



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Medicina**

***“INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA DE CARÁCTER  
GRUPAL EN AFASIA A TRAVÉS DEL  
METALENGUAJE Y LA COMPRENSIÓN ORAL”***

---



**Grado en Logopedia**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Autora:** SOFÍA UBIS MORENO

**Tutor:** ENRIQUE GONZÁLEZ MARTÍN

**Año académico:** 2018-2019

---

# ÍNDICE

---

## Resumen / Abstract

<b>I.</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>Objetivos a lograr.....</b>	<b>2</b>
<b>III.</b>	<b>Metodología empleada .....</b>	<b>3</b>
	a. Elaboración de la fundamentación teórica.....	3
	b. Elaboración de la parte práctica .....	3
<b>IV.</b>	<b>Fundamentación teórica .....</b>	<b>5</b>
	a. Logopedia. Definición. Funciones. ....	5
	b. Lenguaje y comunicación en Afasia .....	6
	c. Evaluación cognitiva y lingüística del paciente adulto. ....	9
	d. Metalenguaje y comprensión oral.....	11
	e. El papel del logopeda en la atención a los pacientes con afasia. ....	15
<b>V.</b>	<b>Parte práctica .....</b>	<b>16</b>
	a. Datos de los sujetos .....	16
	b. Evaluación inicial.....	18
	c. Proceso de intervención .....	20
	d. Evaluación continua .....	25
	e. Evaluación final .....	26
<b>VI.</b>	<b>Resultados obtenidos y discusión .....</b>	<b>27</b>
<b>VII.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>34</b>
<b>VIII.</b>	<b>Referencias bibliográficas y otras fuentes consultadas.....</b>	<b>36</b>

## Anexos

## Resumen / Abstract

Debido a la existencia de una serie de necesidades en el lenguaje y la comunicación de un grupo de sujetos en edad adulta con Afasia de carácter expresivo y global, se propone la elaboración de un trabajo investigador basado en un programa de intervención logopédica que tiene como objetivos principales mejorar las habilidades de comprensión en las rutinas diarias de los pacientes a través del entrenamiento en la comprensión de textos y favorecer la expresión y la concienciación sobre el lenguaje utilizando el metalenguaje como herramienta de trabajo. Se lleva a cabo un proceso de evaluación continua, además de una evaluación exhaustiva en los momentos iniciales y finales de la intervención mediante pruebas estandarizadas y no estandarizadas de elaboración propia, dando lugar a una serie de resultados y al análisis de los mismos, valorando así la funcionalidad de las herramientas utilizadas para intervenir con este tipo de población a lo largo del proceso evaluativo. Al final del programa de intervención, se recogen resultados discretos, que no pueden ser extrapolados debido al carácter residual de la afasia que presentan estos pacientes, al corto período de tiempo durante el que se trabaja con los mismos y a la pequeña cantidad de muestra utilizada para el estudio. No obstante, quedan reflejados los beneficios de la terapia desarrollada, resultando evidente la potenciación de las habilidades comunicativas de estos sujetos con afasia.

**Palabras clave:** Evaluación e intervención logopédica, Afasia, Metalenguaje, Comprensión oral.

Due to the existence of several needs in language and communication in a group of adults with expressive and global aphasia, the elaboration of a research work based on a program of speech intervention that has as main objectives to improve the understanding skills in the daily routines of the patients is proposed. It is based on the training in the understanding texts and promoting language expression and awareness by using metalanguage as the principal working tool. A continuous evaluation process is carried out, in addition to a thorough evaluation at the initial and final stages of the intervention through standardized and non-standardized down production tests, giving place to a series of results and their analysis, evaluating the functionality of the tools used to intervene with these population

throughout the evaluation process. At the end of the intervention program, discrete results are collected, which cannot be extrapolated due to the residual nature of the aphasia presented by these patients, the short period of the intervention and the small amount of sample used for the study. However, the benefits of the developed therapy are reflected, being evident the empowerment of the communicative abilities of these subjects with aphasia.

**Key words:** Speech Therapy Evaluation and Intervention, Aphasia, Metalanguage, Listening comprehension.

## I. Introducción

El presente documento se corresponde con el Trabajo Fin de Grado impartido durante el cuarto curso del Grado en Logopedia y necesario para la finalización del mismo. Este proyecto pretende desarrollar las competencias y los conocimientos adquiridos a lo largo de la titulación.

El TFG es un proyecto independiente del estudiante, orientado y supervisado por un profesor tutor, que, durante el período de elaboración del mismo va a encontrarse a disposición del alumno para el adecuado desarrollo de dicho trabajo. Va a constar de una presentación escrita y una defensa oral por parte del alumno ante un tribunal.

Este trabajo puede desarrollarse a partir de cuatro modalidades diferentes, de las cuales se ha de seleccionar la que más se adecúe a nuestros intereses y finalidad del proyecto. En este caso, se ha optado por la opción B, el cual tiene como propósito llevar a cabo la elaboración de un proyecto de investigación teórico-experimental relacionado con la logopedia, con la finalidad de hacer una aportación a éste.

Con todo ello, se pretende presentar un modelo de intervención logopédica centrado en el metalenguaje con el fin de estimular y potenciar el lenguaje en un grupo de pacientes que presentan Afasia de diferentes características en cada caso. Para el correcto desarrollo de dichas sesiones se decide crear un material que se empleará durante las mismas, además de elaborar una serie de historias con sus correspondientes cuestiones estipuladas, trabajando de este modo el metalenguaje con estos pacientes con alteraciones en el lenguaje.

Primeramente, se plantean los objetivos que se desean conseguir mediante la elaboración de dicho trabajo. En segundo lugar, se va a explicar la metodología empleada en el estudio, con los datos pertinentes.

A continuación, se presenta la fundamentación teórica, basada en la revisión bibliográfica y la recopilación de información extraída de diversas fuentes como son libros y artículos, entre otros documentos, con la finalidad de argumentar el trabajo.

Tras haber analizado los datos obtenidos durante el proyecto de intervención, se exponen los resultados obtenidos e interpretación de los mismos, las conclusiones, y, por último, las referencias bibliográficas y los anexos.

## II. Objetivos a lograr

Los objetivos que se pretenden alcanzar con la realización del presente Trabajo Fin de Grado son los siguientes:

1. Realizar una revisión sistemática de artículos, libros y estudios en relación con la afasia, el metalenguaje y la comprensión oral.
2. Conocer las características y el manejo de pruebas estandarizadas de evaluación con población adulta, a nivel cognitivo y del lenguaje.
3. Fomentar un enfoque novedoso y creativo de intervención logopédica basado en la utilización del metalenguaje y la comprensión oral.
4. Valorar el papel del logopeda en un grupo de pacientes con afasia basando la terapia en el uso de herramientas novedosas como el metalenguaje y la potenciación de la comprensión oral.
5. Comparar el nivel lingüístico en pacientes con afasia antes y después de la intervención logopédica.
6. Analizar los resultados obtenidos para extraer conclusiones y proponer nuevas líneas de investigación.

### III. Metodología empleada

#### a. Elaboración de la fundamentación teórica

El procedimiento seguido para dar comienzo a este trabajo consistió en la realización de una búsqueda y revisión sistemática de información recogida en diversos artículos, libros, páginas web e información de marco teórico, durante los meses comprendidos entre febrero y abril.

Dicha búsqueda de artículos y otros documentos fue realizada a través de bases de datos tales como Dialnet, PubMed, Google Académico, el buscador de la Biblioteca de la Uva, el Índice Médico Español, así como también la consulta de diferentes libros sobre los temas principales del trabajo, los cuales fueron consultados en la biblioteca pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, y que se incluyen en la bibliografía.

Se han recogido 24 artículos introduciendo palabras clave como: "Afasia", "Comprensión oral", "Metalenguaje", "Intervención logopédica", "Intervención grupal" y afasia". 19 en español y 5 en inglés. No todos ellos fueron válidos, por lo que se escogieron aquellos que aportaban información novedosa e interesante al trabajo. 12 documentos fueron utilizados finalmente. Asimismo, fueron consultados 4 documentos bibliográficos (libros y manuales), y numerosas sedes web.

#### b. Elaboración de la parte práctica

Tras detallar la metodología seguida para la elaboración de la fundamentación teórica, se procede a explicar el proceso de selección de los sujetos y el desarrollo de la propia intervención con los mismos.

##### i. Selección de los sujetos

Para la realización del presente trabajo dedicado a la intervención en un grupo de pacientes con afasia ha sido necesario llevar a cabo la selección de dichos sujetos. Gracias a la realización del Prácticum III del Grado en Logopedia en la Residencia y Centro de Día de ASPAYM en Valladolid, se pudieron seleccionar cinco sujetos con afasia a través de la observación y la revisión y el análisis de sus historias clínicas. Para ello se tuvieron en cuenta

las características tanto clínicas como personales de los sujetos para potenciar el éxito de la intervención, siendo los criterios de selección el diagnóstico de afasia y la afectación del lenguaje tanto a nivel expresivo como comprensivo.

## ii. Proceso de evaluación

Este proceso constará de tres momentos diferenciados:

- **La evaluación inicial:** se desarrolla en las sesiones iniciales con cada paciente, de manera individualizada, mediante la observación directa y la evaluación del lenguaje y del resto de las funciones cognitivas a través de pruebas estandarizadas (Mini-Mental State Examination, Token Test) y no estandarizadas de elaboración propia, como la entrevista y la matriz de datos diseñadas con la finalidad de enriquecer el trabajo llevado a cabo.
- **La evaluación continua:** basada en la observación directa y el análisis y recogida de datos de los registros diarios de manera continuada durante las sesiones y a lo largo de todo el periodo de intervención.
- **La evaluación final:** tiene lugar al final de la intervención, y se lleva a cabo del mismo modo que el resto de las evaluaciones, comparando los datos obtenidos al inicio con los resultados finales, con la ayuda de las pruebas estandarizadas y las de elaboración propia citadas anteriormente.

## iii. Proceso de intervención

- *Selección de los materiales*

Se decide elaborar material manipulativo para llevar a cabo las sesiones dedicadas al metalenguaje y la comprensión oral, los dos ejes centrales de esta intervención.

- *Temporalización, registro diario y observaciones*

El análisis detallado de la metodología empleada para llevar a cabo estos aspectos se encuentra más adelante en los apartados correspondientes.

## IV. Fundamentación teórica

### a. Logopedia. Definición. Funciones.

La Logopedia según el decreto francés del 2002<sup>1</sup> recogido en el Libro Blanco<sup>1</sup>, es considerada como aquella disciplina que consiste en prevenir, evaluar y asumir la responsabilidad, tan pronto como sea posible, con actos de reeducación que constituyan un tratamiento, los trastornos de la voz, de la articulación y del habla, así como los trastornos asociados a la comprensión del lenguaje oral y escrito y a su expresión. La Logopedia consiste también en proporcionar el aprendizaje de otras formas de comunicación no verbal que permitan completar o suplir estas funciones.

En el documento de la ASHA se exponen las funciones en las que el logopeda se encuentra capacitado para actuar. Dice así: *“Trabajan para prevenir alteraciones de voz, lenguaje, comunicación, deglución y trastornos relacionados. Detectan, identifican, evalúan, diagnostican, remiten, y proporcionan tratamiento e intervención, incluyendo servicios de consulta y seguimiento, a personas de todas las edades con, o en riesgo de sufrir alteraciones del habla, voz, lenguaje, comunicación, deglución y trastornos relacionados”*<sup>2</sup>.

Asimismo, Cáceres Sánchez, I. <sup>3</sup> se basa en la definición ofrecida por el CPLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopedes) para indicar que el logopeda es el terapeuta que asume la responsabilidad de la prevención, de la evaluación, del tratamiento y del estudio científico de los trastornos de la comunicación humana y de sus trastornos asociados: audición, voz, palabra, lenguaje oral y escrito, deglución, funcionamiento tubárico y comunicación no verbal.

El decreto francés de mayo del 2002, recogido en El Libro Blanco del Grado en Logopedia<sup>1</sup>, informa de los diferentes ámbitos en los que la figura profesional del logopeda está habilitada para actuar. De todos aquellos campos que le competen, se destaca a continuación el ámbito de las “patologías neurológicas”. En este epígrafe se centra la actividad del logopeda basada en la reeducación de las funciones del lenguaje oral y escrito relacionadas a lesiones cerebrales localizadas (afasias, alexia, agnosia, agrafia, acalculia).

Dicho trastorno se encuentra a su vez citado de manera informativa, sin voluntad de exhaustividad, en el segundo apartado de esta clasificación, con el título de “Trastornos adquiridos del lenguaje por lesión neurológica”, en el que se agrupan alteraciones como las

Disartrias, Dislexias adquiridas, Agrafías y Disgrafías adquiridas, Amusias, Afasias infantiles adquiridas, y, el trastorno en el que se centra el presente trabajo, las Afasias.

Una vez ubicado y analizado el lugar que ocupa la Afasia en la anterior clasificación, se procede en el apartado consecutivo a hablar de las características de la Afasia y su relación con el lenguaje y la comunicación.

#### b. Lenguaje y comunicación en Afasia

Como aparece reflejado en el Manual de Logopedia <sup>4</sup>, el lenguaje puede estudiarse desde una perspectiva funcional, como un instrumento que permite la comunicación entre los seres humanos, y en concreto, entre un emisor y un receptor, gracias a la participación de ciertos elementos (un mensaje que apunta a un referente y que se transmite por medio de un código y a través de un canal).

Se toma como referencia la definición del lenguaje de Chomsky en dicho Manual, aportando las siguientes características al mismo: *“una conducta, una facultad mental o sistema de conocimiento, un sistema que permite aumentar la capacidad de desarrollar la creatividad humana”* <sup>4</sup>.

Castaño, J. <sup>5</sup>, por otro lado, se refiere al lenguaje como un claro ejemplo de una función superior del cerebro cuyo desarrollo se sustenta, por un lado, en una estructura anatómico-funcional genéticamente determinada y, por otro, en el estímulo verbal que le da el entorno.

De acuerdo con Damasio<sup>6</sup> y su estudio relacionando el funcionamiento del cerebro con el lenguaje, se pueden considerar tres sistemas principales que sustentan funcionalmente el lenguaje:

1. Un sistema operativo o instrumental, que ocupa la región perisilviana del hemisferio dominante y que incluye el área de Broca y el área de Wernicke.
2. Un sistema semántico, que abarca grandes extensiones corticales de ambos hemisferios.
3. Un sistema intermedio organizado modularmente, que sirve de mediación entre los dos anteriores y que se ubica alrededor del sistema instrumental.

Continuando con el estudio de Castaño, J.<sup>5</sup> se puede decir que, dadas las distintas formas clínicas de presentación de los trastornos en el desarrollo del lenguaje, es lógico asumir que

en cada una de ellas subyace un mecanismo fisiopatológico diferente y que ninguno de los hallazgos e hipótesis planteados sirve para explicar de forma absoluta la generalidad de estos trastornos.

Según un esquema en el que asociamos el modelo de Chevrie-Müller y Narbona con el de Damasio, podemos distinguir tres niveles de afectación del lenguaje<sup>5</sup>:

1. Nivel instrumental. Las disfasias que se deben a alteraciones del sistema operativo o instrumental son:

a) Agnosia auditiva verbal, donde se afecta la descodificación de los sonidos de la lengua por fallos en el análisis acústico fonético y fonológico, circunstancia que impide el acceso a las representaciones mentales de sonidos y, por ende, a sus significados (corteza auditiva secundaria área de Wernicke).

b) Trastorno fonológico sintáctico, donde se afecta la forma de la lengua, el reconocimiento fonológico y la morfosintaxis

c) Trastorno de la programación fonológica. El paciente tiene dificultades para construir la plantilla fonológica del mensaje verbal, en la que se requiere una adecuada secuenciación e inhibición de emisiones incorrectas (corteza frontal).

d) Dispraxia verbal. Aquí se afectan los procesos de montaje de las piezas fonéticas a partir del plan fonológico y de la selección de los patrones motores y temporales (cortezas frontal e insular).

2. Nivel intermedio o de mediación. Pertenece a este nivel el trastorno sintáctico-lexical, en el que se afectan funciones centrales con dificultad en la recuperación de vocablos y en el acceso a las representaciones mentales de las palabras. Tiene similitud con el cuadro de la afasia dinámica de Luria.

3. Nivel semántico. Con afectación en procesos de alto nivel: trastorno semántico-pragmático, en el que no hay dificultades en la emisión ni recepción del lenguaje, pero sí en su acceso al pool semántico y en los mecanismos de inhibición de contenidos erróneos o incongruentes (corteza prefrontal).

Una de las alteraciones lingüísticas más destacables y la cual pretende ser estudiada a lo largo del presente trabajo es el trastorno afásico y sus características.

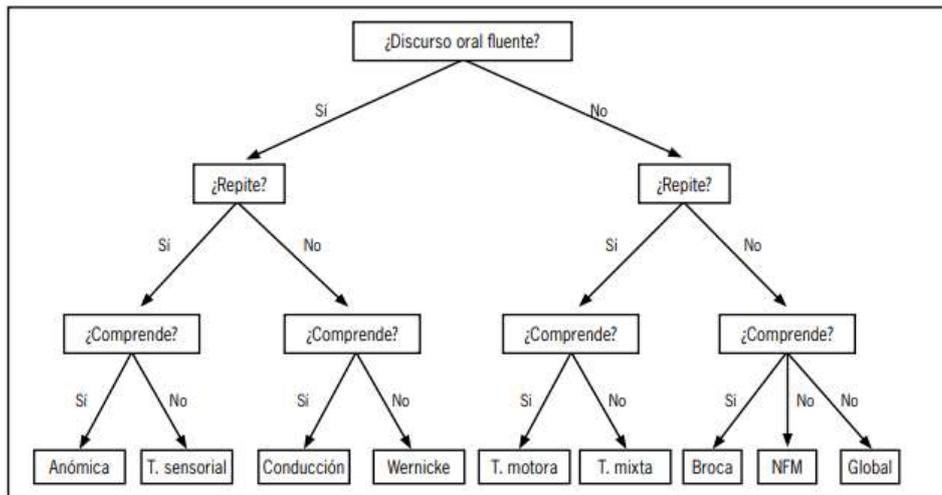
La afasia según la definición de González, R. et al <sup>7</sup>, siguiendo una perspectiva clínica es un trastorno del lenguaje adquirido a consecuencia de un daño cerebral, que por lo general compromete todas sus modalidades: expresión y comprensión del lenguaje oral, escritura y comprensión de lectura. Cada una de éstas se puede afectar cualitativa y cuantitativamente de forma diferente, conformando grupos sindromáticos que pueden coexistir con deficiencias en el procesamiento cognitivo. El síntoma más preponderante en este trastorno es la anomia, dificultad para evocar las palabras. Es habitual que los pacientes afásicos presenten dificultad en el lenguaje escrito. Estos trastornos se denominan alexia y agrafia respectivamente.

La ASHA<sup>8</sup> a su vez define la Afasia como un trastorno a consecuencia de una lesión a las partes del cerebro responsables por el lenguaje, y puede causar problemas con cualquiera o todas las siguientes destrezas: la expresión, la comprensión, la lectura y la escritura.

Villodre R. et al <sup>9</sup> refieren que es necesario que exista una lesión en las áreas del lenguaje y haberse adquirido el lenguaje para poder denominar afasia. Personas de todas las edades, grupos sociales y sexos pueden padecer afasia, siendo las causas más frecuentes los accidentes cerebro vasculares, pero también los traumatismos de craneoencefálicos, tumores, infecciones, enfermedades degenerativas, etc.

A la hora de clasificar las afasias podemos decir que en muchos casos existe una correlación entre sitio de la lesión y tipo de afasia. Sin embargo, esta concordancia no siempre es precisa; hay variabilidad entre las personas.

Las afasias se pueden clasificar en dos grandes grupos: fluentes y no fluentes. Esta dicotomía que plantean la mayoría de los autores se puede aplicar sólo al 60 ó 70% de los pacientes. Sin embargo, hay un grupo de sujetos que su discurso no concuerda con estos perfiles.<sup>7</sup>



**Figura 1.** Algoritmo para la clasificación de las afasias. **Fuente:** González, R. et al <sup>7</sup>

Una vez identificados y situados los diferentes trastornos afásicos, se puede determinar cómo esta alteración ha de ser evaluada. Para ello existen diversos métodos y pruebas estandarizados y no estandarizados como los que aparecen a continuación.

### c. Evaluación cognitiva y lingüística del paciente adulto.

Una vez definidas y vistas las características del lenguaje y la comunicación del paciente con afasia, se procede a describir dos de las pruebas de evaluación utilizadas en este trabajo.

#### **Mini-mental State Examination (MMSE)**

Según Butman, J. et al <sup>10</sup>, el “Mini-mental State Examination” (MMSE) fue desarrollado por Folstein y cols. en 1975 como un instrumento práctico para la detección de trastornos cognitivos. Al ser un instrumento estandarizado de uso generalizado, también favorece la posibilidad de contar con un parámetro adecuado de comparación entre distintos centros. Los criterios actuales para el diagnóstico de un síndrome demencial requieren que la presencia de deterioro cognitivo sea documentada a través de una evaluación breve del estado mental como el MMSE u otros y confirmada por una evaluación neuropsicológica más extensa. El MMSE ha alcanzado una amplia difusión debido a que es breve, fácil en su administración, y sencillo en su puntuación.

A su vez, Dick J.P.R. et al. <sup>11</sup> a través de su estudio con pacientes neurológicos a los que se les pasó el MMSE concluyeron con la idea de que, en pacientes neurológicos, este examen fue

un método valioso, consistente y rápido para la evaluación de rutina junto con el estado cognitivo y para la evaluación en serie del déficit cognitivo.

Además, dichos autores propusieron un refinamiento adicional de la prueba para ampliar el examen del lenguaje y las funciones viso-espaciales indicando que esto podría aumentar su valor como instrumento de rutina en la práctica neurológica<sup>11</sup>.

### **Token Test**

La segunda de las pruebas utilizadas para evaluar tanto inicialmente como al final de la intervención a este grupo de pacientes, fue el Token Test.

Se trata de una prueba ampliamente utilizada en la práctica clínica y en investigación para explorar la comprensión verbal de órdenes de complejidad creciente. Esto es debido a su fácil administración, aplicación, corrección y análisis, y a su alta sensibilidad para detectar dificultades lingüísticas en diversas patologías. Además, su diseño es bastante simple. Se aplica en edades de entre 6 años y 11 años y 11 meses.<sup>12</sup>

El Token Test fue elaborado por Ennio De Renzi y Luigi Vignolo en 1962. En 1979 se adaptó y estandarizó. Por otro lado, De Renzi y Faglioni realizaron una versión breve en 1978 de 36 ítems. Estos datos quedan recogidos en el estudio realizado con pacientes con daño cerebral unilateral llevado a cabo por Scotti, G. et al <sup>13</sup>.

Inicialmente, en 1962, el Token Test fue introducido en italiano por De Renzi y Vignolo como un instrumento que detecta alteraciones leves de lenguaje receptivo en afásicos.

Su aplicación progresiva permite determinar, a partir de las respuestas del sujeto, la presencia o ausencia de determinadas funciones cognitivas, pero fundamentalmente evalúa el lenguaje receptivo (comprensión). También puede detectar la presencia de alguna patología funcional u orgánica (siempre según la experiencia y el conocimiento del evaluador)<sup>12</sup>.

Por otro lado, el Token Test de Renzi y Vignolo puede resultar útil para valorar aspectos de otras áreas cognitivas como la integridad de la memoria de trabajo, u otras funciones como la memoria inmediata, la memoria a corto plazo y la remota, el pensamiento relacional, la estabilidad objetal y otras<sup>12</sup>.

#### d. Metalenguaje y comprensión oral.

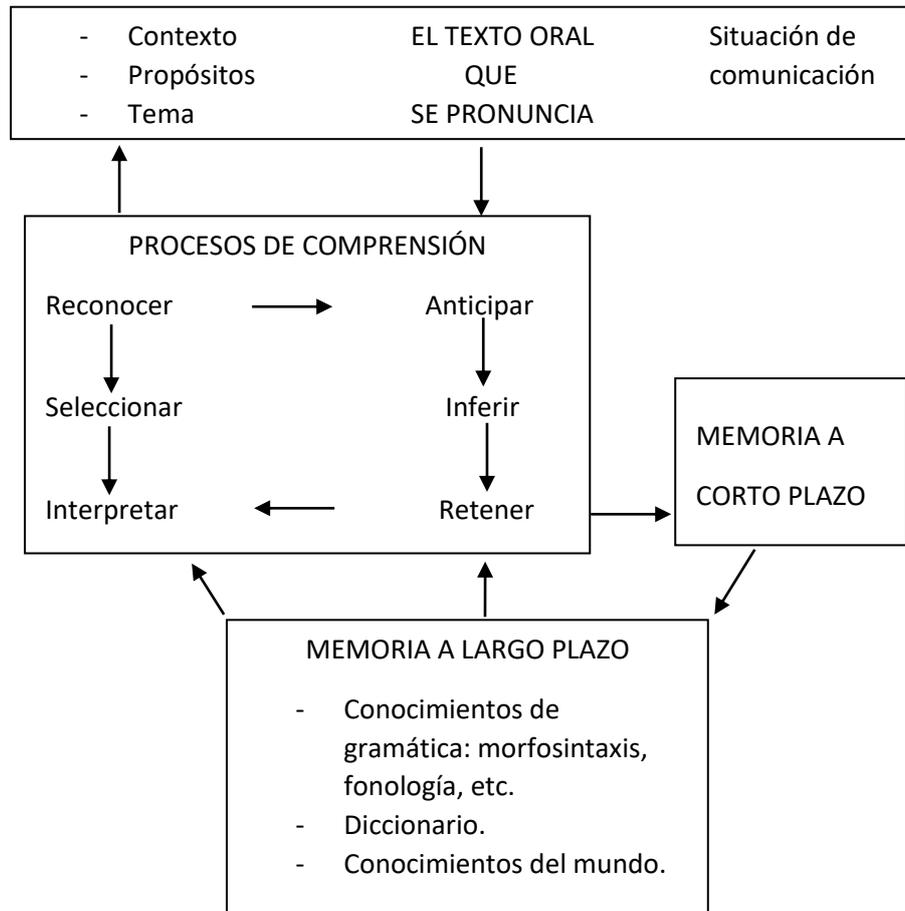
De Requena Farré, J.A.G. <sup>14</sup>, en su estudio acerca de los metalenguajes cita a Román Jakobson, uno de los primeros en hablar de la función metalingüística, en el año 1956. Jakobson habla de función metalingüística, que podría definirse como el lenguaje "que hace del lenguaje el objeto de su reflexión".

Este autor afirma que, a pesar de ciertas nociones metalingüísticas precedentes, el concepto de metalenguaje fue explícitamente acuñado en la primera mitad del siglo XX, en el contexto del desarrollo de la lógica simbólica contemporánea y, más específicamente, en la teoría semántica de Alfred Tarski. Como una manera de hacer frente a las paradojas y antinomias en que se enredan los conceptos semánticos en el lenguaje cotidiano, el lógico polaco Tarski (2005, originalmente publicado en 1944) adoptó la estrategia de definir el concepto de verdad en un lenguaje con una estructura exactamente especificada, como los lenguajes formalizados de la lógica, enriquecidos mediante símbolos no lógicos.<sup>14</sup>

De Requena Farré, J.A.G., <sup>15</sup> a su vez, en otro estudio y citando a Tarski, indica que los términos lenguaje-objeto y metalenguaje son relativos, de manera que, si ponemos en discusión las definiciones del metalenguaje, este se convierte en lenguaje objeto de un nuevo metalenguaje de orden superior, y puede desplegarse así toda una jerarquía de metalenguajes.

En cuanto a la comprensión oral, Cassany, D. et al. <sup>16</sup> definen este aspecto como lo que comúnmente se denomina escuchar (a alguien), o dicho más técnicamente, comprender un texto oral, no es una actividad pasiva en que quien escucha "no hace nada". Comprender un texto oral (comprender, por ejemplo, lo que se escucha en un programa de radio o televisión, en una conferencia, o en una conversación con un amigo...) implica poner en marcha un complejo proceso cognitivo (= mental) de construcción de significado y de interpretación de ese discurso pronunciado oralmente. Estos mismos autores indican, basándose en otros autores, la existencia de diferentes modelos de cómo se produce el proceso de comprensión oral y qué estrategias/habilidades cognitivas se ponen en funcionamiento. Esos modelos tienen pocas diferencias entre sí y son la base del siguiente esquema.

## MODELO DE COMPRESIÓN ORAL



**Figura 2.** Esquema de Rivers y Temperley, McDowell y Stevens, y Rixon. **Fuente:** Cassany, D. et al<sup>16</sup>.

Como queda reflejado por De las Heras Mínguez, G.<sup>17</sup> en el libro “Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido”, es importante tener en cuenta que los términos alterada y preservada no son términos absolutos, sino que describen la presencia total y/o parcial de las alteraciones del lenguaje. Por tanto, el uso que se hace de la siguiente tabla en el tratamiento con estos sujetos debe tener siempre un carácter indicativo más que determinante. Establecer una etiqueta diagnóstica que se aproxime a la clasificación presentada anteriormente es una tarea tan difícil como desaconsejable si se tiene en cuenta la variabilidad existente y las particularidades de cada caso. Por ende, dicha clasificación debe servir para el establecimiento de hipótesis iniciales, que serán necesariamente modificadas a lo largo de la evaluación y el tratamiento.

**Tabla 1. Clasificación de las afasias (adaptado de la Guía de Intervención Logopédica en las afasias de Fernández y López-Higes)**

<b>Tipo</b>	<b>Lesión</b>	<b>Repetición</b>	<b>Fluidez</b>	<b>Comprensión</b>	<b>Denominación</b>	<b>Lectura comprensiva</b>
<b>Broca</b>	Extensa que afecta a la región suprasilviana prerrolándica frontolateral del hemisferio izquierdo	Alterada	Alterada	Preservada	Alterada a veces	Frecuentemente alterada
<b>Wernicke</b>	Tercio posterior de la circunvolución temporal superior	Alterada	Preservada	Alterada	Alterada a veces	Alterada
<b>Conducción</b>	Afecta a las vías de sustancia blanca (fascículo longitudinal superior)	Alterada	Preservada	Preservada	Alterada a veces	Frecuentemente alterada
<b>Global</b>	Afecta a grandes proporciones del área del lenguaje (desde el área de Broca hasta la de Wernicke), circunvolución angular y la sustancia blanca subyacente.	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada
<b>Sensorial Transcortical</b>	Posterior dentro del territorio limítrofe entre las arterias cerebrales	Preservada	Preservada	Alterada	Alterada	Alterada

	media y posterior en las regiones parietotemporales, dejando intacta el área de Wernicke.					
<b>Anómica</b>	En regiones fronterizas posteriores del área del lenguaje con afectación del giro angular.	Preservada	Preservada	Preservada	Alterada	Alterada a veces
<b>Motora transcortical</b>	Causadas por la interrupción del flujo en la arteria cerebral anterior o en las ramificaciones anteriores de la arteria cerebral media.	Preservada	Alterada	Preservada	Alterada	Frecuentemente alterada
<b>Transcortical mixta</b>	Localizada en el córtex de asociación próximo a la cisura de Silvio.	Preservada	Alterada	Alterada	Alterada	Frecuentemente alterada

**Fuente:** libro Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido por De las Heras Mínguez, G.<sup>17</sup>

De manera general, Vendrell J.M. <sup>18</sup> pretende decir que esquemáticamente deben tenerse en cuenta dos niveles en la exploración de la comprensión del lenguaje en los pacientes afásicos: – Nivel sensorial. Se trata de valorar el rendimiento del paciente desde el punto de vista de la agnosia auditiva y la integración auditiva de los fonemas. Un trastorno en esta esfera ocasionará predominantemente déficit para la integración de la estructura fonémica que se traducirá en parafasias, neologismos y lenguaje de jerga. – Nivel semántico. Se trata

de la exploración del aspecto lingüístico propiamente dicho: comprensión de las diversas estructuras sintáctico-gramaticales, conjuntos de frases con instrucciones yuxtapuestas, expresiones complejas de comparación, caso genitivo, etc. Un trastorno en esta esfera se manifestará predominantemente con alteraciones disintácticas del lenguaje.

#### e. El papel del logopeda en la atención a los pacientes con afasia.

Como ya se ha comentado a lo largo del presente trabajo, la función del logopeda en el tratamiento de los diferentes trastornos del lenguaje, más concretamente en este caso, de la afasia, resulta esencial desde las fases iniciales en las que se produce la lesión.

Un paciente con un diagnóstico de Afasia va a poseer unas características muy concretas e individualizadas con respecto a la afectación de su comunicación y lenguaje. No obstante, todos y cada uno de ellos deberán ser objeto de evaluación logopédica, siendo este profesional el responsable de revisar los informes aportados por las diferentes fuentes familiares y profesionales, así como también será el encargado de valorar otras funciones cognitivas y lingüísticas que le competen.

Una vez completada la evaluación general del paciente, el logopeda deberá plantear el tratamiento adaptado a las necesidades del paciente, proponiendo unos objetivos realistas y funcionales para potenciar la calidad de vida del mismo, adoptando asimismo una actitud motivadora y positiva para el sujeto, indicando que la intervención que se va a llevar a cabo va a ser beneficiosa para él, sin crear falsas expectativas al respecto.

Por todo ello, la labor del logopeda resulta imprescindible, no solo a nivel comunicativo y del lenguaje, sino también potenciando el resto de las habilidades sociales y emocionales de los sujetos que, depositan en los terapeutas su confianza con la finalidad de conseguir unos objetivos que son comunes a los nuestros, para lograr así unos resultados satisfactorios para todas las personas que se ven implicadas en el procedimiento de rehabilitación logopédica.

## V. Parte práctica

### a. Datos de los sujetos

A continuación, se procede a desarrollar el apartado práctico del TFG, donde se incluyen los datos principales de los sujetos, la evaluación inicial, el proceso de intervención, así como también la evaluación continua y final de los mismos.

#### i. Sujeto 1

Este paciente de 55 años presenta una hemiplejía derecha como consecuencia del ACV que sufrió en el año 2008. Diagnosticado de Afasia global, con problemas serios en la comprensión y la expresión del lenguaje. Su lengua materna es el portugués y la afasia se ve reflejada en ambos idiomas (español y portugués). Su funcionamiento mental es bueno.

Analizando más profundamente su comunicación y su lenguaje, se observan importantes dificultades en expresión verbal y no verbal (gestual), y para la comprensión del discurso se apoya en el contexto. A nivel de pragmática mantiene contacto ocular, respeta turnos, posee una entonación adecuada e iniciativa comunicativa, pero apenas trata de compensar sus problemas expresivos con gestos naturales.

#### ii. Sujeto 2

El paciente de 62 años presenta una hemiparesia derecha como consecuencia del ACV sufrido en el año 2010. Se le realiza posteriormente una craniectomía descompresiva, lo cual afecta en su comportamiento teniendo una tendencia a negarse inicialmente ante cualquier propuesta, aunque finalmente esté de acuerdo con la misma y la acepte. Diagnosticado de Afasia global. En el examen cognoscitivo de Lobos obtiene un resultado de 6 de 35, diagnóstico de demencia.

Analizando más detalladamente su comunicación y su lenguaje se observa que la comprensión se ve afectada, entendiendo palabras sueltas o frases cortas, aunque presenta dificultades para entender frases simples. Se ayuda del contexto, entiende gestos naturales y a veces se expresa a través de ellos. El lenguaje repetido se ve afectado, aunque en menor

medida. Repite palabras y frases cortas, pero dificultad para repetir siglas y frases de mediana complejidad.

En cuanto a su nivel pragmático, mantiene contacto ocular, respeta turnos, entonación adecuada, escasa iniciativa comunicativa, no compensa sus problemas expresivos con gestos.

### iii. Sujeto 3

El paciente de 60 años presenta una hemiplejía izquierda como consecuencia del ACV que sufrió en el año 2007. Diagnosticado de Afasia global. Su lengua materna es el ruso y el trastorno del lenguaje se ve reflejado en todas las lenguas que conoce (ruso, español, alemán e inglés).

En cuanto a su funcionamiento mental, el sujeto se encuentra orientado en el tiempo y el espacio. Presenta afectación en la memoria a corto plazo y se aprecian problemas de atención.

Analizando detalladamente su comunicación y su lenguaje podemos apreciar notables problemas en su comprensión y expresión. Posee dificultades para encontrar palabras menos comunes y construir frases. Habla telegráfica. Conserva la lectura y la escritura, aunque con dificultades.

### iv. Sujeto 4

Este paciente de 55 años presenta una hemiparesia derecha como consecuencia de un ACV sufrido en el año 2012. Diagnosticado de Afasia expresiva.

En cuanto a su funcionamiento mental, se ve afectada la memoria tanto a corto como a largo plazo.

Analizando más detenidamente su comunicación y su lenguaje se observa la preservación del nivel comprensivo, pero graves problemas en la expresión del lenguaje. Presenta un habla disártrica, hipotónica y débil. Presenta ininteligibilidad por problemas de agilidad articulatoria, mejorando con un habla sobre articulada y lenta, que no utiliza habitualmente ni recordándose. No suele usar lenguaje de forma espontánea, ni siquiera para peticiones.

Utiliza expresión no verbal (gestos con las manos) para peticiones sobre necesidades básicas. Esta expresión no verbal apoya emociones básicas como alegría, cariño, enfado, etc.

Mantiene preservadas la lectura y la escritura, aunque presenta dificultades caligráficas.

#### v. Sujeto 5

Esta paciente de 59 años presenta una hemiplejia derecha superior y hemiparesia derecha inferior como consecuencia de un ACV sufrido en el año 2013. Diagnosticada de Afasia de Broca, aunque también se refiere afectación leve en la comprensión.

En cuanto a su funcionamiento mental, se observan problemas en la memoria a corto plazo, dificultades de atención y concentración, siendo necesario trabajar el establecimiento de contacto ocular.

Llevando a cabo un análisis más exhaustivo de la comunicación y el lenguaje de la paciente se observan graves dificultades en su expresión verbal, no expresa espontáneamente, pero sí responde preguntas. Fluidez de habla prácticamente nula, expresándose con palabras aisladas y con múltiples parafasias. Evocación léxica muy deteriorada, se le ayuda con el inicio de la palabra y en ocasiones logra decir lo que quiere. Se ayuda mucho de su expresión corporal, facial y gestual. Se intenta introducir un SAAC mediante un cuaderno con pictogramas.

#### b. Evaluación inicial

Se realizaron dos tipos de evaluación para valorar las funciones cognitivas y el lenguaje de estos pacientes:

##### i. Evaluación no estructurada

Se basa en la observación directa del paciente, con la finalidad de estimular su lenguaje a nivel tanto expresivo como comprensivo. De manera simultánea se irán tomando decisiones acerca del tipo de sesiones que se van a llevar a cabo, la organización de las mismas, y los objetivos que se van a establecer de manera prioritaria, entre otros factores.

- *Pruebas no estandarizadas*

El primer paso para llevar a cabo la intervención con el grupo seleccionado ha consistido en la revisión de informes, los cuales se recogieron en una **matriz de recogida de datos** como prueba no estandarizada de elaboración propia que se presenta en el **Anexo I**.

Asimismo, se ha diseñado una **entrevista evaluativa de cada paciente** de elaboración propia como prueba no estandarizada (**Anexo II**), con la finalidad de conocer información adicional de cada paciente en una primera toma de contacto con el mismo, de manera individualizada, y a su vez, lograr el objetivo principal de la intervención con estos sujetos con afasia, evaluar su capacidad comunicativa y el estado de su comprensión y expresión oral.

Para la elaboración de dicha entrevista se han seguido una serie de criterios con la finalidad de conseguir, además de lo ya citado anteriormente en lo referido a los objetivos relacionados con las habilidades comunicativas del paciente, ahondar en las emociones y en el estado de ánimo del mismo.

Se conoce la existencia de cuatro ejes que conforman a la persona: cognición, emoción, comunicación y lenguaje.

Cognición: atención – memoria función ejecutiva, rapidez, procesamientos

Emoción: bienestar, depresión, ansiedad

Comunicación: intencionalidad, atención compartida, relevancia

Lenguaje: fonología, sintaxis, léxico, discurso

Enfoque centrado en la persona: calidad de vida, funcionalidad

De este modo, se pretende abordar la prueba de la entrevista teniendo en cuenta a las personas en su totalidad, valorando los cuatro ejes anteriormente expuestos, con la finalidad de evaluar sus capacidades no sólo a nivel comunicativo, sino también valorando otros aspectos importantes a la hora de establecer un diagnóstico y conocer al sujeto, como son sus emociones, su nivel de atención y de capacidad de procesamiento, la intencionalidad comunicativa, etc.

## ii. Evaluación estandarizada

En este epígrafe se analizan las funciones cognitivas y las características del lenguaje de estos pacientes de forma objetiva y estandarizada.

### - *Pruebas estandarizadas*

Se le aplican dos pruebas estandarizadas con la finalidad de recoger información adicional y objetiva que complemente a la propia observación directa de los pacientes, a las pruebas no estandarizadas y el resto de información clínica existente de cada uno de los sujetos.

#### - **Mini-mental State Examination**

Este test evalúa las funciones cognitivas con la finalidad de detectar el deterioro de las mismas y diagnosticar una posible demencia. Consta de 30 ítems que valoran la orientación temporal y espacial, la fijación, el cálculo y la concentración, la memoria y el lenguaje. **(Anexo III).**

Se decide pasar esta prueba a los pacientes de este estudio debido a la sencillez de su aplicación y corrección, con la finalidad de aportar información adicional al propio diagnóstico conocido sobre el resto de las áreas cognitivas, más allá del propio lenguaje, que se evalúa más adelante.

#### - **Token Test**

Se trata de una conocida prueba destinada a la evaluación del nivel comprensivo del lenguaje. Su administración es sencilla y pretende evaluar la capacidad del paciente para comprender el nombre (círculo y cuadrado, color y tamaño), los verbos y preposiciones incluidos en las instrucciones. Consta de 20 fichas de diferentes formas, colores y tamaños y una serie de órdenes que el profesional debe indicar al paciente bajo unas instrucciones y normas explicadas en la propia prueba. **(Anexo IV).**

## c. Proceso de intervención

Se ha trabajado de manera grupal con cinco pacientes con afasia de carácter expresivo y global, todos ellos diagnosticados hace varios años, tal y como se ha podido comprobar gracias a los datos proporcionados por las historias clínicas. Este es un dato importante ya que los síntomas del lenguaje de los pacientes podrían considerarse ya como “residuales”,

siendo los más arduos de corregir debido a su cronicidad. Este enfoque ha pretendido aportar una pincelada de novedad y riqueza a la intervención, tanto a nivel terapéutico como a nivel social, ya que se ha podido comprobar la calidad que ha aportado al proceso de intervención la realización de actividades metalingüísticas y otras destinadas a la comprensión oral con sujetos que poseen características tan diferentes, tanto a nivel clínico como personal, buscando la mejora de los pacientes, pero sin la gran pretensión de su recuperación total.

#### i. Objetivos

En primer lugar, se establecen los objetivos propios de la intervención logopédica que se desarrolla con estos sujetos de forma grupal. A continuación, se muestran los dos objetivos principales en los que se centra este TFG:

1. Mejorar las habilidades de comprensión en las rutinas diarias a través del entrenamiento en la comprensión de textos e historias.
2. Favorecer la expresión del lenguaje utilizando el metalenguaje como herramienta de trabajo.

De manera transversal y en todas las sesiones llevadas a cabo, se trata de potenciar las funciones cognitivas de estos pacientes, cumpliéndose así más objetivos además de los dos principales.

#### ii. Técnicas de intervención. Actividades planteadas

Trabajar de manera conjunta con los cinco pacientes con afasia resulta de interés para valorar cómo influye en el desarrollo de las sesiones, así como también en la evolución de los propios pacientes el hecho de trabajar de manera conjunta, en este caso mediante la potenciación del lenguaje de estos sujetos a través del uso del metalenguaje y de la comprensión oral. Este enfoque pretende proporcionar a las sesiones un carácter novedoso y creativo, al mismo tiempo que se consiguen los objetivos iniciales, llevando a cabo una intervención en todo momento funcional y ajustada a las necesidades de los sujetos. El establecimiento de una rutina predecible de las sesiones es también un punto fuerte de esta intervención, considerando que la repetición en la estructura es un aspecto favorecedor de la intervención.

Este grupo de estimulación comunicativa se encuentra dividido en dos grupos de actividades concretas, aunque cabe destacar que, en numerosas ocasiones se introducen otras actividades de corta duración con el fin de que las sesiones no resulten cargantes y monótonas, trabajando los otros aspectos que anteriormente hemos considerado transversales.

- *Metalinguaje*

Las actividades dedicadas a trabajar el metalinguaje tienen como objetivo principal potenciar el lenguaje oral de estos pacientes, así como también conocer y manejar los componentes y las partículas oracionales, así como también el reconocimiento de palabras su combinación en unidades silábicas y su descomposición en fonemas, para tomar consciencia del propio lenguaje en su totalidad.

Para trabajar el metalinguaje se elaboró una lámina con las dimensiones adecuadas para ser utilizada en sesiones grupales, de tal manera que resultase sencillo para todos los sujetos la visualización y utilización de la misma.

**Material elaborado: Autobús de las palabras**

Esta lámina consta de tres niveles diferenciados, representados mediante tres formas geométricas distintas, y que constituyen respectivamente una fase de la actividad. **(Anexo V).**

Se presenta la lámina del autobús de las palabras evitando la infantilización de la misma, planteándola como un elemento representativo del centro, ya que alguno de estos pacientes hace uso diario del transporte proporcionado por la entidad para el desplazamiento hasta el centro de día. Por todo ello, estos tres niveles quedan representados como plantas del autobús. El orden en el que aparecen las distintas fases no es arbitrario, sino que se corresponde con el nivel de dificultad de las mismas en sentido creciente.

Se explica a continuación de manera detallada cada una de las fases:

- **Primera fase. Descomposición de palabras en unidades silábicas.**

Tanto para esta fase como para las restantes, es necesario recoger vocabulario funcional, organizado por campos semánticos que se adapten a las características y necesidades de este grupo de pacientes adultos.

Por turnos, se escoge una palabra en función del campo semántico que se vaya a trabajar en dicha sesión. Mediante la estimulación visual, en este caso de la forma geométrica del triángulo y con el acompañamiento de palmadas como estímulo auditivo, yo, como logopeda y persona que dirige la sesión, repito la palabra silabeada, marcando cada unidad silábica con palmadas. Posteriormente, los pacientes deberán modelar el mismo ejercicio y colocar en el autobús tantos triángulos como sílabas tenga la palabra trabajada.

- **Segunda fase. Descomposición de oraciones en palabras**

Se sigue el mismo procedimiento que con la fase anterior, escogiendo oraciones de textos trabajados en otras actividades, o incluso pidiendo a los pacientes que elaborasen ellos mismos frases sencillas, que irán aumentando su dificultad conforme se vayan logrando resultados óptimos.

Esta vez, cada cuadrado azul se corresponde con una palabra, de tal manera que los pacientes, con ayuda del modelado de la logopeda, deben dar una palmada en cada palabra hasta formar la frase completa y deben contar el número de palabras que componen la frase, para, a continuación, colocar el mismo número de cuadrados en la lámina del autobús, en su nivel correspondiente.

- **Tercera fase. Descomposición de palabras en unidades fonemáticas**

Se trata del nivel más complejo, ya que requiere de un conocimiento y capacidad de representación mental de las palabras más preciso que en el caso de las dos fases anteriores.

Al igual que en la fase 1, se escoge el vocabulario que se va a trabajar y se realiza el mismo procedimiento del estímulo sonoro, marcando con cada palmada un fonema hasta conformar la palabra, y, a continuación, los pacientes deberán colocar tantos círculos verdes como fonemas compongan la palabra.

Estas tres fases fueron trabajadas en todas las sesiones, comenzando por la primera fase hasta llegar a la tercera y más compleja.

Cabe destacar que el ritmo y la evolución que han presentado los pacientes a lo largo de las sesiones en las que se ha trabajado con la herramienta del metalenguaje ha sido muy diverso en cada uno de los casos, teniendo que adaptar las sesiones, dividiendo a los sujetos por parejas, de tal modo que algunos avanzaron más y la dificultad de las sesiones fue

progresando de manera creciente, mientras que con otros pacientes la actividad se mantuvo en un nivel similar al inicial durante los dos meses de intervención, siendo necesarios mayores refuerzos en sesiones individuales o la adaptación de la propia actividad a sus posibilidades.

- *Comprensión oral*

Para trabajar la comprensión oral se recurrió a la lectura de historias de diferentes temáticas y a la posterior resolución de una serie de preguntas pautadas (siempre las mismas en todas las historias), con la finalidad de valorar la capacidad de estos pacientes para comprender un texto, bien sea por escrito o narrado oralmente por el profesional.

Algunas de las historias trabajadas fueron elaboradas personalmente, y otras muchas fueron extraídas de páginas web y otros documentos con material logopédico adaptado a las características y necesidades planteadas para este grupo. Podemos ver una muestra de las mismas en el **Anexo VI**.

Además de favorecer su capacidad de escucha, aspecto que ya se considera en sí mismo que mejora la comprensión, se ayudaba a los pacientes escribiendo en una pizarra que había junto a ellos cinco preguntas, que eran siempre las mismas, y que les ayudaba a identificar en el texto la información que se requería. Estas preguntas eran siempre las siguientes:

- ¿Quién es/son el/los protagonista/s de la historia? ¿Qué otros personajes aparecen?
- ¿Dónde ocurre la historia?
- ¿Cuándo ocurre la historia?
- ¿Qué ocurre al principio, en el medio y al final?
- ¿Cómo se siente/n el/los protagonista/s tras lo sucedido en la historia?

iii. **Temporalización**

La temporalización que se planteó con este grupo de pacientes fue organizar sesiones de entre 30 y 45 minutos (en función de la extensión de las actividades y de la actitud y motivación de los sujetos), tres días de la semana y durante un período aproximado de dos meses y medio.

Las dos primeras sesiones, como se ha citado anteriormente, fueron individuales y se destinaron a la evaluación de los pacientes, así como la última sesión también resultó ser individual, llevándose a cabo la evaluación final de los sujetos.

Las sesiones restantes se dedicaron a la intervención con los materiales pertinentes de metalenguaje y comprensión oral, entre otras actividades que pretenden cumplir objetivos secundarios.

Las actividades llevadas a cabo mediante la utilización del metalenguaje tuvieron lugar los tres días de la semana, lunes, miércoles y viernes, ocupando unos 15 minutos de la sesión.

Por otro lado, las actividades destinadas a la comprensión de textos tuvieron lugar entre dos y tres de los días de la semana en los que se interviene con dichos pacientes, ocupando unos 20 minutos del total de la sesión.

Las 2 últimas sesiones se utilizaron para realizar la evaluación final.

#### iv. Registro diario y observaciones

Diariamente tras la realización de la sesión, se llevaba a cabo un registro en el que se incluyen aspectos como el desarrollo de la sesión, las actividades llevadas a cabo, la participación y la actitud de cada paciente, posibles incidencias, objetivos logrados, etc. Se puede observar una muestra de dicha **hoja de registro** en el **Anexo VII**.

En dichos registros se anotaban también las observaciones más significativas que ocurrían en las sesiones, que nos sirvieron para ir adaptando las actividades a la realidad que vivíamos.

#### d. Evaluación continua

Durante todo el proceso de intervención se ha llevado a cabo una evaluación procesual con la ayuda de un cuaderno de campo en el que se han registrado las actividades realizadas en cada sesión, junto con otros datos de interés (observaciones, incidencias, objetivos conseguidos...).

Gracias a esta evaluación continua se puede observar no solo la evolución de los pacientes, sino también el desarrollo de la propia intervención, pudiéndose efectuar de este modo variaciones a la hora de planificar las sesiones o de dar prioridad a unos objetivos frente a otros.

#### e. Evaluación final

Esta evaluación tiene lugar a finales del mes de abril, coincidiendo con el final de las propias prácticas. Para ello, se ha empleado una de las pruebas no estandarizadas, en este caso la entrevista, adaptando algunas cuestiones, y la prueba estandarizada “Token Test”, para evaluar la comprensión de estos pacientes después del tratamiento y valorar si los resultados han mejorado con respecto a la evaluación inicial.

##### i. Evaluación no estandarizada

Se ha diseñado una entrevista final con la intención de valorar y comparar el lenguaje expresivo de los pacientes una vez transcurrido el proceso de intervención planteado a través de la observación directa. Se trata de una entrevista breve, llevada a cabo en una de las sesiones finales de manera individualizada. Esta entrevista de elaboración propia puede encontrarse en el **Anexo VIII**.

##### ii. Evaluación estandarizada

###### - Token test

Esta evaluación llevada a cabo con la herramienta del Token Test permite analizar los resultados de la intervención logopédica de manera objetiva y compararlos con los del inicio de la intervención.

## VI. Resultados obtenidos y discusión

Inicialmente se realiza un test de cribado cognitivo, a través de la prueba estandarizada Mini-mental State Examination. Es necesario resaltar que este material no tiene como finalidad la elaboración de un diagnóstico demencial en los pacientes, sino que se utiliza como herramienta para conocer el deterioro en las diferentes áreas cognitivas de los mismos y valorar de este modo si la población con la que se quiere trabajar posee las cualidades necesarias para poder llevar a cabo la intervención a nivel logopédico.

Los resultados obtenidos en este test de cribado cognitivo se presentan a continuación en la siguiente tabla, observando que existen mayores limitaciones en unos sujetos que en otros cuyas capacidades cognitivas se encuentran más preservadas, pero siendo todos ellos válidos para poder desarrollar el proceso de intervención sobre las estructuras del lenguaje que también se encuentran afectadas como consecuencia de la afasia que presentan.

### MINI-MENTAL STATE EXAMINATION.

	PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
SUJETO 1	11/30	Demencia
SUJETO 2	9/30	Demencia
SUJETO 3	20/30	Deterioro moderado
SUJETO 4	23/30	Deterioro moderado
SUJETO 5	19/30	Deterioro moderado

Cabe destacar que algunos de los ítems no pudieron ser realizados por todos los pacientes debido a sus dificultades a nivel viso-motor (lectura, escritura, dibujo, etc.), y, por este motivo, la prueba no pudo ser completada y las puntuaciones en algunos casos son más bajas de lo que se correspondería con sus niveles cognitivos propiamente dichos.

A nivel de discusión, es necesario indicar que estos resultados han de ser tomados con precaución, ya que, al ser un test de cribado, es lógico que se obtengan datos que evidencian un elevado nivel de deterioro cognitivo en la mayoría de ellos, como consecuencia de la edad y de la afasia que presentan desde hace años.

Una vez seleccionado el grupo de trabajo y llevado a cabo el proceso de intervención, se observan tras los cuatro meses de duración de la terapia los siguientes resultados tanto a

nivel expresivo, como a nivel comprensivo, basándonos en las diferentes pruebas estandarizadas y no estandarizadas que han sido utilizadas y que se analizan a continuación de manera lo más minuciosa y objetiva posible.

#### **i. Nivel expresivo**

Este nivel del lenguaje se ha evaluado tanto en las sesiones iniciales como en las finales mediante la realización de una entrevista de elaboración propia que ha sido pasada de manera individual a cada uno de los cinco pacientes seleccionados. La finalidad principal de esta prueba no estandarizada es conocer las habilidades de expresión que poseen estos sujetos, además de valorar la comprensión de una manera indirecta, ya que la evaluación de esta última obtendrá su protagonismo mediante la aplicación de otras pruebas que se desarrollan más adelante.

Se ha podido comparar la capacidad a nivel expresivo de estos cinco pacientes al inicio del proceso de intervención y al final del mismo, llevando un control rutinario a través de las hojas de registro que aparecen en el **Anexo IX**, trabajando a través del metalenguaje, en el cual se centra la intervención llevada a cabo.

A través de dicha evaluación se obtienen resultados no numéricos, observando ya desde las sesiones iniciales que estos sujetos sufren carencias en los diferentes componentes del lenguaje. En este caso, se pretende analizar a nivel general la expresividad de los pacientes, ya que, dados sus diagnósticos y la cronicidad de los mismos, se considera que la mejora de la expresión general es un objetivo realista a alcanzar.

En rasgos generales, el lenguaje de tres de los cinco pacientes es fluido, se expresan adecuadamente y son capaces de hacerse entender, y seguir una conversación, a pesar de la existencia de bloqueos o dificultades en el caso de conversaciones complejas o que se salgan de lo cotidiano. En el caso de los otros dos pacientes la afectación a nivel expresivo es mayor, presentando una anomia muy severa que impide la elaboración de un discurso y el seguimiento conversacional. Se apoyan mediante la utilización de gestos, un cuaderno con pictogramas como Sistema Aumentativo de Comunicación y, mediante la inducción silábica y el apoyo del interlocutor durante la conversación.

Se le da especial importancia al léxico y al componente pragmático, siendo estos los dos aspectos más afectados en personas de edad adulta, y aquellos más relevantes a la hora de potenciar las habilidades conversacionales.

### iii. Nivel comprensivo

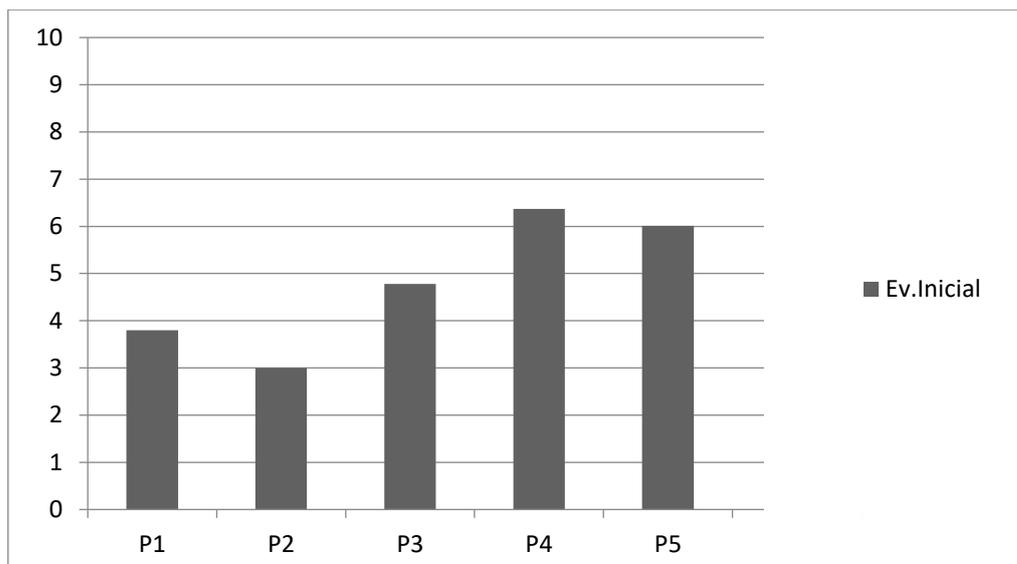
Este nivel del lenguaje se ha evaluado al inicio y al final del tratamiento, mediante la utilización de la prueba estandarizada Token Test, con el objetivo de valorar si el proceso de intervención con estos sujetos mediante el metalenguaje y la potenciación de la comprensión oral a través de textos, que se ha ido recogiendo en las hojas de registro (**Anexo IX**) como método de evaluación continua, ha dado como resultado una mejora, un mantenimiento o un descenso en las puntuaciones finales con respecto a las obtenidas en la evaluación inicial.

A continuación, se exponen las puntuaciones objetivas obtenidas por cada uno de los pacientes, así como la propia interpretación de dichos resultados en la evaluación inicial:

#### TOKEN TEST. PUNTUACIÓN EV. INICIAL

<b>SUJETO 1</b>	62/163 → 3,8/10
<b>SUJETO 2</b>	49/163 → 3/10
<b>SUJETO 3</b>	78/163 → 4,78/10
<b>SUJETO 4</b>	105/163 → 6,37/10
<b>SUJETO 5</b>	98/163 → 6,01/10

Tal y como indica la propia prueba Token Test, el puntaje medio para adultos es de 161 y, generalmente, no se observan puntajes inferiores a 157 en poblaciones adultas normales. Por todo ello, es necesario indicar que, en este caso, el test ha sido aplicado a sujetos con afasia residual y, en algunos casos, niveles de deterioro cognitivo significativos, por lo que no se van a utilizar los rangos percentiles a la hora de analizar los resultados obtenidos, sino que se van a valorar sobre una puntuación máxima de 10, tanto en la evaluación inicial, como en la final y en la comparativa entre ambas.



**Gráfica 1. Evaluación inicial nivel comprensión. Prueba estandarizada *Token Test*.**

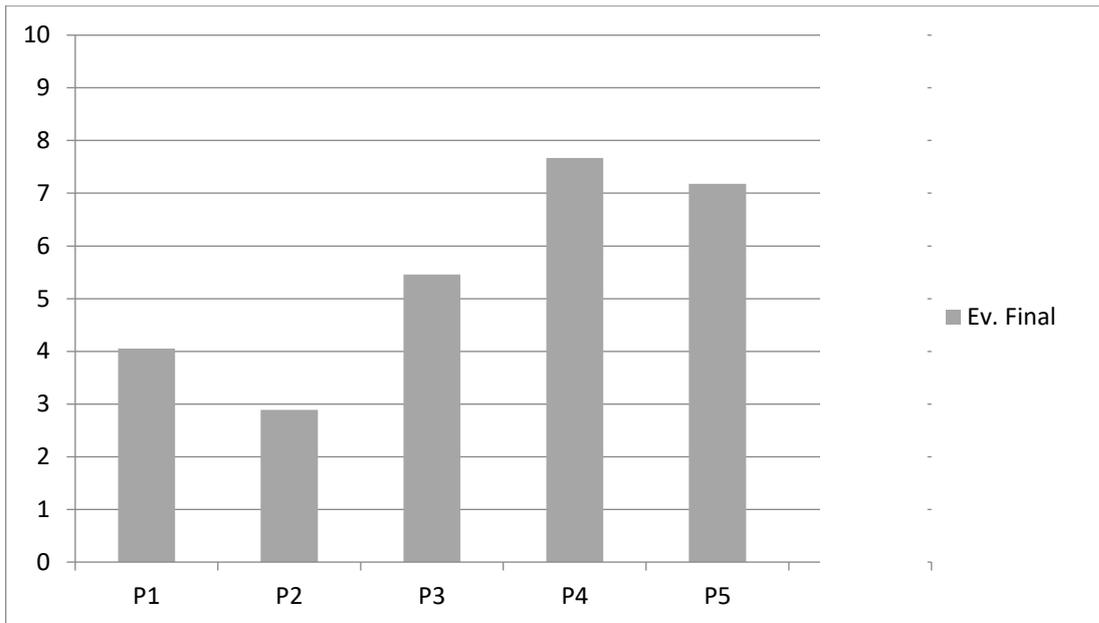
Fuente: elaboración propia

El análisis de los datos obtenidos acerca de la comprensión de estos sujetos en la evaluación inicial evidencia las carencias existentes en este nivel, encontrándose tres de los cinco pacientes por debajo de los 5 puntos sobre 10, siendo el 10 la normalidad en los casos de poblaciones adultas sin patología.

Tras el proceso de intervención logopédica llevado a cabo se pueden observar los siguientes resultados en la evaluación final de la comprensión:

**TOKEN TEST. PUNTUACIÓN EV. FINAL**

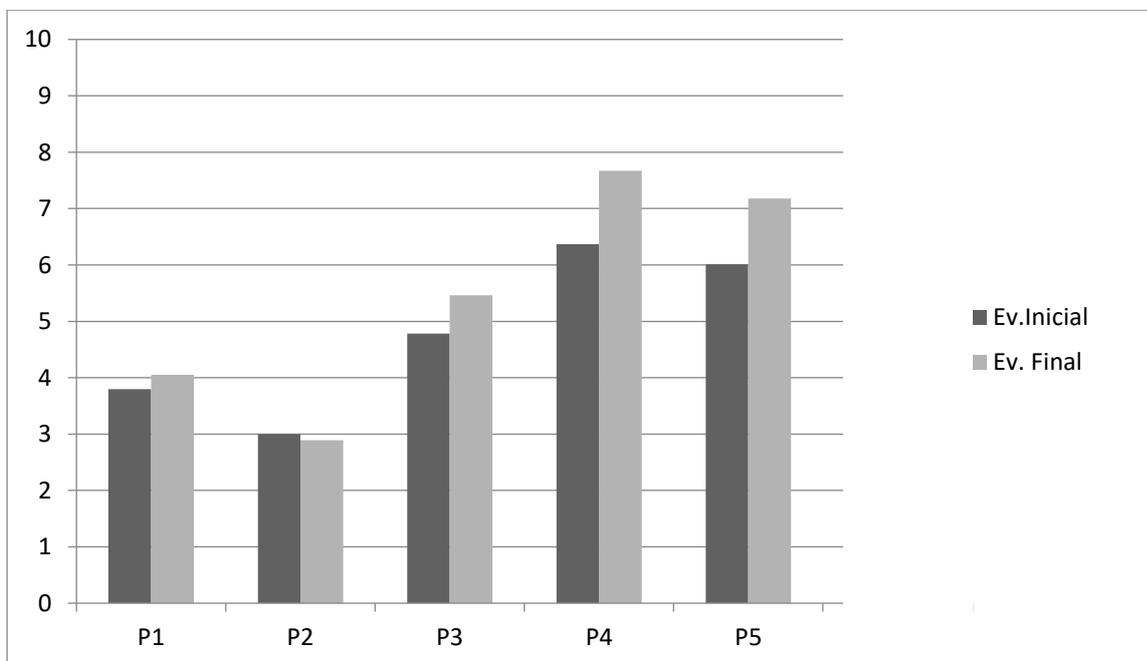
<b>SUJETO 1</b>	66/163 → 4,05/10
<b>SUJETO 2</b>	47/163 → 2,89/10
<b>SUJETO 3</b>	89/163 → 5,46/10
<b>SUJETO 4</b>	125/163 → 6,37/10
<b>SUJETO 5</b>	117/163 → 7,18/10



**Gráfica 2. Evaluación final nivel comprensión. Prueba estandarizada *Token Test*.**

Fuente: elaboración propia

Los datos obtenidos acerca de la comprensión de estos sujetos en la evaluación final indican que tres de los cinco pacientes se encuentran por encima de los 5 puntos sobre los 10 que serían indicativos de la normalidad en población adulta sin patología.



**Gráfica 3. Progresión nivel comprensión. Prueba estandarizada *Token Test*.**

Fuente: elaboración propia

Una vez finalizado el proceso de intervención logopédica de carácter grupal, de cuatro meses de duración, con una frecuencia de tres días a la semana en sesiones de entre 30 y 45 minutos, y basado en la utilización del metalenguaje y la comprensión oral como herramientas principales, se observan de manera objetiva la comparación entre los resultados iniciales y los obtenidos tras el tratamiento, representados en la Gráfica 3.

Teniendo cautela, debido al breve periodo de tiempo en el que se ha podido desarrollar la intervención, queda reflejada una mejoría bastante destacable, dentro de la discreción de los resultados, en 3 de los 5 pacientes, mientras que, de los otros dos, uno de ellos se ha mantenido, obteniendo también mejores resultados en la evaluación final, mientras que, en el último de los casos, la intervención ha resultado más costosa, debido a un mayor deterioro tanto cognitivo como lingüístico, obteniendo unos resultados finales discretamente inferiores a los iniciales.

A la hora de diseñar y llevar a cabo las sesiones se ha decidido crear unas rutinas predecibles con los pacientes, de tal manera que se trabajaba al inicio de las sesiones el metalenguaje con la lámina creada “Autobús de las palabras” y posteriormente, se procedía a trabajar con los textos y sus respectivas preguntas para evaluar la comprensión de los mismos. Se considera favorecedor para el aprendizaje la creación de estas rutinas, introduciendo pequeñas modificaciones y variaciones en las actividades para evitar la monotonía de las sesiones, pero, por otro lado, potenciar la elaboración de un esquema mental por parte de los pacientes, que, en todo momento son conscientes de aquello que se va a llevar a cabo. Mismo material diferentes formas.

Para favorecer la motivación de los pacientes, se ha utilizado el mismo material, pero de diferentes formas, proponiendo nuevas actividades y dejando participar activamente en la elección y creación de las mismas a los propios sujetos. En cuanto a las historias, se trataron de elegir temáticas adaptadas a sus gustos y a su edad y, aspectos relacionados con sus vivencias, tanto dentro como fuera de la residencia (deportes, profesiones, lugares de ocio...), además de, por supuesto, adaptar la estructura sintáctica y el léxico de los textos a sus niveles de comprensión. Por otro lado, con lámina diseñada para trabajar el metalenguaje, se trató de buscar un hilo conductor que vinculase el ejercicio con algo que caracterizase a los pacientes a nivel de grupo. Por ello, se decidió crear el “Autobús de las palabras”, siendo el autobús el medio de transporte adaptado por la residencia que los

sujetos utilizan para acudir a Aspaym y que, metafóricamente, actúa como “conductor de las palabras” en esta actividad.

En cuanto a la actitud y la motivación de los sujetos durante las sesiones, éstas fueron muy variables de unos a otros, pero por lo general todos mostraron gran interés y participaron de manera activa en ellas.

Cabe destacar que, al tratarse de un grupo de personas, cada una con sus características tanto personales como clínicas, no siempre fue posible intervenir con todos a la vez, aunque la mayoría de las sesiones sí que fueron llevadas a cabo de manera grupal.

Asimismo, se pudo observar cómo pacientes que a priori parecen tener un diagnóstico muy similar, se desenvuelven y obtienen unos resultados muy dispares en las actividades llevadas a cabo durante las sesiones grupales, que quedarán reflejados posteriormente en el análisis de la evaluación final.

Al tratarse de pacientes en edad adulta con afasia de carácter crónico, se puede decir que sí se ha podido desarrollar el proceso de intervención de manera satisfactoria con la obtención de unos buenos resultados finales con respecto a las expectativas establecidas al inicio del trabajo. Se ha podido comprobar que el metalenguaje y el uso de textos para trabajar la comprensión oral, son herramientas adecuadas para desarrollar la intervención logopédica con esta población, pese que a los resultados en este breve período de tiempo sean a su vez discretos, ya que a que la principal finalidad con estos pacientes no es rehabilitar el lenguaje, sino mantener y potenciar el que ya poseen para satisfacer sus necesidades comunicativas.

De este modo se puede concluir diciendo que como **alcance de esta investigación** se debería partir de un aumento de la muestra de pacientes intervenidos para que fuese posible cerciorarse de que el metalenguaje y la comprensión oral son herramientas favorecedoras para llevar a cabo la intervención logopédica.

## VII. Conclusiones

Tras la realización del presente Trabajo de Fin de Grado y teniendo en cuenta los objetivos planteados inicialmente, el desarrollo de la fundamentación teórica del mismo y su implementación práctica, se han llegado a las siguientes conclusiones:

1. En relación a la revisión sistemática, se han encontrado numerosos artículos, libros y documentos relacionados con la afasia, ya que se trata de una alteración muy estudiada por muchas disciplinas sanitarias. Por otro lado, en cuanto a la búsqueda de bibliografía relacionada con el metalenguaje y la comprensión oral, cabe destacar que ha resultado más complejo encontrar estudios que abordasen estos temas desde el punto de vista de la intervención logopédica, con el agravante de tener que relacionarlo con el propio trastorno a tratar. debiendo realizar de este modo un análisis más exhaustivo de los mismos para encontrar la información más adecuada y documentar este trabajo.
2. Gracias a la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado, se han podido conocer las características de diferentes pruebas estandarizadas de evaluación de sujetos, así como también el manejo de éstas, en concreto del test Mini-mental State Examination, como herramienta de cribado para seleccionar a los pacientes con los que se iba a intervenir posteriormente, y el Token Test, como prueba de evaluación del lenguaje comprensivo de los mismos.
3. A lo largo de los meses de terapia llevados a cabo con este grupo de pacientes con afasia se ha tratado de enfocar la intervención mediante la utilización de herramientas creativas y novedosas como el metalenguaje y el trabajo de la comprensión oral a través de textos de forma grupal, para poder comprobar la existencia de relación entre dicha intervención y la obtención de resultados beneficiosos.
4. A través de la intervención directa con este grupo de pacientes y de la realización de este TFG se ha podido valorar y constatar la necesidad del papel del logopeda a la hora de rehabilitar el lenguaje y potenciar las capacidades comunicativas de los pacientes mediante la utilización de técnicas novedosas, que motiven y estimulen a los sujetos, para asegurar de este modo unos resultados óptimos y satisfactorios para todas las personas implicadas en este proceso.

5. A lo largo de este proceso de evaluación y tratamiento, se ha podido comparar el nivel de comprensión y expresión oral en pacientes con afasia antes y después de la intervención logopédica, teniendo en cuenta en todo momento la cronicidad de las alteraciones de estos pacientes, por lo que cualquier señal de mejoría se valora muy positivamente y se anota como un progreso en la terapia llevada a cabo.
6. Como última fase del proceso de intervención logopédica y tras analizar los resultados obtenidos de cada uno de los pacientes de manera particular y del grupo en general, se han podido extraer datos que, aunque no resulten muy sobresalientes por el breve período de intervención y el grupo escaso de pacientes con el que se ha actuado, son relevantes en cuanto a los beneficios del método de terapia propuesto, pudiendo quedar abiertas futuras líneas de investigación acerca del tratamiento de la afasia a través de herramientas planteadas como el metalenguaje. Asimismo, también se llega a la conclusión de la necesidad de intervención logopédica en pacientes con diagnóstico de afasia, tanto en fases agudas como residuales del mismo, de una manera organizada y continuada en el tiempo para mantener y mejorar en la medida de lo posible las capacidades comunicativas de estos sujetos.

## VIII. Referencias bibliográficas y otras fuentes consultadas

1. Gallego, C. Battaner E., Rodríguez J., García A, Escribá, F.J. Perfil del logopeda. Libro Blanco Título de Grado en Logopedia. Madrid: ANECA. 2014.
2. American Speech-Language-Hearing Association. Scope of practice in speech-language pathology [Internet]. 2016 [citado 17 mar 2019]. Disponible en: <https://www.asha.org/policy/sp2016-00343/>
3. Cáceres Sánchez, I. Logopedia versus Audición y Lenguaje. CSIF. 2008;13(104):1-9.
4. Peña-casanova. Manual de Logopedia. 4ª Edición. España: Elsevier Masson; 2013.
5. Castaño, J. Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones. Rev Neurol 2003;36(08):781-785.
6. Damasio A.R., Damasio H. Brain and language. Sci Am 1992; 267: 63-71.
7. González, R. y Hornauer-Hughes, A. Afasia: una perspectiva clínica. Rev Hosp Clin Univ Chile 2014; 4: 271-360.
8. American Speech-Language-Hearing Association. Aphasia [Internet]. 2016 [citado 27abr 2019]. Disponible en: <https://www.asha.org/public/speech/disorders/Aphasia/>
9. Villodre R, Morant A. Intervención multidisciplinar en afasias. Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. 2006; Vol 1: 192-206.
10. Butman, J., Arizaga, R.L., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., de Pascale, A et al. "Mini - Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires. Rev Neur Argentina. 2001; 26(1): 11-17.
11. Dick, J.P.R., Guiloff, R.J., Stewart, A., Blackstock, J., Bielawska, C., Paul, E.A. et al. Mini-mental State Examination in neurological patients. J Neurol Neurosurg Psychiat; 1984; 47:496-499.
12. Psicología y mente.com [Internet]. España: Psicología y Mente; 2018 [citado 28 abr 2019]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/test-token-renzi-vignolo>
13. Scotti G., Spinnler, H. Colour imperception in unilateral hemisphere-damaged patients. J. Neurol Neurosurg Psychiat; 1970; 33: 22-28.
14. De Requena Farré, J.A.G. Una historia conceptual de los metalenguajes. Revistas UCR; 2018; 9 (1): 1-34.

15. De Requena Farré, J.A.G. Metalenguaje y metaorganización en la lingüística sistémico-funcional. *Rev Filol y Ling UCR*; 2017; 43 (2): 125-142.
16. Cassany, D., Luna, M., Sanz, G. Las cuatro destrezas: Comprensión oral. Solà, Joan (direcció); Gibert, Jaume (coordinació); Cassany, D. (redacció). Barcelona: Graò; 1991. 100-109.
17. De las Heras Mínguez, G., Evaluación de los trastornos de comunicación. Polonio López, B., Romero Ayuso, D.M. *Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*. Buenos Aires; Madrid: Panamericana; 2010. 159-169.
18. Vendrell J. Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Rev Neurol* 2001; 32: 980-6.

## ANEXOS

### **Anexo I. Matriz de recogida de datos.**

<b>Nombre del paciente</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Historia clínica</b>	
<b>Residente / Centro de día</b>	
<b>Afectación comprensión oral</b>	
<b>Afectación expresión oral</b>	
<b>Utilización de SAAC</b>	
<b>Otros datos de interés</b>	

Fuente: elaboración propia

**Anexo II. Entrevista para la evaluación inicial de los pacientes. Prueba no estandarizada.**

1. P: ¿Qué tal estás? ¿Cómo te encuentras?  
R:
2. P: ¿Cuánto tiempo llevas en la residencia?  
R:
3. P: ¿Eres residente o acudes al centro de día?  
R:
4. P: ¿Cómo te encuentras en la residencia? ¿Te gusta pasar tiempo aquí?  
R:
5. P: ¿Cómo es tu trato con los residentes? ¿Y con los profesionales que trabajan aquí?  
R:
6. P: ¿Te gusta participar en las actividades y talleres de la residencia? ¿En cuáles?  
R:
7. P: Antes de entrar en ASPAYM ¿Trabajaba? ¿En qué empleaba su tiempo?  
R:
8. P: Además de la gente con la que convives en el centro, ¿tienes familiares que vengan a visitarte o que te traigan a la residencia? ¿Con qué frecuencia?  
R:
9. P: En cuanto a la Logopedia, ¿has acudido alguna vez a terapia dentro de la residencia? ¿Y fuera de ASPAYM?  
R:
10. P: Para concluir, ¿te has sentido bien acudiendo a Logopedia? ¿Notas mejoría en tu comunicación?  
R:

Fuente: elaboración propia

### Anexo III. Mini-Mental State Examination

Nombre:

Varón [ ] Mujer [ ]

Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/Profesión:

N. Hª:

Observaciones:

<p>¿En qué año estamos? 0-1</p> <p>¿En qué estación? 0-1</p> <p>¿En qué día (fecha)? 0-1</p> <p>¿En qué mes? 0-1</p> <p>¿En qué día de la semana? 0-1</p>	<p>ORIENTACIÓN</p> <p>TEMPORAL (Máx.5)</p>	
<p>¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1</p> <p>¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1</p> <p>¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1</p> <p>¿En qué provincia estamos? 0-1</p> <p>¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1</p>	<p>ORIENTACIÓN</p> <p>ESPACIAL (Máx.5)</p>	
<p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.</p> <p>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1</p> <p>(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>	<p>Nº de repeticiones necesarias</p> <p>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)</p>	
<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.</p> <p>30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1</p> <p>(0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)</p>	<p>ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)</p>	
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.</p> <p>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1</p> <p>(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>	<p>RECUERDO diferido (Máx.3)</p>	
<p><b>.DENOMINACIÓN.</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1</p> <p><b>.REPETICIÓN.</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1</p> <p><b>.ÓRDENES.</b> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".</p> <p>Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1</p> <p><b>.LECTURA.</b> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1</p> <p><b>.ESCRITURA.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1</p> <p><b>.COPIA.</b> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>	<p>LENGUAJE (Máx.9)</p>	
<p>Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal</p> <p>24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro</p> <p>9-12 : demencia</p>	<p>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</p>	

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

a.e.g.(1999)

**Anexo IV. Token Test**

**TOLKEN TEST (PROTOCOLO)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**COLEGIO:** \_\_\_\_\_ **FECHA NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
**EXAMINADOR:** \_\_\_\_\_

**I PARTE:** Use solamente cuadros grandes y círculos grandes (10 fichas)

- 1) Toque el círculo rojo
- 2) Toque el cuadro verde
- 3) Toque el cuadro rojo
- 4) Toque el círculo amarillo
- 5) Toque el círculo azul
- 6) Toque el círculo verde
- 7) Toque el cuadro amarillo
- 8) Toque el círculo blanco
- 9) Toque el cuadro azul
- 10) Toque el cuadro blanco

**II PARTE:** Use grandes y pequeños cuadros y grandes y pequeños círculos (20 fichas)

- 11) Toque el círculo amarillo, pequeño
- 12) Toque el círculo verde, grande
- 13) Toque el círculo amarillo, grande
- 14) Toque el cuadro azul, grande
- 15) Toque el círculo verde, pequeño
- 16) Toque el círculo rojo, grande
- 17) Toque el cuadro blanco, grande
- 18) Toque el círculo azul, pequeño
- 19) Toque el cuadro verde, pequeño
- 20) Toque el círculo azul, grande

**III PARTE:** Use solamente los cuadros grandes y círculos grandes (10 fichas)

- 21) Toque el círculo amarillo y el cuadro rojo
- 22) Toque el cuadro verde y el círculo azul
- 23) Toque el cuadro azul y el cuadro amarillo
- 24) Toque el cuadro blanco y el cuadro rojo
- 25) Toque el círculo blanco y el círculo azul
- 26) Toque el cuadro azul y el cuadro blanco
- 27) Toque el cuadro azul y el círculo blanco
- 28) Toque el cuadro verde y el círculo azul
- 29) Toque el círculo rojo y el cuadro amarillo
- 30) Toque el cuadro rojo y el círculo blanco

IV PARTE: Use grandes y pequeños cuadros y grandes y pequeños círculos (20 fichas)

- 31) Toque el círculo amarillo pequeño y el cuadro verde grande
- 32) Toque el cuadro azul pequeño y el círculo verde pequeño
- 33) Toque el cuadro blanco y el círculo rojo grande
- 34) Toque el cuadro azul grande y el cuadro rojo grande
- 35) Toque el cuadro azul pequeño y el círculo amarillo pequeño
- 36) Toque el círculo azul pequeño y el círculo rojo pequeño
- 37) Toque el cuadro azul grande y el cuadro verde grande
- 38) Toque el círculo azul grande y el cuadro verde grande
- 39) Toque el cuadro rojo pequeño y el círculo amarillo pequeño
- 40) Toque el cuadro blanco pequeño y el cuadro rojo grande

V PARTE: Use solamente cuadros grandes y círculos grandes

- 41) Ponga el círculo rojo sobre el cuadro verde
- 42) Ponga el cuadro blanco debajo del círculo amarillo
- 43) Toque el círculo azul con el cuadro rojo
- 44) Toque con el círculo azul el cuadro rojo
- 45) Toque el círculo azul y el cuadro rojo
- 46) Recoja el círculo azul o el cuadro rojo
- 47) Ponga el cuadro verde lejos del cuadro amarillo
- 48) Ponga el círculo blanco frente al cuadro azul
- 49) Si este es un círculo negro, escoja el cuadro rojo (atención al comportamiento)
- 50) Recoja todos los cuadros, excepto uno amarillo
- 51) Toque el círculo blanco sin usar su mano derecha
- 52) Cuando yo toque el círculo verde, Ud. Tocara el cuadro blanco (espere 5 segundos, luego toque el círculo verde)
- 53) Ponga el cuadro verde al lado del círculo rojo
- 54) Toque los cuadros lentamente y los círculos rápidamente
- 55) Ponga el círculo rojo entre el cuadro amarillo el cuadro verde
- 56) Toque los círculos, menos uno verde
- 57) En vez del círculo rojo, recoja el cuadro blanco
- 58) En lugar del cuadro blanco, tome el círculo amarillo
- 59) Junto con el círculo amarillo, tome el círculo azul
- 60) Después que recoja el cuadro verde, toque el círculo blanco
- 61) Ponga el círculo azul debajo del cuadro blanco
- 62) Antes que toque el círculo amarillo, escoja el cuadro rojo

## TOKEN TEST

### OBJETIVO

*El objetivo de este test es evaluar la comprensión verbal de órdenes de complejidad creciente.*

### ADMINISTRACIÓN

- Presentar las fichas en el siguiente orden:

---

#### **FILA 1**

*Círculos grandes: rojo, azul, amarillo, blanco, verde*

#### **FILA 2**

*Rectángulos grandes: azul, rojo, blanco, verde, amarillo*

#### **FILA 3**

*Círculos chicos: blanco, azul, amarillo, rojo, verde*

#### **FILA 4**

*Rectángulos chicos: amarillo, verde, rojo, azul, blanco*

---

Comenzar con la primer orden: "Toque un círculo", hablando despacio y claramente.

- Las órdenes para la Parte A y B pueden repetirse una vez. Ninguna otra orden puede repetirse. Si el paciente no responde y pide que se le repita nuevamente la orden, decirle: "Haga lo que pueda. Haga todo lo que recuerde".
- Dejar de administrar el test después de tres fallas consecutivas:
  - En las Secciones A, B y C: si ninguna parte de la orden recibe un punto.
  - En la Sección D: si sólo una parte de la orden recibe un punto.
  - En las Secciones E y F: si sólo dos partes de la orden reciben puntos.

### PUNTUACIÓN

- Dar un punto por cada parte de la pregunta (subrayada) realizada correctamente.
- La realización correcta de las:
  - Preguntas 1-7: reciben 1 punto cada una
  - Preguntas 12-15: reciben 3 puntos cada una
  - Preguntas 16-19: reciben 4 puntos cada una
  - Preguntas 20-23: reciben 6 puntos cada una
  - Preguntas 24-39: reciben 6 puntos cada una (el verbo y la

preposición, al igual que la elección de la ficha correcta reciben puntos). Cualquier interpretación razonable de las preposiciones es aceptada y puntuada como correcta.

- Si el test es interrumpido, se deberán prorratear los items restantes de esa sección:
  - Si el test se interrumpe en el Item 31 -Sección F-, y los items 24-31 recibieron 6 puntos, los restantes 8 items serán prorrateados con 6 puntos, con un total de 12 puntos para la sección F.
- Si todos o casi todos los Items de la Sección B, C, D, E y/o F no fueron tomados debido a fallas previas, sumar:
  - 3 puntos para la Sección B
  - 5 puntos para la Sección C
  - 6 puntos para la Sección D
  - 9 puntos para la Sección E
  - 18 puntos para la Sección F
- No son necesarias correcciones por edad o nivel educacional.
- Máximo Puntaje: 163 puntos.

### **DATOS NORMATIVOS**

*La siguiente tabla proporciona datos normativos correspondientes a adultos:*

*Rangos  
Percentiles para  
el Token Test (  
para adultos  
normales)*

Puntaje	Rangos Percentiles
162	70
161	50
158	30
157	18
156	14
154	10
153	6
151	-

- El puntaje medio para adultos (y adolescentes mayores de 14 años) es de 161.
- Generalmente no se observan puntajes inferiores a 157 en poblaciones adultas normales.



131	16
130	14
129	14
128	10
12127	
126	8
125	8
124	7
123	5
122	5
121	4
120	4
119	3
118	3
117	2
116	2
115	2
114	1

---

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

<b>A. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. La instrucción se puede repetir una vez.</b>	
1. Toque un círculo	
2. Toque un rectángulo	
3. Toque una figura amarilla	
4. Toque una figura roja	
5. Toque una figura azul	
6. Toque una figura verde	
7. Toque una figura blanca	
TOTAL	<b>A (7)</b>

<b>B. Presentar solamente las fichas grandes. La instrucción se puede repetir una vez.</b>	
8. Toque el <u>rectángulo amarillo</u>	
9. Toque el <u>círculo azul</u>	
10. Toque el <u>círculo verde</u>	
11. Toque el <u>rectángulo blanco</u>	
TOTAL	<b>B (8)</b>

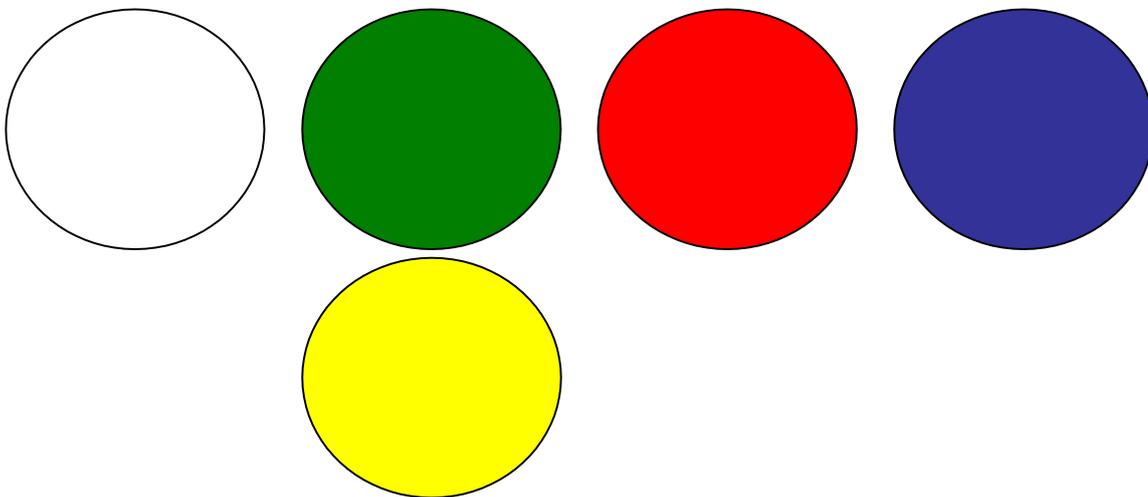
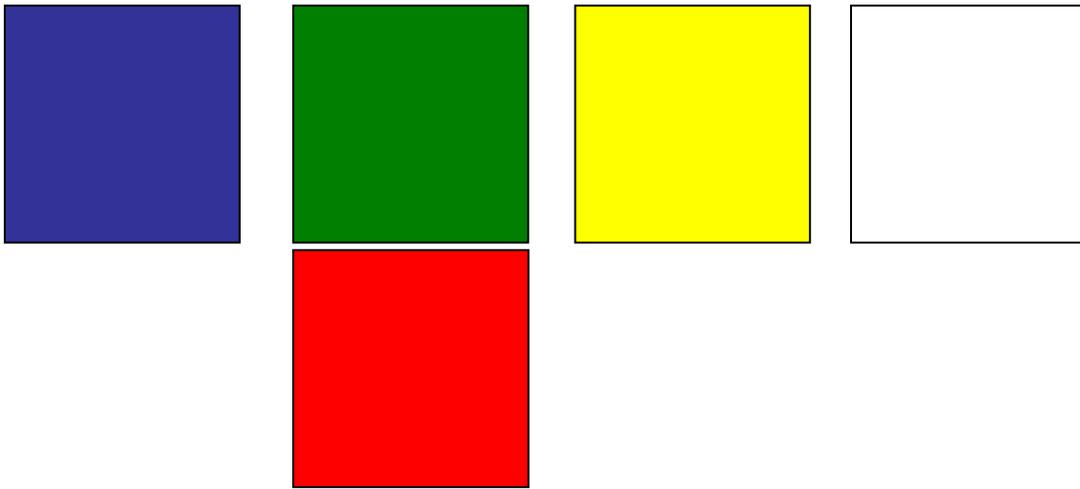
<b>C. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. No repetir la instrucción.</b>	
12. Toque el <u>círculo blanco chico</u>	
13. Toque el <u>rectángulo amarillo grande</u>	
14. Toque el <u>rectángulo verde grande</u>	
15. Toque el <u>rectángulo azul chico</u>	
TOTAL	<b>C (12)</b>

<b>D.</b> Presentar solamente las ficha grandes. No repetir la instrucción.	
16. Toque el <u>círculo rojo</u> y el <u>rectángulo verde</u>	
17. Toque el <u>rectángulo amarillo</u> y el <u>rectángulo azul</u>	
18. Toque el <u>rectángulo blanco</u> y el <u>círculo verde</u>	
19. Toque el <u>círculo blanco</u> y el <u>círculo rojo</u>	
TOTAL	<b>D (16)</b>

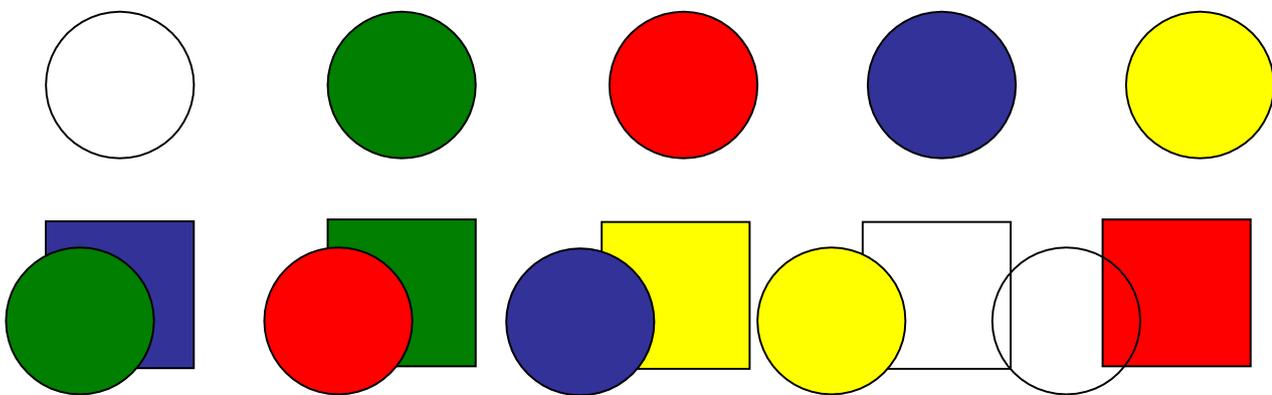
<b>E.</b> Presentar las fichas de la manera indicada previamente. No repetir la instrucción.	
20. Toque el <u>círculo blanco grande</u> y el <u>rectángulo verde chico</u>	
21. Toque el <u>círculo azul chico</u> y el <u>rectángulo amarillo grande</u>	
22. Toque el <u>rectángulo verde grande</u> y el <u>rectángulo rojo grande</u>	
23. Toque el <u>rectángulo blanco grande</u> y el <u>círculo verde chico</u>	
TOTAL	<b>E (24)</b>

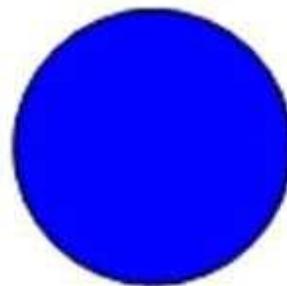
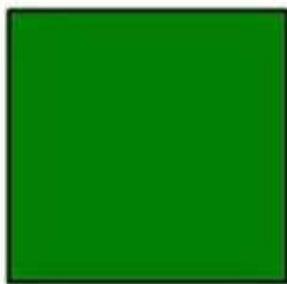
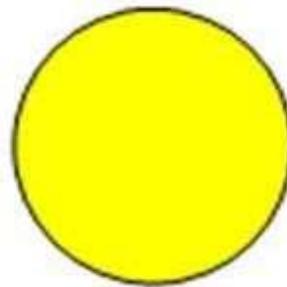
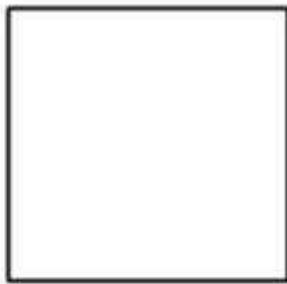
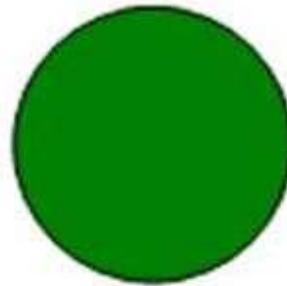
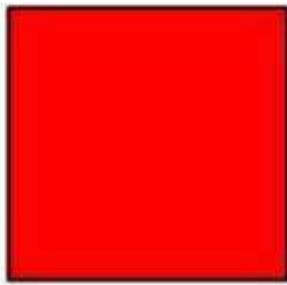
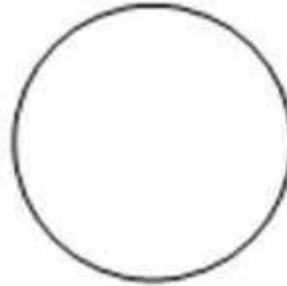
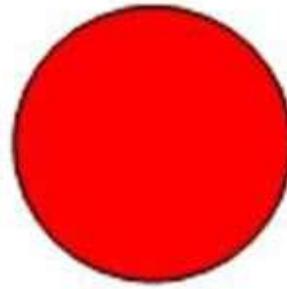
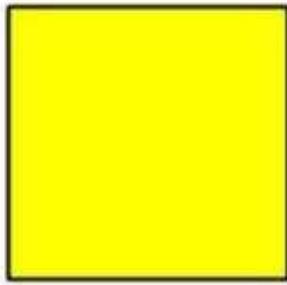
<b>F.</b> Presentar solamente las fichas grandes. No repetir la instrucción.	
24. <u>Ponga el círculo rojo sobre del rectángulo verde</u>	
25. <u>Ponga el rectángulo blanco detrás del círculo amarillo</u>	
26. <u>Toque el círculo azul con el rectángulo rojo</u>	
27. <u>Toque el círculo azul y el rectángulo rojo</u>	
28. <u>Levante el círculo azul o el rectángulo rojo</u>	
29. <u>Ponga el rectángulo verde lejos del rectángulo amarillo</u>	
30. <u>Ponga el círculo blanco en frente del rectángulo azul</u>	
31. <u>Si hay un círculo negro, levante el rectángulo rojo</u>	
32. <u>Levante todos los rectángulos, excepto el amarillo</u>	
33. <u>Ponga el rectángulo verde al lado del círculo rojo</u>	
34. <u>Toque los rectángulos lentamente y los círculos rápido</u>	
35. <u>Ponga el círculo rojo entre el rectángulo amarillo y el rectángulo verde</u>	
36. <u>Toque todos los círculos, excepto el verde</u>	
37. <u>Levante el círculo rojo, no el rectángulo blanco</u>	
38. <u>En lugar del rectángulo blanco, levante el círculo amarillo</u>	
39. <u>Junto al círculo amarillo, levante el círculo azul</u>	
TOTAL	<b>F (96)</b>
TOTAL	<b>A-F (163)</b>

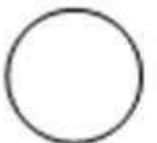
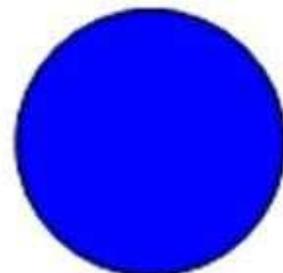
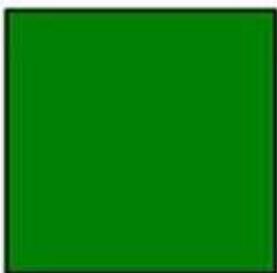
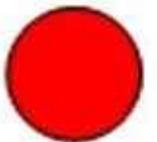
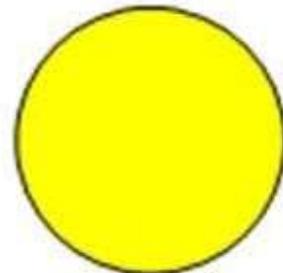
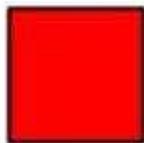
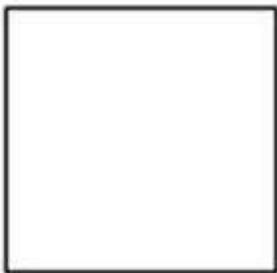
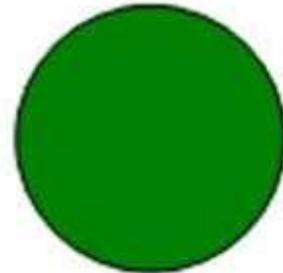
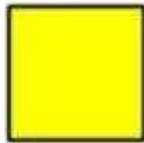
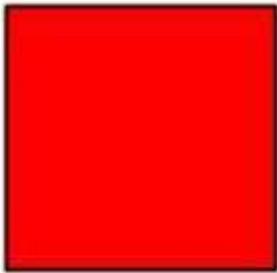
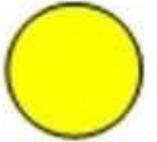
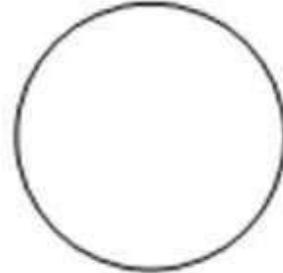
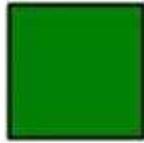
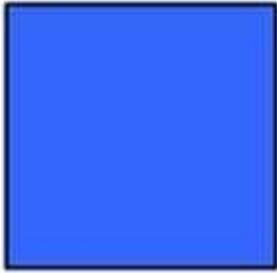
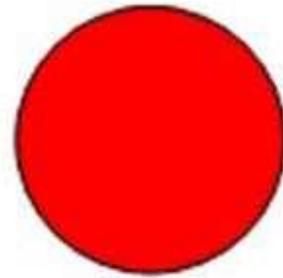
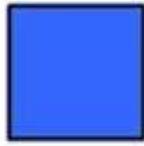
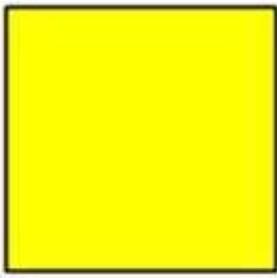
TABLA I; Para Partes I, III y IV se usan solamente los cuadros y los círculos grandes de 4 x 4 cm.



Para Partes II y IV se usan todas las fichas (grandes de 4 x 4 cm., chicas de 2 x 2 cm.)

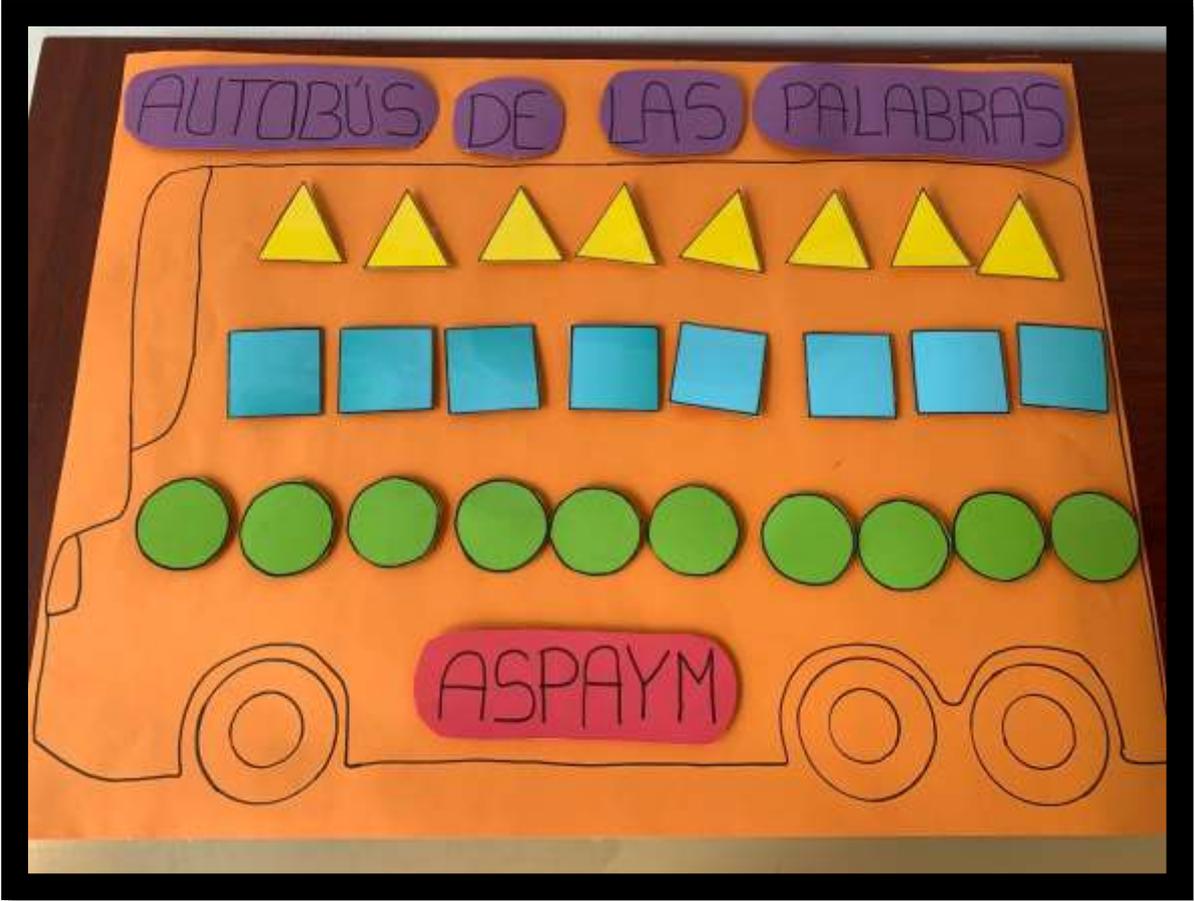






Anexo V. Material diseñado para trabajar el metalenguaje. "Autobús de las palabras".

Fuente: Elaboración propia



**Anexo VI. Material diseñado para trabajar la comprensión oral: texto elaboración propia y preguntas relacionadas.**

Fuente: Elaboración propia

**TEXTO**

*Un humilde comerciante vivía con su mujer y sus cuatro hijos en una humilde casa de una aldea de Valladolid. Una noche, soñó que si iba al río Pisuerga y atravesaba uno de sus puentes encontraría una bolsa llena de monedas de oro.*

*Al día siguiente, se despidió de su familia y emprendió viaje a Valladolid. Al cabo de dos días llegó a la capital y comenzó a buscar por todos los rincones de uno de sus puentes.*

*Durante días buscó y no encontró nada, hasta caer desfallecido. Al décimo día, un vendedor que tenía su pequeño negocio por allí le preguntó qué hacía allí. Cuando el comerciante le contó su sueño el vendedor le dijo:*

- *¡Está usted loco! Yo sueño todas las noches con una bolsa de monedas de oro enterrada en una humilde casa en una aldea de Valladolid y no por eso voy a ir a buscarla!*

*Volvió el comerciante a su casa, cavó en su pequeño patio y allí encontró una bolsa llena de monedas con la que vivió sin preocupaciones con toda su familia, el resto de su vida.*

**PREGUNTAS**

- ¿Quién es/son el/los protagonista/s de la historia? ¿Qué otros personajes aparecen?
- ¿Dónde ocurre la historia?
- ¿Cuándo ocurre la historia?
- ¿Qué ocurre al principio, en el medio y al final?
- ¿Cómo se siente/n el/los protagonista/s tras lo sucedido en la historia?

Anexo VII. Hoja de Registro Aspaym

 **aspaym**  
castilla y león

FECHA	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES

**Anexo VIII. Entrevista final de evaluación a los pacientes. Prueba no estandarizada.**

Fuente: Elaboración propia

1. P: ¿Qué tal estás? ¿Cómo te encuentras?  
R:
2. P: ¿Cómo te has sentido a lo largo de estos meses durante las sesiones de logopedia?
3. ¿Era la primera vez que acudías a terapia con otros compañeros?  
R:
4. P: ¿Te gustaría que fuese posible continuar con las sesiones durante más tiempo?  
R:
5. P: ¿Existen cosas que te gustaría mejorar o cambiar sobre lo realizado en la terapia logopédica?  
R:
6. P: ¿Crees que tu lenguaje y tu forma de comunicarte con el resto han mejorado?  
R:
7. P: Para concluir, ¿crees que es importante la labor que realiza la logopedia para mejorar la comunicación en personas con afasia y con otro tipo de dificultades? ¿Por qué?  
R: