Moreno

Curso 2014/2015

ESQUEMA DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO EN LOGOPEDIA

1. Resumen /Abstract	2
2. Introducción	3
3. Objetivo del TFG	4
4. Metodología de trabajo. Hipótesis de estudio	5
a. Enfoque clásico.....	6
b. Enfoque pragmático	8
5. Justificación teórica:	11
a. Conceptualización	11
i. Daño Cerebral Sobvenido y Afasia	11
ii. Agramatismo	13
iii. Paragramatismo.....	15
b. La importancia de la evaluación	16
i. Evaluación del lenguaje.	16
ii. Tipos de pruebas para la evaluación de la Afasia.	18
iii. Subpruebas específicas para la valoración del agramatismo y el paragramatismo.	19
6. Desarrollo del Programa	20
a. Fase inicial:	20
i. Selección de casos.	20
ii. Evaluación de los casos	21
1. Evaluación del lenguaje a través del test Boston	
2. Evaluación del discurso	
3. Evaluación de la expresión escrita.	
b. Fase intermedia:	24
1. Desarrollo del programa de intervención	24
2. Análisis de las actividades dirigidas.	26
c. Fase final	28
1. Reevaluación.....	28
2. Comparativa de resultados.	29
7. Conclusiones, limitaciones y	31
8. Agradecimientos	32
9. Bibliografía.	33
10. Anexos	35

1. Resumen /Abstract.

Nos encontramos ante la necesidad de dar un nuevo enfoque a la rehabilitación tradicional de las afasias, que se complemente con los modelos ya establecidos que han funcionado de una manera muy eficaz.

Con este trabajo fin de grado, nos hemos centrado en la rehabilitación de los aspectos gramaticales. Unas de las afectaciones más comunes de las afasias no fluentes es el agramatismo, mientras que de las afasias fluentes de conducción nos encontramos con el paragramatismo. Estos aspectos que solían aparecer comúnmente en las afasias de Broca y de Wernicke, se ha observado que aparecen como síntoma de otro tipo de cuadros afásicos, que no están relacionados con la fluencia del habla.

Los enfoques tradicionales que se han estado trabajando hasta el momento, han servido como base para la aparición de otros métodos de trabajo, en este caso, el Enfoque pragmático, con cuya puesta en práctica, gracias al trabajo de los actos de habla dirigidos, se ha observado una mejoría en aquellos aspectos gramaticales afectados. Vamos a comprobar a través de la comparativa de dos tomas de registro, la evolución favorable de los aspectos gramaticales en el tratamiento del agramatismo y el paragramatismo, siguiendo el enfoque tradicional y el enfoque pragmático.

Palabras clave: agramatismo, paragramatismo, afasia, sintaxis, pragmática, metodología, actos de habla.

Agrammatism and paragrammatism. Evaluation and intervention modalities of grammatical aspects in patients with Acquired Brain injury.

We need to face a new view to the traditional approach of the aphasias, in order to be a complement with the models already established that have worked in very efficient way.

With this Bachelor's thesis, we have focused on the rehabilitation of the grammatical aspects. One of the most common affectations of the non fluent aphasias is agrammatism, while with the fluent aphasias of conduction we find paragrammatism. These aspects, that usually appeared in the aphasias of Broca and Wernicke, have been detected that they appear as a symptom of another type of aphasias; that are not related with the speech fluence.

The traditional approaches which have been worked up till now, have been useful as a basis for the resurgence of other methods of working, in this case, the pragmatic approach, whose implementation, thanks to the effort of directed speech acts, it has been observed an improvement in those affected in grammatical aspects.

We are going to confirm comparing two recorded units, the positive evolution of the grammatical aspects in the treatment of agrammatism and paragrammatism, following a traditional focus and a pragmatical focus.

Keywords: agrammatism, paragrammatism, aphasia, syntax, pragmatics, methodology, speech acts.

2. Introducción.

Si observamos detenidamente la expresión oral de un paciente con afasia no fluente (Afasia de Broca, Transcortical motora, etc.), vamos a percibir una alteración importante del contenido estructural del mensaje, algunas de las palabras funcionales (verbos, sustantivos, artículos, etc.) están omitidas o en ocasiones aparecen de una manera poco cohesionada; a este aspecto lo reconocemos comúnmente como agramatismo.

En el caso de las afasias fluentes (Afasia de Wernicke, Afasia de conducción, etc.), nos encontramos con otro aspecto parecido, en el que el paciente introduce palabras funcionales dentro de la oración, cambiando el sentido general del tema.

En ambos tipos, el componente gramatical es el más alterado, impidiendo que el propio paciente emita un mensaje claro, que el receptor sea capaz de comprender, y por tanto que se de una comunicación efectiva.

Ante la necesidad de dar una respuesta más específica a estos errores gramaticales nos encontramos con que la mayoría de los pacientes que acuden a una consulta de logopedia concluye su tratamiento con una serie de objetivos relacionados con la corrección gramatical y el uso del lenguaje que no se han cumplido.

Precisamente en el amplio trabajo del logopeda se detecta la necesidad de dar una continuidad a este tratamiento, y de innovar e investigar las múltiples posibilidades metodológicas existentes que puedan dar una respuesta a esas demandas que se plantean a diario. A lo largo del siguiente trabajo de fin de grado, vamos a comprobar el enfoque pragmático en la rehabilitación del agramatismo y el paragramatismo, y de qué manera este enfoque nos da una respuesta tan eficaz como el método rehabilitador tradicional.

3. Objetivo del TFG.

El objetivo de este trabajo fin de grado es dar una respuesta metodológica a la rehabilitación y/o reeducación del agramatismo y el paragramatismo en pacientes afásicos.

Este enfoque plantea buscar una nueva herramienta de método basada en los componentes de uso de la pragmática, para la rehabilitación específica de estos aspectos.

En el caso de los pacientes con agramatismo se busca, gracias al enfoque pragmático, que puedan incluir dentro de sus estructuras sintácticas las palabras que habitualmente omiten o sustituyen, mejorando la calidad de estas verbalizaciones y por tanto mejorando la expresión y la comunicación del paciente con afasia, ampliando la longitud de la frase y logrando que la frase tenga una cohesión interna a nivel gramatical.

Por otra parte en el caso de los pacientes con paragramatismo, que suelen tener unas estructuras gramaticales fluidas, pero que introducen cambios dentro de las mismas, cambiando el sentido de la oración, el objetivo es que sean capaces de organizar o aprender determinadas estructuras, que las puedan generalizar e integrar en su vida diaria, de tal manera que se conviertan en parte de una comunicación efectiva, a través de la reproducción de actos de habla usados habitualmente en la pragmática.

Concretamente nos vamos a centrar en la rehabilitación del agramatismo y el paragramatismo presente en algunos casos de afasia fluida y no fluida, en los que se observa una clara omisión de palabras función y una reducción del contenido gramatical, así como un empobrecimiento sintáctico.

El uso del lenguaje, por tanto, va a ser el eje mediante el cual, a través del manejo de estructuras sintácticas ya elaboradas e integradas en el contexto, se consiga reducir el agramatismo y el paragramatismo.

4. Metodología de trabajo. Hipótesis de estudio.

La hipótesis marcada para este trabajo consiste en demostrar de una manera sencilla, que el enfoque pragmático es tan válido o más que el modelo tradicional estructuralista del aprendizaje del lenguaje, abajo – arriba, en lo que se refiere a la rehabilitación y reeducación de los aspectos gramaticales relacionados con el agramatismo y el paragramatismo, presentes como síntomas de determinados síndromes afásicos.

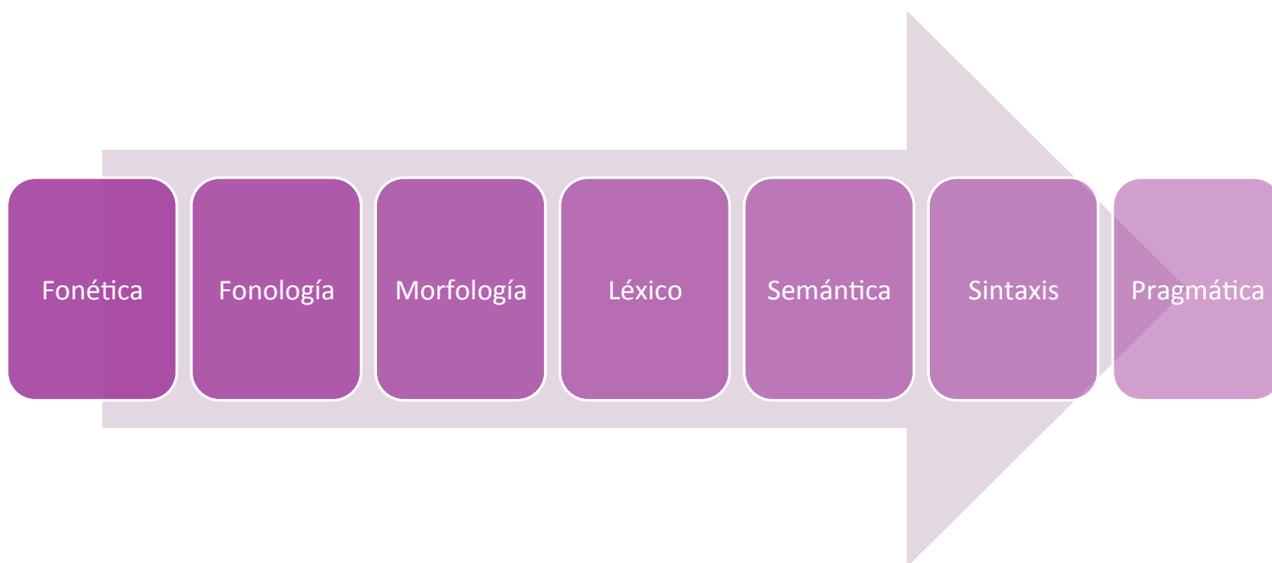
El modelo tradicional de reeducación de la afasia se centra principalmente en abordar los aspectos del lenguaje afectados en un orden jerárquico establecido, desde la unidad lingüística más pequeña que son los fonemas (unidos al esquema articulatorio del mismo), pasando a la combinación de letras, sílabas, la formación de las diferentes palabras, la unión de diferentes palabras para formar estructuras sintácticas simples, que van aumentando de complejidad a medida que se incluyen nuevos complementos y estructuras gramaticales más complejas, dejando para el final el uso propio del lenguaje.

El enfoque pragmático se centra en dar importancia al uso del lenguaje como primer constructo, sin olvidar el resto y en buscar las necesidades de cada persona, realizando un plan de intervención personalizado, que de en primer lugar una funcionalidad del lenguaje dejando atrás la precisión articulatoria que se buscaba en el enfoque tradicional.

A continuación se van a desarrollar ambos enfoques para dar una visión más clara de la hipótesis que se ha marcado para este estudio, ya que hasta ahora solo se han ofrecido unas ligeras pinceladas de lo que son ambos enfoques, aunque nos centraremos principalmente en fundamentar de una manera más precisa el enfoque pragmático, que es el eje de este trabajo de fin de grado.

Enfoque clásico

El esquema del enfoque clásico sería el siguiente:



En este proceso una de las características de este modelo es que cada área del lenguaje se trabaja de manera aislada o conjuntamente con otras, la razón de esto está relacionada con el modelo clínico de clasificación sintomatológica de las alteraciones logopédicas, se estudia cada área del lenguaje de manera independiente y se observa en que área hay más déficit.

En el caso de las afasias tradicionalmente se comienza el tratamiento reeducando los puntos articulatorios, para búsqueda de sonidos iniciales y a partir de ahí ir incluyendo esos sonidos en palabras, y las palabras dentro de frases y dichas frases dentro de un contexto de habla.

Un ejemplo sería el siguiente:

- Intentamos que el paciente aprenda los sonidos vocálicos, a, e, i, o, u; buscamos una palabra que pueda tener un significado importante y que contenga un alto poder emocional o motivacional para el paciente, en este caso vamos a elegir la palabra “agua”, que puede servirnos como vocabulario referencial de la acción de beber, o del vaso de agua como objeto referenciado.
- Se le programa al paciente para que intente articular dicha palabra de una manera adecuada, se entrena a su vez la discriminación auditiva y la

conciencia fonológica del mismo, , asociándolo con imágenes, trabajando la comprensión del vocabulario, el resultado sería “aua”

- Una vez que el paciente empieza a decir una palabra, que ha “aprendido”, el siguiente paso sería conseguir que el paciente amplíe con más palabras funcionales que tengan sonidos parecidos, principalmente vocálicos, que sean igualmente referenciados y referenciables. En este punto se tienen que trabajar aspectos de la discriminación auditiva.
- El siguiente paso sería introducir la palabra aprendida dentro de un grupo de palabras para organizar una frase sencilla, del estilo “quiero agua”, de esta manera ante la demanda, el paciente comenzaría a reproducir dicha estructura sintáctica simple.
- El paciente conoce una palabra de demanda como es el verbo “querer”, una palabra comodín muy importante que se puede asociar a otros sustantivos permitiéndole al paciente una comunicación más efectiva. Se le introducen sustantivos como comida, zumo, leche, galleta, periódico, tele, etc.
- Una vez que el paciente pone en práctica y generaliza esa estructura, puede empezar a realizar nuevas estructuras con ese mismo esquema “verbo + complemento” o incluso añadir complementos a la estructura inicial, aumentando la complejidad de la estructura sintáctica. Un ejemplo sería “Juan quiero agua” “dame agua” “quiero salir de paseo”...
- La generalización y el uso del lenguaje quedan relegados en este último lugar, no porque tengan menos importancia, sino, porque debido a la escasez de vocabulario es complicado que el paciente pueda hacer uso correcto del lenguaje referencial o que pueda cumplir las funciones del propio lenguaje. Aunque es bien cierto que este componente pragmático aparece en todo momento de la intervención, sobre todo cuando se asocia una palabra a una imagen y hay una demanda comunicativa; al crear un vínculo se crea también un mensaje y por tanto una comunicación entre un emisor y un receptor.

Enfoque pragmático

El enfoque pragmático utiliza otra forma de organizar la estructura metodológica, ya no se centra tanto en la jerarquía del componente de abajo a arriba, sino que se centra en la necesidad de comunicación.

Esta estructura tiene en cuenta los componentes del lenguaje, tanto en su forma, contenido, como uso, haciendo del uso del lenguaje como el primer nivel que tienen que dominar los pacientes.

El enfoque pragmático se centra desde un principio en dar una funcionalidad al lenguaje sin fijarse tanto en los aspectos alterados en el resto de las áreas, es decir, que un paciente en un inicio exprese una necesidad aunque esté mal articulada, que existan problemas morfológicos, o sintácticos, etc.

Para poder entender esto, planteamos el siguiente ejemplo:

- Un paciente quiere un vaso de agua, en el anterior enfoque la estructura jerárquica era fundamental, ya que intentábamos que el paciente aprendiera sonidos determinados para poder evocar una palabra y crear una demanda con una palabra bien articulada.
- En este enfoque enseñamos al paciente una estructura, en este caso “yo quiero agua”, el paciente es incapaz de repetir a la perfección todos los fonemas, pero si una serie de sonidos vocálicos, que posteriormente se van a trabajar de una manera más precisa. El paciente reproduce lo siguiente: “yo tero aua”
- El paciente activa un instrumento esencial en la pragmática, que son los actos de habla, en este ejemplo hemos puesto de manifiesto el uso del lenguaje en un acto directivo de petición.
- Una vez que el paciente es capaz de vincular esta necesidad con la repetición de ese acto de habla dirigido, empezaremos a trabajar más profundamente todos aquellos aspectos que se encuentren alterados, ya sea en el esquema articulatorio, en la precisión gramatical, etc.

Así el esquema de este enfoque sería el siguiente:



Para poder entender el esquema de este enfoque es importante tener claro el concepto de pragmática, según Gallardo Paúls (2005), la pragmática es una disciplina que se preocupa del “hacer mediante el lenguaje”, mientras que otras ciencias del lenguaje como la fonología, la sintaxis y la semántica “se ocupan del decir”.

La pragmática estudia el uso del lenguaje, o el uso contextualizado de las palabras, la realización de determinadas acciones que son simultáneas a la acción de hablar. El uso contextualizado del mismo es precisamente el que hace que tome esa importancia de dar un sentido a la rehabilitación, de trasladar la propia rehabilitación a los entornos naturales.

A la pragmática, aunque es un área muy importante del lenguaje, siempre se le ha dado un papel poco importante dentro de la rehabilitación de las afasias, por dos razones

- Por los pocos estudios que hay al respecto, centrados en lingüística clínica.
- Las escasez de materiales editados para el trabajo específico de esta área en la rehabilitación y la evaluación de las afasias.

Según Gallardo Paúls (2005), los actos de habla son el instrumento básicos de manifestación y relación, en el que se distinguen tres dimensiones en estas acciones Claire Penn (2000):

- El significado que transmite el hablante

- La intención con que lo transmite
- El efecto que tiene el mensaje en el oyente.

La pragmática diferencia cinco tipos de actos de habla¹:

1. *Actos de habla representativos: expresan un estado de cosas que se aceptan como verdadero: creencias, aseveraciones, afirmaciones, opiniones*
2. *Actos de habla directivos: en los que se trata de influir en la conducta del oyente; preguntas, invitaciones, peticiones, ofrecimientos.*
3. *Actos de habla expresivos: expresamos estados psicológicos: felicitaciones, saludos, agradecimientos.*
4. *Actos de habla compromisorios: el hablante se compromete en la realización de un acto futuro: apuestas, promesas, juramentos.*
5. *Actos de habla declarativos: al pronunciarlos en ciertas condiciones provocan cambios en la situación institucional; inauguraciones, bodas (solo determinadas personas pueden realizarlos)*

Para trabajar este enfoque en el tratamiento del agramatismo y el paragramatismo, se han seleccionado tres actos de habla, los representativos, los directivos y los expresivos, ya que son los de menor dificultad a la hora de poderlos ejecutar.

La metodología basada en este enfoque pragmático se organiza de la siguiente manera:

1. Se selecciona un determinado acto, y dentro este acto, una necesidad de la persona.
2. El logopeda, y el co-terapeuta escenifican un dialogo básico de comunicación. Por ejemplo si queremos trabajar los saludos, el dialogo sería el siguiente:
 - buenos días
 - Buenos días
 - ¿qué tal estas?
 - Bien/ Mal / regular. ..

¹ Extraído de Gallardo Paúls, Beatriz. Afasia y Conversación . Ed. Tirant Lo Blanch. Valencia, 2005

3. A continuación se repite dicho esquema varias veces, haciendo hincapié en todos aquellos aspectos relacionados con la comunicación no verbal, en especial a los reguladores, que son aquellos gestos que regulan el acceso al turno de palabra del emisor-receptor del mensaje.
4. El siguiente paso consiste en sustituir la figura del co-terapeuta por la del paciente, haciéndole partícipe de su papel dentro del diálogo.
5. Se intenta reproducir el mismo esquema inicial, hasta que lo automatice.
6. Una vez que durante varios días ha empezado a generalizar estos patrones dentro del centro, se reúne a la familia para que reproduzcan este mismo patrón en casa y empezar a generalizarlo en diversos entornos.

Desde el departamento de logopedia de Ictia (Asociación de Ictus y Paresias), se ha empezado a desarrollar el programa “Comunicación a través del teatro”, cuyo objetivo está relacionado con el enfoque pragmático, ya que se están trabajando los diferentes actos de habla, dentro del contexto de un taller de teatro, no solo los aspectos comunicativos, sino también la comunicación no verbal, la kinestésica, el sentido del humor, etc.

5. Justificación teórica.

a. Conceptualización

Daño Cerebral Sobrevenido y afasia

Según FEDACE (Federación Nacional de Daño Cerebral), el Daño Cerebral Sobrevenido (DCS) es el resultado de una lesión súbita en el cerebro que produce diversas secuelas de carácter físico, psíquico y sensorial. Estas secuelas desarrollan anomalías en la percepción sensorial, alteraciones cognitivas y alteraciones del plano emocional.

El aumento de casos de DCS en España en los últimos años está relacionado directamente con el aumento de patologías cerebrovasculares derivadas de aspectos médicos relacionados con hábitos inadecuados de salud (dietas hipercalóricas, tabaquismo, alcohol) factores exógenos con un gran componente social, como puede ser el estrés, la falta de tiempo para realizar ejercicio físico, etc.

Estos factores asociados a la edad, el sexo y los factores genéticos han hecho que la incidencia de ACV (accidente cerebro vascular) en estos últimos años sea muy alta. Según el INE, en 2008, el número de personas con DCS en Castilla y León era de 20.979 de un total en el territorio español de 420.065 personas. En las encuestas sobre discapacidad que se realizó este mismo años 2008, se extrajeron también datos muy importantes, relacionados con el ámbito de la rehabilitación logopédica; dichas estadísticas revelan un alto porcentaje en dificultades de la comunicación y el lenguaje en torno al 63% en pacientes con DCS sin especificar, y un 39% en pacientes con DCS como secuela de ACV.

Cuando hablamos de DCS lo habitual es referirse a la afasia, pero esto es un error, ya que, la propia definición de daño cerebral, no solo afecta a las dificultades de la comunicación, sino que abarca otros aspectos, que influyen en la comunicación como son los déficits cognitivos, los déficits sensoriales, los déficits motores, etc.

La afasia (López-Higues, 2005) es una patología del lenguaje que responde a una lesión cerebral en el hemisferio izquierdo, generalmente un accidente cerebrovascular o traumatismo craneoencefálico, aunque otras causas son anoxias, tumores, y malformaciones arteriovenosas.

Dependiendo de la localización de la lesión, las secuelas en el lenguaje son diferentes. Aunque cada vez los estudios revelan que los cuadros sindrómicos de la afasia no son tan “de libro” como planteaba en su momento inicial Luria (1976), sino que nos encontramos con síntomas que no son habituales en cuadros afásicos típicos. Este es el caso de las anomias, que pueden aparecer asociadas a cuadros de Afasia Transcortical sensorial, o los errores agramáticos que se dan en afasias mixtas.

La clasificación de Benson y Geschwind (1985), basada en el modelo neoconexionista, divide las afasias en 8 tipos:

TIPO DE AFASIA		EXPRESIÓN	COMPRENSIÓN	REPETICIÓN	DENOMINACIÓN	LECTURA	ESCRITURA
POR LESIONES EN LAS ÁREAS CORTICALES DEL LENGUAJE	BROCA	NO FLUENTE AGRAMATISMO					
	WERNICKE	FLUENTE (PARAFASIA, JERGA FONÉMICA)					
	GLOBAL	NO FLUENTE					
	CONDUCCIÓN	FLUENTE (PARAFASIA)					
POR LESIONES EN LAS ÁREAS LÍMITROFES A LAS ÁREAS CORTICALES DEL LENGUAJE	TRANCORTICAL MOTORA	NO FLUENTE					
	TRANCORTICAL SENSORIAL	FLUENTE(PARAFASIA, JERGA SEMÁNTICA Y ECOLALIA)					
	TRANCORTICAL MIXTA	NO FLUENTE ECOLALIA					
	ANÓMICA	CIRCUNLOQUIOS					

Como se observa en este cuadro, los síndromes afásicos que contemplan en sus características los trastornos de tipo agramatismo, son los relacionados con la Afasia de Broca y los que contemplan el paragramatismo están asociados a aquellos cuadros que presentan parafasia, como es la afasia de conducción. A continuación vamos a desarrollar más ampliamente ambas manifestaciones.

Agramatismo

El agramatismo (Gallardo Paúls, 2005) es un déficit lingüístico que se manifiesta en fallos referidos a estructuras morfológicas. Este fallo aparece en pacientes diagnosticados con afasia de Broca se suele manifestar como una dificultad para utilizar construcciones sintácticas más allá de las estructuras simples; así pues se considera un síntoma más dentro de los existentes entre este tipo de afasia.

Caramazza (1986) puso en entredicho en varias ocasiones la categoría clínica de agramatismo y sugirió que debería ser tratada como una categoría afásica de valor teórico. Kean (1977) a su vez, explicó que los pacientes agramáticos tenían una seria dificultad con las palabras no fonológicas (morfemas gramaticales libres y ligados).

Estudios más recientes han presentado a pacientes agramáticos cuyas producciones verbales eran diferentes en función de múltiples variables, por ejemplo Kolk y Heechen (1992) mostraron diferencias en la tasa de omisión de palabras funcionales dependiendo del tipo de tarea que realizaban. Estudios posteriores (Caramazza, 1996) demostraron que en contextos de habla más informales el habla del paciente era más agramática, mientras que en contextos más dirigidos, el habla era mucho más clara y se observaba una amplitud en las estructuras gramaticales.

Estos mismos estudios de Caramazza (1996) revelan precisamente, unos de los aspectos mas importantes que hay que aclarar. Aunque tradicionalmente el agramatismo se ha considerado un déficit de aquellos pacientes diagnosticados con Afasia de Broca, este mismo autor revela que en determinados casos de Afasia Anómica se han presentado estos mismos síntomas agramáticos.

Dentro de los Problemas relacionados con el Agramatismo nos encontramos:

- **Problemas relacionados con los morfemas gramaticales libres:** se produce una omisión selectiva de morfemas gramaticales libres y ligados,
 - Morfemas gramaticales libres: lo que habitualmente denominados como palabras funcionales, entre las que se incluyen partículas como preposiciones, artículos, pronombres, etc.
 - Morfemas gramaticales ligados: compuestos por afijos flexivos y derivativos.

Precisamente estos problemas están íntimamente relacionados con la morfología y la sintaxis.

- **Reducción de la Longitud media de la emisión oracional:** es un rasgo que está correlacionado con el agramatismo pero que no es necesario que aparezca como tal.
- **Disociación nombre – verbo:** los pacientes presentan dificultades en el acceso a las formas verbales.
- **Problemas en la construcción de oraciones:** las estructuras más comunes son Sujeto – verbo - Objeto (SVO); estos pacientes presentan dificultades con las oraciones de mayor complejidad sintáctica como consecuencia de un déficit léxico que afecta directamente a la selección adecuada de verbos.
- **Dificultades en el orden de las palabras:** sobre todo en la construcción de frases pasivas o con una estructura diferente a la habitual.
- **Alteraciones en la comprensión del lenguaje:** hay diferentes estudios que intentan explicar las dificultades que suelen tener estos pacientes para comprender el lenguaje. Las principales corrientes (Zurif y Caramazza, 1976) proponen una pérdida de habilidad sintáctica; Bradley et al. (1980) asumen que las dificultades de estos pacientes se encuentran en la capacidad de entender los morfemas gramaticales.

Paragramatismo

A diferencia del agramatismo, en el que hay múltiples estudios sobre esa manifestación, en el paragramatismo nos encontramos muy poca bibliografía, y muy pocos estudios al respecto, la mayoría de los estudios que existen versan sobre agramatismo.

El paragramatismo (Dubois y cols, 1994) se presenta en las afasias fluentes y se caracteriza por errores gramaticales, como la utilización de una marca temporal incorrecta en los verbos o un uso inadecuado de un pronombre, en el contexto de una amplia gama de construcciones gramaticales. También se relaciona con las afasias transcorticales sensoriales.

Algunos casos graves de paragramatismo que nos solemos encontrar son, la jergafasia y el discurso completamente inteligible, el cual observaremos de manera más precisa en las transcripciones de los pacientes de este estudio.

Los principales síntomas del paragramatismo son:

- **Fallos en el orden de las palabras, la estructura sintáctica y/o morfológica.** Se sustituye el orden de la frase por una amalgama de sintagmas que aparentemente están bien estructurados, pero que en la globalidad del texto, no hay ningún tipo de coordinación entre ellos.
- **Longitud exagerada de los enunciados.** Esta longitud está intrínsecamente relacionado con la jergafasia, y la verborrea, en un mismo enunciado, pueden aparecer varios cambios del hilo comunicativo.
- **Sustitución de las palabras funcionales o afijos flexivos.** Se sustituyen por otras palabras del mismo campo semántico, o, incluso, la incorporación de neologismos, que tienen rasgos de similitud con la palabra funcional que en ese momento se va a utilizar.

b. La importancia de la evaluación

Evaluación del lenguaje.

La evaluación del lenguaje es sin duda una de las tareas más complejas que se desarrolla en el ámbito de trabajo del logopeda, el resultado de una buena reeducación o rehabilitación depende de una correcta evaluación del lenguaje.

El proceso de evaluación está muy unido al de intervención, en muchas ocasiones el proceso de evaluación se separa del de intervención, pero es un craso error, ya que durante este periodo de evaluación y recogida de datos, se realizan una serie de actividades encaminadas a conocer aquellos aspectos deficitarios del lenguaje, que a su vez forman parte de un primer paso de la rehabilitación.

Los objetivos de la evaluación del lenguaje son:

- Detectar y seleccionar de forma sencilla y rápida aquellos aspectos del lenguaje comprensivo y expresivo que se encuentran alterados.
- Mayor conocimiento de cómo se articulan y conexionan los diferentes componentes estructurales (sintaxis, fonología, semántica)
- Describir la naturaleza exacta del problema
- Elaboración y puesta en marcha de un programa de rehabilitación

Los tipos de evaluación que nos encontramos pueden ser:

- **Entrevista:** la entrevista es la primera evaluación que se suele realizar antes de pasar cualquier protocolo específico, en la entrevista se suele ver muy por encima el lenguaje expresivo y comprensivo que conserva el paciente, el objetivo es extraer la información necesaria sobre datos personales, anamnesis, situación personal, antecedentes clínicos, y otros aspectos que puedan darnos pistas para encaminar la rehabilitación, y sobre todo para conocer más a fondo al paciente, y que nos sea más sencillo empatizar con él.
- **Test estandarizados:** Aquellas pruebas baremadas y tipificadas, y comercializadas que ofrecen una serie de puntuaciones directas sobre los aspectos del lenguaje que se evalúan y el déficit en el que se encuentran frente al estándar de estudio.
- **Protocolos no estandarizados:**
 - Pruebas desarrolladas por profesionales que no tienen ningún tipo de estándar, pero que sirven como registro de una serie de actividades del paciente.
 - Registros: recogidas de audio, video o texto escrito, que recogen los resultados de subpruebas o ejercicios específicos que nos permiten determinar algunos aspectos deficitarios del lenguaje.
- **Observación directa:** la observación se encuentra dentro de las pruebas no estandarizadas, es una recogida de información visual del comportamiento del paciente, de la forma de comunicarse con el entorno, y de realizar actividades autónomas. De esta visualización se toman una serie de notas que nos sirven de gran ayuda, para la planificación del programa de intervención.

Tipos de pruebas para la evaluación de la Afasia.

Ya hemos hablado de la importancia de la evaluación, en este punto lo que vamos a hacer valer es la importancia de las pruebas específicas para la valoración de la afasia.

Uno de los primeros objetivos que tiene la propia evaluación de la afasia es corroborar el diagnóstico, si presenta o no afasia, y que tipo de afasia es, ya que esto nos facilita bastante el trabajo de cara al plan de intervención.

En España se utilizan una serie de pruebas estandarizadas de valoración de la afasia, que a continuación presentamos brevemente:

- Test Boston de Diagnóstico de la Afasia (Goodglass y Kaplan, 1972): presenta una prueba específica de valoración del vocabulario, un formato abreviado, para realizar un screening rápido y la prueba extensa. Es de las más utilizadas, dada su facilidad a la hora de pasarlo.
- Test Barcelona (Peña- Casanova, 1990). Es una prueba más extensa que valora no solo los aspectos del lenguaje sino todos los mecanismos cognitivos relacionados con el mismo, es una prueba complicada de pasar y extensa, aunque se puede realizar el formato abreviado o la parte del lenguaje.
- Batería Western de las Afasias (Kertesz,1974): se considera una versión corta del Boston, es característico de esta prueba que cada subtest de lenguaje se valora de manera independiente uniéndose para sacar el “coeficiente de afasia”
- Batería EPLA (Valles y Cuetos, 1995): esta prueba no intenta clasificar al paciente según que síndrome padece, pero si que te permite valorar de manera subjetiva en que tipo de tareas falla.
- Test BETA (Cuetos, 2014): siguiendo el mismo formato que el EPLA, en este caso la batería BETA clasifica las afasias, siguiendo el modelo cognoscitivo, a través de tareas, remarcadas en diferentes grupos de valoración de cada área del lenguaje.

Subpruebas específicas para la valoración del agramatismo y el paragramatismo.

Encontramos que durante mucho tiempo se han investigado las afasias en función de las pruebas estandarizadas que ya existían o a través de determinadas pruebas no estandarizadas que servían para explorar determinados aspectos del lenguaje del paciente afásico.

Existe un vacío de pruebas específicas para la valoración del agramatismo y el paragramatismo.

En la actualidad se utilizan las subpruebas del Boston y del Barcelona referidas a la expresión verbal, como son la narración de un acontecimiento, y la descripción de una imagen. En ambas pruebas se realiza una transcripción del discurso del paciente para poder evaluar posteriormente la calidad de los sintagmas que utiliza, la pobreza léxica, el uso incorrecto de morfemas y lexemas, o la incorporación de otras palabras funcionales.

La recogida de estas muestras es un elemento fundamental en el trabajo logopédico, ya que el discurso del paciente nos permite realizar una evaluación mucho más detallada.

6.Desarrollo del Programa

El desarrollo del programa se ha estructurado en tres fases:

- **Fase inicial:** en la que vamos a seleccionar los casos, y realizaremos una evaluación inicial del discurso, para evaluar el nivel de agramatismo y paragramatismo de los pacientes.
- **Fase intermedia:** en la que realizaremos un plan de intervención, y plantearemos los diferentes objetivos a desarrollar con cada uno de los enfoques.
- **Fase final:** en la que se realiza una evaluación para comprobar la consecución de los objetivos, y la comparativa de los resultados respecto de la evaluación inicial de cada paciente.

a. Fase inicial:

Selección de casos

En esta primera fase del proyecto se han seleccionado cuatro sujetos, que acuden dos veces por semana a rehabilitación logopédica a la asociación Ictia (Asociación de ictus y paresias), se han tenido en cuenta diferentes aspectos:

El primero de los aspectos está relacionado con el cuadro clínico que presentan los pacientes. En este caso contamos con dos pacientes que presentan agramatismo, un paciente con Afasia de conducción, y otro caso con una afasia global cuyo síndrome ha evolucionado a Afasia Transcortical Motora. Los dos casos que presentan paragramatismo tienen un cuadro de Afasia Transcortical Sensorial.

Otro de los aspectos que se han tenido en cuenta es que su nivel sociocultural es similar; este aspecto es importante a la hora de elaborar las sesiones, ya que es más sencillo de programar.

Dentro del protocolo general de Ictia se solicita un consentimiento informado de recogida de muestras audiográficas, de video y fotografía, necesarias para la evaluación que realizan los diferentes profesionales (logopedas, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos y fisioterapeutas), por lo que para este estudio anónimo se han tomado los datos de las diferentes valoraciones, y el uso de estos datos está autorizado por los familiares, desde el inicio. No obstante han sido informados del estudio.

A partir de ahora denominaremos A1 y A2 a los pacientes con agramatismo; P1 y P2 a los pacientes que presentan paragramatismo.

El número 1 es el código referido al enfoque rehabilitador tradicional y el código 2, el referido al enfoque pragmático.

A continuación vamos a hacer una pequeña descripción de los cuatro casos que se han utilizado en este trabajo, de esta manera ya planteamos el desarrollo de la evaluación y la intervención conociendo un poco cada caso en particular.

	DESCRIPCIÓN DEL CASO	TIPO DE AFASIA
A1	Varón de 83 años, nivel sociocultural medio alto, acude a rehabilitación tras ACV embólico en Arteria Cerebral Media (ACM). Parálisis facial Nuclear izquierda tras cirugía. Jergafasia, agramatismo, neologismos y anomia	Afasia de conducción
A2	Varón de 25 años, nivel sociocultural medio. TCE en Septiembre de 2012. Dificultades articulatorias, apatía, dificultades en la ejecución de praxias oro-motoras. Lenguaje muy desestructurado, presenta agramatismo.	Afasia Global → Afasia de Transcortical motora.
P1	Varón de 79 años, nivel sociocultural alto, ACV isquémico en territorio profundo de la ACM en Febrero de 2014, Presenta parálisis facial supranuclear derecha, hemianopsia homónima derecha, jergafasia y parafasias verbales.	Afasia Transcortical sensorial
P2	Varón de 63 años, nivel sociocultural alto, ACV isquémico en la ACM en Septiembre de 2014. Presenta parálisis facial supra nuclear derecha, paragramatismo, anomia, y vacilaciones en el lenguaje expresivo.	Afasia Transcortical sensorial

Evaluación de los casos

Una vez seleccionados los casos, se han realizado diferentes pruebas del lenguaje, que están dentro del protocolo de evaluación general de la afasia, que se realiza en el departamento de logopedia de Ictia

- **Evaluación del lenguaje a través del test Boston:** Aunque el número de pruebas de valoración de la Afasia son cada vez más amplias y actuales, se han tomado como referencia esta prueba, ya que es una prueba con la que estamos familiarizados. Es sencilla de pasar y de transcribir los datos.

Se ha realizado una valoración del test en formato abreviado de cada uno de los casos en el inicio de la intervención; dentro del protocolo del departamento de logopedia, se realizan dos evaluaciones del lenguaje a

lo largo de toda la intervención, para poder identificar aquellos aspectos en los que el paciente ha mejorado y en los que hay que incidir.

- **Evaluación del discurso:** para la evaluación del discurso, tomamos como referencia el análisis de la expresión oral del Test de Boston, y las transcripciones de la misma. Para evitar sesgos en la recogida de muestras, evitamos preguntar sobre temas personales del pasado, para evitar que el componente emocional contagie la evaluación.

En este caso intentamos que el paciente nos cuente que es lo que ha hecho en pasado fin de semana, el contenido emocional es mucho menor, ya que simplemente tiene que enumerar o relatar una serie de acontecimientos que ha realizado durante el fin de semana, sin que activemos esos mecanismos cognitivos y emocionales de los que hablábamos antes. Debemos siempre atender a aquellos aspectos cognitivos que tienen que ver con la capacidad de memoria a largo plazo, la memoria episódica, los déficits atencionales, que en muchos casos pueden alterar la respuesta que esperamos del paciente. Para la elaboración de esta parte de la evaluación realizamos dos registros audiográficos:

1. El registro de la pregunta “¿que has hecho el fin de semana?, o ¿qué haces un día cualquiera desde que te levantas hasta que te acuestas?, se toma el registro y se transcribe.

2. Se les muestra una imagen “ denominada “familia en la cocina”, que pertenece a SM ediciones cuyo autor es



Noé Briviesca, es una imagen que permite a través de un lenguaje sencillo que el paciente exprese que es lo que hace cada personaje. El uso de este tipo de imágenes “situacionales”, permiten en la intervención desarrollar la capacidad de expresión

oral de los pacientes, ampliando su vocabulario y mejorando su discurso.

- **Evaluación de la expresión escrita:** al igual que en el discurso, la mayoría de las veces utilizamos el Boston como prueba para observar la calidad de la expresión escrita del paciente, lo habitual es encontrarnos con que la expresión escrita sea un reflejo de la calidez verbal, así un paciente con agramatismo comete los mismos errores en su escritura como en su habla.

Las pruebas específicas que hemos utilizado al igual que para la anterior prueba son:

1. Describir lo que ha hecho durante el fin de semana, o que hace en un día desde que se levanta hasta que se acuesta, en función de si vamos a obtener más o menos información. (Que el paciente sea capaz de escribir algo más que una frase).
2. La lámina de la familia y la cocina que hemos utilizado en la anterior prueba.

Para la elaboración de este TFG hemos utilizado los registros obtenidos en el subtest del Boston, de la descripción de la imagen de la cocina, ya que es una prueba sencilla y fácil de registrar.

Una vez realizada la evaluación inicial de las muestras recogidas se han extraído los siguientes aspectos en relación al componente gramatical de cada paciente. (ver anexo 1)

EVALUACIÓN INICIAL	
A1	En este caso, el paciente inicialmente presenta una omisión de la mayoría de verbos, y los verbos que utiliza, los utiliza en forma de infinitivos. También omite muchas palabras funcionales, preposiciones, artículos, que reducen la comprensión del contenido del discurso. Hay una reduplicación y una perseverancia en cuanto al contenido, en general no hay una idea clara de lo que quiere contar, La longitud de la oración ronda los 6 elementos, sin una cohesión clara entre ellos.

A2	<p>No hay prácticamente verbalizaciones, es escaso, en este caso se observa la ausencia de otras palabras funcionales determinantes, adjetivos, se limita a enumerar y colocar sustantivos y verbos sin darle forma.</p> <p>Se observan frases que utiliza como muletilla, que no tienen que ver con el discurso “yo tengo dos coches”</p> <p>La longitud de la oración es corta, de 4 elementos.</p>
P1	<p>Las verbalizaciones en este caso son muy extensas, el paragramatismo coexiste con una jergafasia muy pronunciada, aparecen neologismos.</p> <p>En general el discurso es pobre y la inclusión de palabras dentro de la frase que no tienen nada que ver altera el contenido de la misma.</p>
P2	<p>Aunque el discurso tenga más coherencia que le anterior las continuas vacilaciones y la elección incorrecta del vocabulario, dificulta la comprensión del texto.</p> <p>Aparecen pronombres y artículos como coletilla, que alteran el discurso general.</p>

b. Fase intermedia:

El elemento más importante de este proyecto después de la evaluación es el propio desarrollo de actividades para la puesta en práctica de esta metodología de trabajo.

Precisamente la duración de esta fase abarca 6 meses de trabajo, en los que se han establecido una serie de objetivos de la intervención siguiendo la metodología de intervención oportuna en cada caso. La intervención en estos casos no se han desarrollado a la vez, ya que los momentos de ingreso de cada paciente son muy diferentes.

Desarrollo del programa de intervención.

En cada uno de los casos se ha desarrollado un plan de tratamiento. El modelo de trabajo que se utiliza en Ictia, funciona a través de hojas de registro de seguimiento de necesidades, teniendo en cuenta los objetivos a largo y corto-medio plazo, en cada una de las áreas en las que se está interviniendo. (Ver anexo de ejemplo de hoja de seguimiento)

Los programas de tratamiento se estipulan por trimestres, en los que se plantean objetivos en función de las necesidades del paciente, a partir de ese momento, se programan las actividades pertinentes en cada caso.

Recordemos que tanto A1 como P1 se van a desarrollar programas siguiendo el enfoque tradicional, y en el caso de A2 y P2 se van a desarrollar programas de enfoque pragmático.

Los objetivos marcados de manera global en los casos con agramatismo (A1 y A2) serían los siguientes:

- Ampliar el vocabulario funcional del pacientes, sobre todo en relación con el uso de verbos.
- Ampliar el número de vocablos dentro de la oración.
- Mejorar el uso del femenino, el masculino, el singular y el plural, asociándolo al sustantivo y al verbo.
- Introducir mecanismos de organización del tema, para evitar perseverancias y circunloquios.
- Mejorar la comprensión de oraciones y su contenido en relación al verbo y los complementos.
- Intentar construir una mecánica a la hora de organizar una oración.
- Aumentar la interacción y la iniciativa para la comunicación.

En el caso de los pacientes con paragramatismo (P1 y P2), los objetivos van a ser diferentes, ya que en este caso nuestro fin no es ampliar la longitud de la frase sino que el contenido esté organizado y tenga lógica, para ello nos hemos marcado los siguientes objetivos:

- Controlar el número de emisiones en el discurso.
- Centrar la atención sobre el tema global del que se quiere hablar, para evitar que los temas contextuales alteren el contenido de la oración.
- Aumentar el léxico expresivo, especialmente en el uso de verbos y sustantivos y su relación entre ambos.
- Trabajar los aspectos de evocación de palabras para evitar las vacilaciones verbales.

Los objetivos que hemos marcado tienen un carácter muy general, en este caso y siguiendo el plan de intervención, este tipo de objetivos serían objetivos a medio - largo plazo, que son esenciales para la recuperación de los aspectos gramaticales de cada uno de los casos.

No nos hemos centrado en los objetivos individuales de cada caso, ya que la formulación de este trabajo no es explicar cuales son los objetivos, sino demostrar que una metodología o enfoque funciona en la rehabilitación del agramatismo y el paragramatismo.

Análisis de las actividades dirigidas.

El desarrollo de la parte interventiva es una de las partes más importantes, en este caso, la diferencia entre un enfoque y otro es la que va a marcar la tipología de actividades que se van a desarrollar a lo largo de la intervención.

Los pacientes que van a seguir el enfoque tradicional, van a seguir un enfoque centrado en analizar cada componente del lenguaje, de abajo a arriba, empezando por aquellos trastornos articulatorios deficitarios hasta llegar a la pragmática.

La tipología de actividades que se realizan en este enfoque tradicional son:

- Aprendizaje y modelamiento de los puntos de referencia articulatorios, e imitación de los mismos.
- Repetición de sonidos, silabas y palabras.
- Asociación de palabras con tarjetas, trabajando la comprensión auditiva.
- Ejercicios de vocabulario, adjetivos, verbos, sustantivos.
- Asociar características a los sustantivos, descripción de imágenes.
- Reproducción de oraciones Sujeto + Verbo, tipo el “el niño come”, referenciadas a una imagen.
- Ampliar los sintagmas con preguntas (¿quién?, ¿cómo?, ¿dónde?, porque?...), dando mayor sentido a la oración.
- Trabajar las frases de demanda comunicativa, ampliar con conversaciones dirigidas, etc....

Como se ha observado la mayoría de las actividades trabajan principalmente un componente del lenguaje, aunque como hemos explicado a la vez se fomenta el desarrollo de otros y sobre todo la generalización y el mantenimiento de los aprendizajes.

Cuando trabajamos con el enfoque pragmático, nos centraremos principalmente en el uso de los “actos de habla” ya que son el instrumento básico de manifestación y relación de la pragmática; para ello tendremos en cuenta las tres dimensiones de Claire Penn (2000):

- El significado que transmite el hablante
- La intención con la que se transmite este mensaje
- El efecto que tiene en el oyente.

Lo que vamos a desarrollar es un programa basado en el trabajo bidireccional de la comunicación, en el que el emisor se convierta en receptor de un nuevo mensaje, siguiendo un dialogo conversacional, aunque el mensaje contenga una serie de errores de forma (fonética y fonología), pero intentando que el contenido y el uso sean apropiados.

Que el paciente aprenda una serie de estructuras gramaticales a través de la repetición de las mismas, que sea capaz de automatizarlas, y generalizarlas en el contexto del centro al que acude a rehabilitación y posteriormente en el resto de contextos en los que el paciente se desenvuelve.

Los “actos de habla” que vamos a trabajar principalmente son los representativos, los directivos y los expresivos, ya que son los que más acto de necesidad presentan. Nos encontramos precisamente con esa necesidad de trabajar determinados aspectos que requieran crear una demanda, una petición, preguntar o expresar un sentimiento.

Un ejemplo en el caso de los pacientes con agramatismo y paragramatismo, trabajando las habilidades directivas en las que queremos preguntar una cosa a otra persona, sería:

- Perdona, ¿qué hora es?
- Las 12 de la mañana
- Muchas gracias

El componente motivacional es un eje prioritario en toda rehabilitación, si un paciente se encuentra motivado, el trabajo será mucho mas enriquecedor para el propio paciente y para el profesional.

En ocasiones hay determinados pacientes que necesitan de un apoyo visual para poder reproducir las estructuras gramaticales que se están trabajando, para ello, se ha realizado en el centro un plan de adaptabilidad comunicativa, para todas aquellas personas que tengan dificultades de expresión, en determinados puntos del centro hay frases elaboradas con pictogramas para que las puedan reproducir, y hay varios paneles de pictogramas del Arassaac, que facilitan el acceso al léxico, en caso de tener dificultades para evocar una palabra.

Uno de los programas que hemos empezado a trabajar en Ictia, es precisamente el “Taller de comunicación a través del teatro” (ver anexo 5) en el que se desarrollan estos aspectos de la pragmática enunciativa; el objetivo de este taller es buscar un punto en común de trabajo entre diferentes pacientes con afectaciones similares, en un entorno diferente y con el claro elemento motivacional que supone el teatro.

c. Fase final

Reevaluación

Una vez realizado el programa de intervención en los cuatro pacientes se va a realizar una nueva evaluación del lenguaje a través del Boston, para conocer tras el periodo de intervención de que manera ha funcionado un enfoque u otro.

Sobre todo lo que nos interesa en esta etapa es ver si hay o no una diferencia entre la fase inicial y la fase final, en el uso de una metodología y otra, en relación al discurso del paciente. Es decir, sabiendo desde que punto partimos a nivel sintáctico en cada paciente, utilizando una metodología tradicional y una metodología de enfoque pragmático, comprobar si esta última tiene la misma eficacia o es mejor que el enfoque tradicional.

Tras la transcripción de los datos observamos los siguientes aspectos:

EVALUACIÓN FINAL	
A1	<p>Tras la intervención se observa como empiezan a aparecer múltiples formas verbales, se establecen coletillas “que se”, “y luego” que enriquecen el contenido, hay una organización del discurso, más o menos se sobreentiende a que se refiere en cada caso.</p> <p>Se amplía el número de elementos de la oración, empieza a observarse una mayor cohesión interna entre los elementos del sintagma.</p>
A2	<p>Se observa una clara evolución, el número de verbalizaciones a aumentado considerablemente.</p> <p>Las estructuras gramaticales están mejor organizadas aunque mantengan el mismo número de elementos, aparecen determinantes que le dan riqueza y calidad al discurso.</p> <p>Aunque sigue usando muletillas, éstas las utiliza de manera adecuada.</p>
P1	<p>Aumenta el tiempo de verbalización y expresión, aplica el sentido del humor al texto, dándole mayores inflexiones al discurso, utiliza estrategias argumentales para justificar la aparición de un neologismo, centra bastante el tema con respecto al contenido inicial.</p> <p>La longitud de la frase a aumentado considerablemente, con la anexión de sintagmas relacionados con el propio proceso conversacional.</p>
P2	<p>Siguen existiendo vacilaciones, estas son mucho menos pronunciadas, ha reducido el número de vocablos en el propio sintagma y ha centrado bastante el tema al que se refiere el discurso. Las estructuras gramaticales son prácticamente correctas, con alguna salvedad.</p> <p>A nivel articulatorio, se observa una mejoría considerable, con respeto al registro inicial,</p>

Comparativa de resultados.

En este caso observamos la diferencia que existe tras las intervenciones siguiendo un modelo y otro.

Los pacientes que han seguido el enfoque tradicional A1 y P1, han mejorado en los siguientes aspectos:

A1: un incremento notable de formas verbales, que anteriormente no utilizaba. El discurso en general a cambiado bastante, desde un inicio se observaba una desorganización del contenido del discurso.

Se ha ampliado el número de vocablos dentro de la oración, la longitud de la oración es mucho más amplia.

P1: Aunque el tiempo del discurso sigues siendo amplio, la centralización del tema y la elección de determinadas estructuras gramaticales ha mejorado positivamente.

Se han reducido los neologismos y aunque utilice una estrategia parecida al circunloquio, acaba explicándolo de una manera clara y concreta.

Se ha observado una clara eliminación de las divagaciones y los parones en el discurso que tanto le frustraban.

Por otra parte los pacientes que han seguido el enfoque pragmático, que corresponden con A2 y P2, han mejorado los siguientes aspectos:

A2: La longitud de la frase ha aumentado considerablemente en esta prueba, en el desarrollo general de las sesiones, se expresa de una manera más eficaz, utilizando mas palabras funcionales, permitiéndole explorar las posibilidades comunicativas que tiene.

Las estructuras gramaticales han aumentado y están mejor organizadas, ahora siguen un patrón SVO, incluyendo algún determinante y artículo que anteriormente no utilizaba.

Ha mejorado mucho a nivel motivacional, ya que era un paciente muy apático, que se comunicaba lo justo, economizaba lingüísticamente, pero en estos meses ha mejorado su intencionalidad comunicativa con el entorno.

P2: Ha sido capaz de centrar el tema, organizando la estructura de lo que quiere expresar, el trabajo de los turnos de palabra ha tenido una clara evidencia en su discurso, ya que inicialmente no dejaba interactuar con el, ni conversar.

No tiene divagaciones, ni errores anómicos tan comunes como tenía antes, se observa una clara progresión a nivel articulatorio.

7. Conclusiones y limitaciones.

Como resumen, tras el análisis de los datos de los cuatro casos se ha observado que con la metodología tradicional de rehabilitación basada en una jerarquía de abajo – arriba, muy estructurada se presentan dificultades en la generalización de determinados aspectos gramaticales por el paciente, mientras que con el aprendizaje de estructuras sintácticas dentro de la reproducción de actos de habla, trabajados con el enfoque metodológico pragmático, los casos generalizan y suelen consolidar determinadas palabras función que en la metodología clásica no se habían conseguido.

Es un hecho comprobado por tanto que el aprendizaje a través del enfoque pragmático y de estos actos de habla directivos, expresivos y representativos reducen el agramatismo y consolidan las estructuras gramaticales presentes en los pacientes con paragramatismo. Por tanto podemos decir que el enfoque pragmático (en estos casos en los que se ha observado), ha tenido una gran validez, este puede ser un enfoque susceptible de ponerse a prueba en el ámbito de la logopedia, con el objetivo de ampliar las posibilidades que puede dar la pragmática y el uso del lenguaje en los pacientes con afasia y otros trastornos de la comunicación.

Para la realización de este proyecto, al estar en la actualidad como logopeda en activo, no he tenido problemas para poner en practica este trabajo, o para la búsqueda de casos; además la metodología del enfoque pragmático, es un método que utilizo prácticamente a diario desde que conocí los estudios de Gallardo Paúls, sobre el uso de la pragmática en la afasia.

En este caso, los pacientes no han sufrido ningún tipo de alteración o freno en su terapia, ya que en función de las características y de las necesidades de cada caso se utiliza una metodología, u otra, o la combinación de ambas, este aspecto es muy importante resaltarlo, ya que en algunos casos determinados estudios frenan una intervención para la recogida de datos o la valoración de determinados aspectos.

8. Agradecimientos.

Por último y no menos importante quería agradecer el apoyo durante el proceso de elaboración de este proyecto a Gemma Herrero Moreno, tutora de este proyecto, por darme el pie para continuar desde que comencé los estudios de Diplomado en Logopedia y los actuales estudios de Grado.

A todos los profesores del Actual grado de Logopedia, por permitirme volver a sentir las ganas de estudiar, las ganas de investigar y de conocer el plan actual de estudios.

Y Agradecer a mis compañeros de programa que sin ellos mi trabajo no tendría sentido,

y sobre todo a mis pacientes por permitirme disfrutar de la logopedia cada día más.

9. Bibliografía.

Libros:

- Gallardo Paúls, Beatriz (2005). Afasia y conversación. Las habilidades comunicativas del interlocutor - clave. Valencia. Ed. Tirant lo Blanch.
- Gallardo Paúls, Beatriz (2007), Pragmática para logopedas. Universidad de Cádiz. Servicio de Publicaciones.
- Gallardo Paúls, Beatriz y Sanmartín Sáez, Julia. Cano López, Pablo (coord..) (2007). Propuesta de transcripción de datos afásicos. 767 – 778. Actas del VI Congreso de Lingüística General Santiago de Compostela Volumen I. Santiago de Compostela. Ed. Arco Libros.

Artículos consultados:

- Almagro, Y. , Sánchez – Casas, R.M. y García – Albea, J.E. (2005). El agramatismo y su sintomatología. Revista de neurología 40 (6): Págs. 369 – 380.
- Baixauli – Fortea, I. , Roselló, B y Miranda – Casas, A. (2004). Evaluación de las dificultades pragmáticas. Estudio de casos. Revista de neurología 38 (Supl 1): Págs. S69 - S79.
- Ferri, Lluís. (2015). Cerebelo y Lenguaje: intervención logopédica en sus trastornos. Revista de neurología 60 (Supl 1): Págs. S57 – S62.
- Gallardo Paúls, Beatriz. (2005). Categorías inferenciales en pragmática clínica. Revista de neurología 41 (Supl. 1): Págs. S65 – S71.
- Gallardo Paúls, Beatriz y Moreno – Campos, Verónica. (2006). Evolución de la pragmática en un caso e afasia de Broca severa. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. Vol. 26, Nº 4, Págs. 188 – 203.
- Gallardo Paúls, Beatriz (2005). Guía comunicativa para interlocutores – clave en el marco de las conversación afásica. ELUA 19 Págs. 157 -168.
- Gallardo Paúls, Beatriz (1997). La enseñanza del componente pragmático. Español Actual 67, Págs. 85 – 94.
- Gallardo Páuls, Beatriz y Marín Jordá, María Josep. (2005). Marcadores discursivos procedentes de verbos perceptivos en el discurso Afásico. Revista de Investigación Lingüística. Vol. III. Págs. 53 – 94.

- Gallardo Paúls, Beatriz (1991). Pragmática y análisis conversacional: hacia una pragmática del receptor. Sintagma 3. Págs. 25 – 38.
- Gallardo Paúls, Beatriz y Moreno- Campos, Verónica. (2011). Pragmática enunciativa en lesionados de hemisferio derecho: estudio contrastivo respecto a hablantes afásicos. Revista de Investigación lingüística, nº 14. Universidad de Murcia. Págs. 23 – 34.
- Gallardo Paúls, Beatriz. (2009). Valoración del componente pragmático a partir de datos orales. Revista de neurología 48 (Supl 2): Págs. S57 – S61.
- Muñoz-Céspedes, J.M. y Melle, Natalia. (2004). Alteraciones de la pragmática de la comunicación después de un traumatismo craneoencefálico. Revista de neurología 38 (9): Págs. 852 -859.
- Vendrell, J.M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. Congreso virtual de neuropsicología. Revista de neurología 32 (10): Págs. 980-986.
- Yamila Sevilla, Valeria Abusamra y Jaichenco, Virginia. (2004). Patrones de déficit en la producción agramática. Revista Argentina de neuropsicología 2, Págs. 33 – 43.
- Ygual, A y Cervera, J.F. (1999). La intervención logopédica en los trastornos de la adquisición del lenguaje. Revista de neurología 28 (Supl 2): Págs. S109 – S118.

Apuntes de Asignaturas

- Gallardo Paúls, Beatriz. (Curso 2008- 2009) Análisis Lingüístico de las alteraciones del lenguaje. Capítulo 5 Análisis lingüístico de datos deficitarios. Universidad de Valencia.
- Portillo Cárdenas, Remedios. (Curso Doctorado 1999-2000). La evaluación de los niveles pragmático y semántico: Aplicaciones a la patología del lenguaje. Departamento de Psicología Evolutiva y de la educación. Universidad de Málaga.

10. Anexos:

- Muestras de los pacientes A1, A2, P1 y P2 de la evaluación inicial.
- Hoja de seguimiento Ictia paciente
- Muestras de los pacientes A1, A2, P1 y P2 de la evaluación final.
- Cartel taller de Teatro
- Fotografías adaptabilidad comunicativa del centro.
- Declaración de NO PLAGIO

MUESTRAS DE LOS PACIENTES A1, A2, P1 Y P2 DE LA EVALUACIÓN INICIAL.

A1 (5 minutos)

“ lo que yo en esta imagen , un chorro agua, un chorro rosca con ruleta, (pero que está pasando) como que esta pasando, pasa la talla de los chavales que rompe eso y se romper el cacharro del agua, y se romper la banqueta y... en particular da a otro patio, si tiene aquí dos tazas, dos tazas, este vertiendo.”

A2 (2 minutos)

“Lava los patos, la mujer” (que están haciendo estos dos a ver) no se, “jeje, niño cae de la illa”, “galletas, el niño, la niña” “ yo tengo dos coches”

P1 (3 minutos)

“Pues mira veo una caja de galletas, veo unos niños que estan tratando de hacer y al final a hacer fastidiales por la tableta esta que tiene, veo también una señora que indica se a crean demasiado por una espera de y de le sirve cirile y trata con un x y me parece bien se carece osea otra opción.

El carretero a verte por la pequeña de persona.”

P2 (3 minutos)

“Er chaval ca ca va cogiendo galletas y dándoselas a una niña , una señora que se le buuuuuuu, se le vuelca el grifo, se te ta dando cuenta de que de que esto no esta bien, esta limpiando los platos y se esta cayendo el agua, ehhhh que mas, es tu cuando esta cayendo cogiendo la galletas se esta cayendo el el el como se llama buaaaa el el jejeje (te echo una mano, taburete puede ser) si bien, taburete, y esta ble y esta cogiendo las galletas pero el niño se esta coyendo del taburete “

HOJA DE SEGUIMIENTO ICTIA PACIENTE

NOMBRE APELLIDO APELLIDO			
FECHA			
PROFESIONALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIONES	INTERVENCIÓN
TERAPIA OCUPACIONAL			
LOGOPEDIA	<p>Trabajar la ampliación de complementos en la oración</p> <p>Mejorar la articulación de los fonemas /b/ y /m/</p> <p>...</p>	<p>TEST BOSTON</p> <p>TEST BETA ...</p>	<p>Asociación de imágenes y palabras.</p> <p>Repetir frases de una imagen.</p> <p>Actos de habla directivos</p> <p>Terapia miofuncional ...</p>
NEUROPSICOLOGÍA			
FISIOTERAPIA			
TALLERES (TEATRO)	<p>Mejorar la comunicación no verbal</p> <p>Manejar el turno de palabra</p>		<p>Actos de habla directivos.</p> <p>Diálogos con otros pacientes.</p>

MUESTRAS DE LOS PACIENTES A1, A2, P1 Y P2 DE LA EVALUACIÓN FINAL.

A1 (2 minutos)

“Bueno pues mira coge la fruta el alto y el bajo y en fin, y luego coge el agua que se escapa de aquí, el agua, y luego hay un banquillo que se cae, el banquillo que se cae, y el grifo que se escapa, y.... y los dos, no, aquí el chaval que se cae, que se cae, los dos chavales, pues es que el que friegas, se quedó fregando la cocina y ya está. “

A2 (2 minutos)

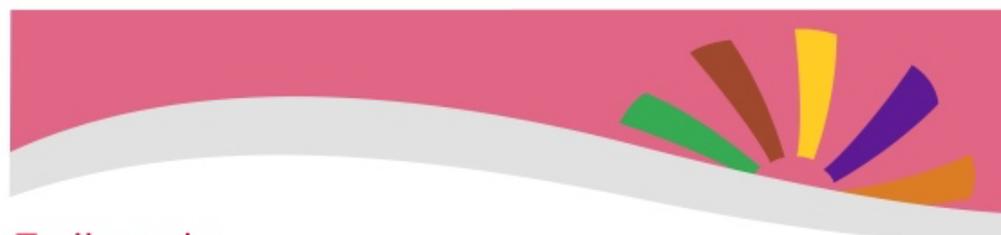
“la señora friega los platos, el grifo, el agua se sale, los niños, el chico coge galletas, la niña se ríe, la que están liando, son malos, malos, malos”

P1 (4 minutos)

“veo que es un chaval que se va a pegar un galleta cojonuda por coger unas galletas, así de fácil, aquí tiene el tajuelo que se le esta bailando (dime otra palabra que no sea tajuelo) se llama tajuelo o si lo quieres tu la banquetta, tajuelo es una palabra que también esta en el diccionario, pues eso que el chaval esta cogiendo las galletas y como consecuencia de ello, pues se va a pegar el tortazo a cuenta del tajuelo sabes? y de las galletas, hay una niña que esta diciendo ay ay ay que te vas a pegar con el tajuelo ¿sabes? y después de eso, el chaval le esta diciendo - leche pues es verdad que me voy a apegar un tajuelazo, y veo que la señora está, armando poco menos que una catarata del Niágara, a cuenta de que no se ha enterado que se le esta cayendo todo el agua del este... del del... este del del chisme este.... Joder del grifo, vaya que le está cayendo el agua ahí, y no se ha enterado siquiera (¿que está haciendo la señora?)... el indio porque si yo fuera, ya habría cogido la fregona y la hubiera recogido el agua para meterla en eso.

P2 (4 minutos)

“Ya ves, pues los niños se suben a por galletas, desequilibran el trípode, desequilibran el el... la banquetta mientras que cogen las galletas, después su madre se le va el agua y no se entera, porque esta ella, ella.... Si ella limpiando un plato y se le va todo el agua del fregadero. Está limpiando un plato.”



Taller de **COMUNICACIÓN**
A través del
TEATRO

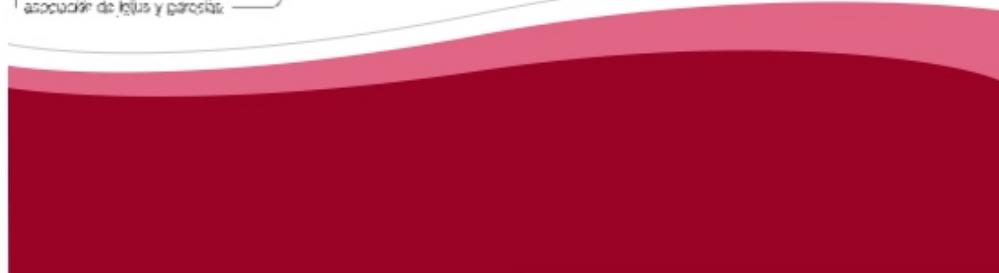


* Taller para trabajar determinados aspectos de la comunicación, del lenguaje, la expresión de emociones, la teatralidad, siempre con una gran dosis de buen humor, y sobre todo reforzar esos aspectos del lenguaje que a través del trabajo en equipo van a hacer que mejoremos nuestra comunicación.

Mas información: Despacho Logopedia

Horario: Viernes de 12:00 a 13:30

Lugar: Aula de talleres (Junto a la Cafetería)



FOTOGRAFÍAS ADAPTABILIDAD COMUNICATIVA DEL CENTRO.



DOCUMENTO DE NO PLAGIO

DECLARACIÓN PERSONAL DE NO PLAGIO

D. Jesús Gómez Campo con N.I.F. 71.935.917-J, estudiante del Grado en Logopedia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, como autor/a del trabajo titulado:

"AGRAMATISMO Y PARAGRAMATISMO, Evaluación y modalidades de intervención de los aspectos gramaticales en pacientes con daño cerebral adquirido"

presentado como Trabajo Fin de Grado, para la obtención del título correspondiente,

DECLARO QUE:

es fruto de mi trabajo personal, que no copio, que no utilizo ideas, formulaciones, citas integrales o ilustraciones diversas, extraídas de cualquier obra, artículo, memoria, etc. (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía.

Así mismo, que soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden legal.

En Valladolid, a 22 de Junio de 2015

Fdo.:



Universidad de Valladolid. Esta DECLARACIÓN PERSONAL DE NO PLAGIO debe acompañar a todos los Trabajos de Fin de Grado conducentes a la obtención del TÍTULO OFICIAL DE GRADO.

UVA