



**FACULTAD
DE MEDICINA**

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO DE LOGOPEDIA



**Propuesta de Intervención a lo largo de la vida
en pacientes con Daño Cerebral Adquirido en
fase crónica**

Lifelong Intervention Proposal for patients with
Acquired Brain Injury in chronic phase.

ALUMNA: EKATERINA TRISHCHINA

TUTORA: TERESA CORTÉS SAN RUFINO

CURSO ACADÉMICO 2020-2021



RESUMEN

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es una lesión repentina en el cerebro, que se caracteriza por su aparición brusca y por el conjunto variado de secuelas que presenta según el área del cerebro lesionada y la gravedad del daño.

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) del Grado en Logopedia de la Universidad de Valladolid, pretende ofrecer una elaborada propuesta de intervención destinada a los pacientes situados en la fase crónica del DCA, aquellos que después de aproximadamente 36 meses sufren de una serie de secuelas permanentes que necesitan ser atendidas por una disciplina sanitaria que es la Logopedia.

Este TFG comienza con una introducción y justificación teórica, abarcando el propósito de éste. Más adelante, se plantean los objetivos que queremos alcanzar con el trabajo y la metodología seguida en su elaboración. Posteriormente, se presenta la extensa propuesta de intervención, seguida de las conclusiones obtenidas tras su realización. Para finalizar, se muestra la bibliografía y varios anexos.

Palabras clave: Daño Cerebral Adquirido (DCA), secuelas, comprensión, expresión, Anomia, logopedia, intervención, nuevas tecnologías, familia.



ABSTRACT

Acquired Brain Injury (ABI) is a sudden injury to the brain that is characterized by its abrupt onset and the varied set of sequelae it presents depending on the area of the brain injured and the severity of the damage.

This Final Degree Project (TFG) of the Speech-Language Therapy studies at the University of Valladolid aims to offer an elaborated intervention proposal for patients in the chronic phase of ACD, those who after approximately 36 months suffer from a series of permanent sequelae that need to be addressed by a health discipline that is Speech Therapy.

This TFG begins with an introduction and theoretical justification, covering its purpose. Later, the objectives that we want to achieve with the work and the methodology followed in its elaboration are set out. Subsequently, the extensive intervention proposal is presented, followed by the conclusions obtained after its realization. Finally, the bibliography and several annexes are shown.

Key words: Acquired Brain Injury (ABI), sequelae, comprehension, expresion, Anomia, Speech- Language Therapy, intervention, new technology, family.



ÍNDICE:

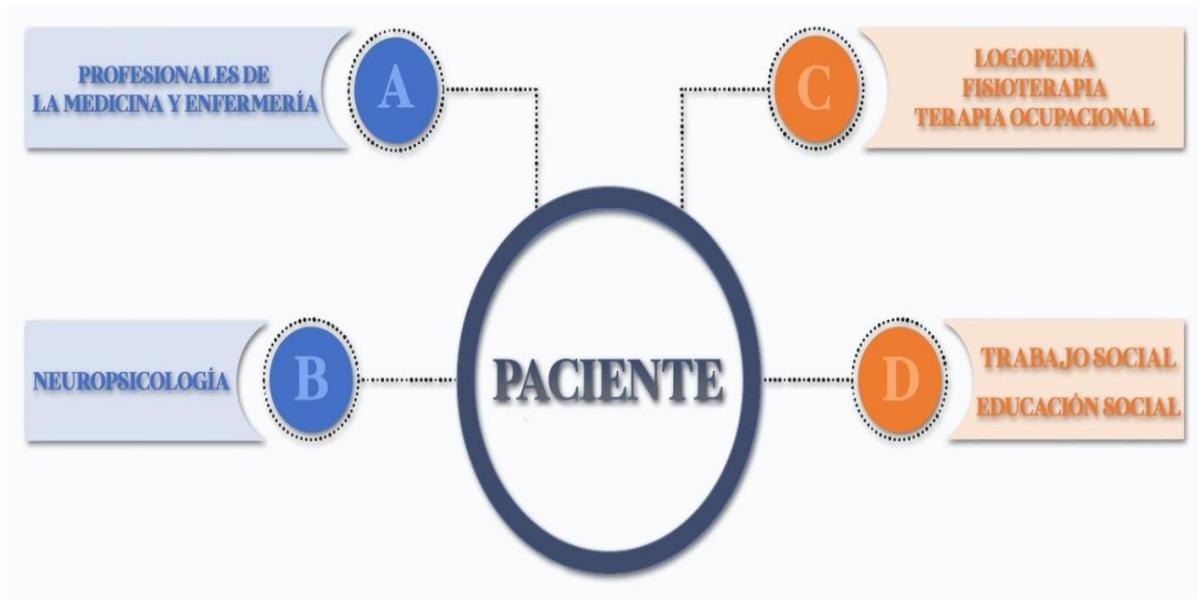
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	4
2. OBJETIVOS.....	9
3. METODOLOGÍA	10
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	11
4.1 Descripción de la intervención	11
4.2 Destinatarios.....	13
4.3 Evaluación	13
➤ Afasia.....	14
➤ Disfagia.....	14
➤ Disfonía	15
➤ Evaluación del núcleo familiar	16
4.4 Intervención.....	16
➤ Alteraciones en la comprensión	16
➤ Alteraciones en la expresión verbal.....	17
➤ Alteraciones en la denominación / anomia.....	17
4.4.1 Formación online o presencial a la familia.....	18
4.4.2 Actividades para realizar en su entorno	23
4.4.3 Terapia online con el paciente y sus familiares y/o cuidadores	31
5. CONCLUSIONES.....	33
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
7. ANEXOS	36
Anexo 1.....	36
Anexo 2.....	39
Anexo 3.....	41
Anexo 4.....	43

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene como objetivo, ofrecer una elaborada propuesta de intervención para un grupo de población que en este caso va a ser pacientes que se sitúan en la fase crónica del daño cerebral adquirido.

La razón por la cual he decidido elaborar mi TFG centrado en la fase crónica, se debe a que actualmente la mayoría de trabajos e intervenciones se focalizan en las fases anteriores (crítica, aguda y subaguda), abandonando a personas que a consecuencia de las secuelas permanentes siguen necesitando de nuestra ayuda.

El daño cerebral adquirido (DCA) es un problema de salud pública mundial que tiene graves consecuencias tanto en las personas que lo sufren como en sus familiares y en la sociedad. Es una lesión cuya incidencia va en aumento en nuestra sociedad y una de las principales causas de discapacidad en el país. Puede cursar con cambios físicos, emocionales, cognitivos y comportamentales que deben ser atendidos por múltiples disciplinas, por lo tanto, el cuidado interdisciplinar es esencial en todo el proceso de rehabilitación (1).



Esquema 1. Disciplinas que intervienen en el tratamiento de un DCA. **Fuente:** Elaboración propia.



Una de estas disciplinas es la Logopedia, que debe estar presente no solo en la fase aguda y en los primeros meses de rehabilitación, sino a lo largo de toda la vida del paciente cuando las demás intervenciones dejan de dar resultados, por las secuelas que puede llegar a ocasionar dicha patología.

El trabajo de un logopeda es muy importante y necesario en la intervención con los afectados de Daño Cerebral Adquirido. La recuperación o el mantenimiento del lenguaje y la comunicación se convierten en objetivos esenciales de todas las personas que hayan sufrido de esta lesión, ya que es una herramienta de interacción social y, como tal, esencial para la reintegración y normalización de las vidas de los afectados (2).

Debemos concienciarnos de la importancia que tiene nuestro papel a largo plazo en personas que hayan sufrido Daño Cerebral Adquirido.

Según FEDACE (Federación Española de Daño Cerebral) el daño cerebral adquirido se define como una “lesión repentina en el cerebro. Se caracteriza por su aparición brusca y por el conjunto variado de secuelas que presenta según el área del cerebro lesionado y la gravedad del daño” (3).

El Daño Cerebral Adquirido puede deberse a numerosas causas, la principal son los accidentes cerebrovasculares, la segunda causa más frecuente son los traumatismos craneoencefálicos (TCE), ocasionados principalmente por accidentes de tráfico, les siguen enfermedades infecciosas, tumores cerebrales y todas las causas de insuficiencia de oxígeno en el cerebro (apnea, intoxicaciones, ahogamientos...) (4).

Siendo el cerebro el órgano responsable de dirigir todo el cuerpo y sus funciones, una afectación de éste puede causar una gran variedad de secuelas físicas (dificultades en el movimiento), cognitivas (lenguaje, memoria, percepción, razonamiento, atención y pensamiento), conductuales (conductas desadaptadas o extrañas), emocionales (depresión, cambios bruscos de humor, ansiedad...) y sensoriales (sensibilidad táctil, audición, visión, gusto y el olfato) (4).



Para conseguir una recuperación funcional lo más completa posible de la lesión y minimizar las secuelas a nivel motor, cognitivo, emocional y sensorial es necesario actuar adecuadamente a lo largo de todas las fases que desencadena la lesión, esas fases son:

- 1.) Fase previa a la lesión: esta fase se centra a la labor de la prevención (5).
- 2.) Fase crítica (0-6 meses): es esta fase durante la cual el paciente ingresa en el hospital, por lo general, en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). En la fase crítica, el trabajo del logopeda se centrará en asesorar a los familiares para orientar la rehabilitación que tendrá lugar más adelante y utilizar todos y cada uno de los recursos que vayan surgiendo de cara a la comunicación de nuestro paciente (2).
- 3.) Fase aguda (6-12 meses): en esta fase empezaremos a valorar las secuelas que haya podido causar la lesión, lo más seguro es que el paciente ya se encuentre trasladado en planta. La labor del logopeda es crucial en esta fase para intervenir las dificultades que puedan surgir en la deglución. La disfagia es uno de los problemas que aparece con más frecuencia en personas que hayan sufrido la lesión. No podemos olvidarnos de comenzar en esta fase con una estimulación sensorial y cognitiva orientada a la comunicación (2).
- 4.) Fase subaguda (12-36 meses): aquí comenzamos la rehabilitación de forma intensa y continuada, con el objetivo de recuperar el máximo de habilidades y destrezas afectadas tras sufrir el accidente (2).
- 5.) Fase de readaptación y atención a largo plazo, fase crónica (más de 36 meses): los sujetos van acudiendo a centros especializados, asociaciones, centros de día... La labor que tenemos los logopedas en esta fase crónica es seguir recuperando capacidades afectadas y mantener aquellas que se lograron recuperar en las fases anteriores (2).

En este trabajo nos centraremos en la fase crónica, ofreceremos una metodología de trabajo diferente con el fin de ayudar a este grupo de pacientes.



Resulta de gran importancia la intervención de profesionales de diversas disciplinas, como mencionamos anteriormente, durante los primeros 36 meses desde el momento de la lesión. Durante todo este tiempo examinaremos y registraremos la evolución del paciente y estableceremos ya las secuelas definitivas y la gravedad de las mismas (3).

Después de un promedio de dos años desde la lesión, las secuelas se irán fijando y se iniciará la fase crónica, aunque éstas dependerán de un gran número de factores como la edad, hábitos nocivos del paciente, nivel educativo y socioeconómico, la intensidad y duración de la lesión, la rehabilitación recibida, entre otros.

Tras un estudio propuesto por P. Murciego Rubio et al. las secuelas más comunes en el daño cerebral adquirido, y más específicamente relacionadas con el área de logopedia son los trastornos motores, les siguen los problemas deglutorios y de comunicación (6).

Generalmente, si por la lesión se daña el hemisferio dominante, la comunicación mediante lenguaje verbal o escrito se ve afectada. La persona presentará dificultades a la hora de expresarse (afasia de predominio motor), a la hora de comprender el lenguaje verbal (predominio sensitivo) o será incapaz de interpretar y comprender lo escrito (alexia). Destacar que los trastornos del lenguaje no suelen aparecer de forma aislada, sino en asociación, con problemas de comprensión predominantes en algunos casos y problemas de expresión en otros (7).

Es muy común el fenómeno de la anomia, incapacidad para nombrar o denominar objetos de uso cotidiano. Los trastornos de la articulación del habla también son comunes, el paciente es incapaz de encontrar los puntos de articulación de los fonemas, viéndose su inteligibilidad del habla gravemente afectada, ese trastorno se conoce como disartria. Los problemas de la deglución suelen relacionarse con el trastorno anterior, por estar afectadas las mismas estructuras. La lesión cerebral también puede afectar a la transmisión de la propia voz, trastorno conocido como disfonía (7).

Las áreas principales de trabajo de un logopeda son la evaluación y rehabilitación de la disfagia, los trastornos pragmáticos, la disartria, la disfonía, la colaboración en los proyectos



de estimulación multisensorial y llevar a cabo la implantación y práctica de diferentes sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación si fuese necesario (8).

Cuando una persona sufre daño cerebral adquirido toda su red social se ve afectada, y con especial intensidad su familia.

La naturaleza repentina de la lesión y la ignorancia de las consecuencias a corto, medio y largo plazo colocan a la familia en el centro del trauma, y en la mayoría de las situaciones es el único apoyo para la persona afectada.

El daño cerebral adquirido marca un antes y un después en toda familia que lo sufre. Por lo general, se origina de forma repentina, inesperadamente la familia es obligada a cambiar su vida. Todas y cada una de ellas presentan unas necesidades, maneras distintas de afrontarlas y un conjunto de recursos tanto sociales, económicos, psicológicos, etc. que permitirán obtener un cierto grado de adaptación. Una adaptación que no es la adecuada en todo momento puede acabar elevando los niveles de estrés, provocando situaciones familiares de complicado manejo y deterioro (9).

Los distintos profesionales que trabajan directamente con los que han sufrido la lesión y sus familiares como los médicos, psicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, auxiliares, monitores, trabajadores sociales... se enfrentan día a día al sufrimiento que causa el daño cerebral adquirido y sus secuelas, al entorno familiar que soporta una amplia variedad de reacciones emocionales como tristeza, ansiedad, ira, culpa... siendo esto totalmente comprensible (9).

Nosotros como profesionales sanitarios, debemos de proporcionar ayuda no solo a las personas que hayan sufrido el daño cerebral adquirido, sino también a su núcleo familiar, porque van a ser la base para que nuestra intervención sea efectiva. Durante nuestra formación nos han insistido mucho en que la familia es una parte clave en todo proceso de intervención, pues en este caso lo es aún más por todo lo que implica el DCA.



2. OBJETIVOS

Mediante el desarrollo de este Trabajo de Fin de Grado, se pretenden lograr los siguientes objetivos:

- *Exponer que las personas que se encuentren en fase crónica del Daño Cerebral Adquirido siguen necesitando ayuda por nuestra parte.*
- *Ofrecer una posible solución a sus necesidades con la propuesta de intervención desarrollada en este trabajo.*
- *Mostrar que con una terapia a largo plazo podríamos evitar el abandono de las personas que aún pueden tener un resultado positivo.*
- *Aplicar las nuevas tecnologías e incluirlas en las sesiones de logopedia.*
- *Visibilizar la importancia del papel que tiene la familia y/o cuidadores en todo proceso de intervención y rehabilitación.*



3. METODOLOGÍA

El área de actuación de la logopedia que siempre me ha llamado la atención y que he estudiado con gran empeño es la logopedia neurológica, al tener eso tan claro no dudé en que la temática del Trabajo de Fin de Grado iba a estar relacionado con la neurología.

Al principio pensé elaborar mi trabajo basándome en el modelo de la revisión bibliográfica, pero durante el planteamiento y desarrollo de la temática decidí con la ayuda de mi tutora cambiar y realizar una propuesta de intervención dirigida a un grupo de población, ya que se ajustaba mejor a los objetivos que quería alcanzar con el TFG.

A lo largo de todo el segundo cuatrimestre se ha realizado una búsqueda bibliográfica relacionada con el tema a trabajar, con el objetivo de recopilar la máxima información posible sobre el Daño Cerebral Adquirido.

Los motores de búsqueda utilizados han sido los siguientes: Google Académico, Microsoft academia, Ashe, Dialnet, IME, Medline, Embase, NEHL, Cinahl, Pubmed, la Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU (PMC) y adicionalmente se han revisado las referencias bibliográficas de los artículos científicos escogidos para completar aún más la búsqueda. En la recopilación de la documentación necesaria para la elaboración del trabajo se utilizaron términos como “Daño Cerebral Adquirido”, “afasia”, “secuelas”, “fase crónica”, “evaluación”, “tratamiento logopédico” etc. Al mismo tiempo se han consultado libros concretamente “Afasia: de la teoría a la práctica” y “Los logopedas hablan” y también varias pruebas de evaluación estandarizadas.

Se seleccionaron un total de 7 artículos científicos, 3 libros, 2 cuadernos FEDACE, 2 páginas webs, una guía y un estudio.

Después de analizar exhaustivamente la bibliografía tanto en español como en inglés era posible empezar el proyecto del Trabajo de Fin de Grado.



4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La finalidad de la creación de esta propuesta de intervención, es proporcionar a las personas que sufren secuelas permanentes tras un DCA unas actividades y pautas que les sirvan de ayuda, ofrecer un apoyo a largo plazo.

A nivel de logopedia, los pacientes pueden presentar afasia, alexia, problemas de lectoescritura, disfagia, disartria, parálisis faciales, disfonías... Debido a las numerosas alteraciones donde la logopedia tiene que intervenir y estar presente y la poca extensión del TFG, nos vamos a centrar en las secuelas del DCA a nivel de la comprensión, expresión y denominación, disfagia y disfonía.

4.1 Descripción de la intervención

El paciente tipo con el que ejemplificar esta propuesta de intervención, será un paciente que lleva acudiendo a tratamientos logopédicos y a otros profesionales mucho tiempo. Hablamos de un tratamiento que tiene un coste económico elevado al que quizá ya no puedan seguir accediendo. Cuando ya han recibido toda la ayuda que puede proporcionar el sistema y se quedan y sienten abandonados, ya que todavía tienen necesidades que deberían ser atendidas. Por ello, propongo la siguiente metodología de trabajo tanto con el propio paciente como con sus familiares y/o cuidadores:

- Logopedia virtual siempre y cuando sea posible. Los pacientes en lugar de acudir presencialmente a consulta lo hacen vía online. La mayoría de las veces es difícil llevar a cabo algunos tratamientos ya sea por dificultades en la movilidad, de tiempo, recursos o disponibilidad. Esta alternativa también será más económica.

Actualmente, muchos logopedas se han visto obligados a aplicar las novedosas tecnologías e incorporarlas a sesiones online, y es una metodología de trabajo que podríamos aprovechar y sacarle grandes beneficios.



- El número de sesiones y la duración de ellas será menor, ya que en fase crónica no hará falta esa rehabilitación intensiva como en la fase aguda. Al ser nuestro objetivo principal mantener todos los progresos conseguidos a lo largo de la rehabilitación inicial, nuestra intervención actual tendrá lugar una vez al mes de manera presencial o vía online con una duración de 30/40 minutos.

Es importante que hagamos un seguimiento de nuestros pacientes para ajustar los objetivos y nuestro programa de intervención.

- Cada 15 días, mandaremos materiales vía online para que los pacientes lo puedan hacer en casa con la ayuda de sus familiares o cuidadores si fuera necesario. Posteriormente en la sesión comentaremos las dificultades surgidas en su realización para así nosotros elaborar nuevos materiales.
- Lo que necesitan verdaderamente es saber desenvolverse en su vida diaria, por ello las actividades tienen que ser funcionales. Los pacientes o familiares serán quienes se pongan en contacto con su logopeda para pedir material especificando en qué tienen dificultades y que es lo que quieren trabajar.
- La familia es una parte importante en el tratamiento, por lo que se la incluirá en todas las decisiones y actividades. Les proporcionaremos unas pautas para que puedan ayudar al familiar afectado.

Al comenzar nuestro programa de intervención, reservaremos una sesión para la formación de los familiares, para que sepan como trabajar con el paciente.

Siempre podrán ponerse en contacto con el logopeda de su familiar afectado para pedir ayuda y consejos de cómo poder abordar una actividad. El logopeda ofrecerá ayuda tanto al paciente como a sus familiares y cuidadores.

Antes de iniciar cualquier intervención online será necesario analizar cada caso, ya que no todos los pacientes lograrán beneficiarse de esta modalidad de terapia por diferentes causas como: las diferentes capacidades cognitivas y físicas de cada persona, la severidad de las



secuelas, la fase terapéutica en la que se encuentren, su nivel de manejo de las tecnologías, su percepción de esta terapia como más impersonal y fría, etc.

Por el contrario, existen numerosos aspectos positivos que nos hacen optar por una terapia online: ofrece una atención logopédica continua, una mayor comodidad, implica una inversión menor en dinero y tiempo, mayor flexibilidad horaria, nos podemos beneficiar de los recursos tecnológicos, etc.

Las sesiones al ser online serán a través de una videollamada, por esta razón necesitaremos un terminal con micrófono y cámara como un ordenador, portátil, móvil o Tablet. Se precisa, además, de una conexión a banda ancha y una sala sin ruidos. Utilizaremos herramientas y materiales virtuales y adaptaremos el material físico al medio digital si fuera necesario.

Creo que en la actualidad es factible llevar a cabo este tipo de intervención, ya que todo el mundo tiene en casa los recursos anteriormente nombrados.

4.2 Destinatarios

El programa de intervención va destinado a aquellos sujetos que se sitúan en la fase crónica del Daño Cerebral Adquirido, los que después de aproximadamente 36 meses sufren de una serie de secuelas permanentes que necesitan ser atendidas. La propuesta abordará las secuelas de afasia a nivel comprensivo, expresivo y denominativo, la disfagia y la disfonía.

4.3 Evaluación

La evaluación que se llevará a cabo con este grupo de pacientes tendrá como objetivo principal establecer y conocer la gravedad de las secuelas.

Si el paciente acude a consulta de logopedia por primera vez será necesario elaborar una anamnesis a través de una entrevista con el paciente y/o familiares y obtener la siguiente información: datos personales, datos familiares, motivo de consulta, accidente, tratamientos anteriores, modo de alimentación, sistema de comunicación y su evolución desde el accidente (10).



➤ **Afasia**

Para que la evaluación sea lo más completa posible se harán dos valoraciones, una valoración clínica y una mediante pruebas estandarizadas.

La expresión la valoramos clínicamente basándose en tres tipos de discursos: la conversación, donde planteamos preguntas; la narración, el paciente tiene que comunicarnos información relevante en torno a un tema concreto; y descripción de láminas, donde tiene que hacernos una descripción bien estructurada y con sentido (11).

La comprensión la valoramos clínicamente haciendo uso de 3 tareas: preguntas si/no, primero hacemos preguntas sencillas y posteriormente de mayor complejidad; órdenes, damos una instrucción para que el paciente la realice; y reconocimiento léxico, presentamos al paciente diferentes objetos y le pedimos que nos señale el objeto nombrado (11).

La denominación la valoramos clínicamente con cuatro tareas: denominación por confrontación, le pedimos que nos nombre el objeto mostrado; denominación por contexto facilitador, le damos al paciente oraciones incompletas donde falta siempre la última palabra para que él la complete; respuesta a preguntas concretas, planteamos al paciente preguntas de una sola respuesta; y pruebas de fluidez, le pedimos al paciente que nos nombre en un minuto todos los elementos de un determinado campo semántico (11).

Las baterías estandarizadas que podremos utilizar para evaluar la comprensión, expresión y denominación serán:

- Boston Diagnostic Examination (BDAE)
- Western Aphasia Battery (WAB)
- Test Barcelona (subprueba de lenguaje)

➤ **Disfagia**

Se llevará a cabo una evaluación no instrumental, incluyendo los siguientes procedimientos: (12).



- Elaboración de una anamnesis y revisión completa de informes médicos.
- Un examen del mecanismo oral evaluando los pares craneales, estructuras implicadas en el proceso de la deglución, el estado funcional de los músculos y estructuras implicadas, control de cabeza y cuello, la postura y movimientos involuntarios.
- Evaluación de la percepción del paciente y la familia sobre la gravedad del problema en la deglución.
- Observación del paciente comiendo alimentos de diferente consistencia.
- Identificación de signos y síntomas de penetración y/o aspiración.
- Evaluación de la capacidad para despejar las vías respiratorias.

➤ **Disfonía**

Es importante derivar a nuestro paciente al Otorrinolaringólogo si presenta algún trastorno en la voz.

En la consulta de logopedia se pasará un cuestionario a los pacientes para obtener información acerca del bienestar vocal, tensión muscular, ronquera y fatiga vocal, higiene vocal, extensión vocal, ansiedad y estrés, algunos factores subjetivos asociados y antecedentes personales de riesgo (13).

Se continuará con un examen funcional en el que es necesario examinar y palpar el aparato respiratorio e inspeccionar visualmente el velo del paladar y la faringe.

Para obtener más datos se realizará una valoración subjetiva de la voz mediante dos métodos de evaluación, el GRABS y CAPE-V.

Para finalizar se llevará a cabo una exploración aerodinámica, en la que analizará el tiempo máximo de fonación (TMF), tiempo máximo de soplo (TMS con /s/), índice fono-respiratorio s/a, capacidad vital (CV), cociente de fonación (CV/TMF), tiempo de habla y test de Snider o cerilla (13).



➤ Evaluación del núcleo familiar

Para que nuestra propuesta de intervención tenga éxito, necesitamos la colaboración total de los familiares y/o cuidadores y es por ello que además de evaluar al paciente debemos también evaluar su entorno.

El profesional tendrá que elaborar un cuestionario formado por numerosas preguntas, con el fin de obtener información acerca de la disponibilidad de los familiares y/o cuidadores, de quienes podrían trabajar y colaborar de forma activa para ayudar al paciente, las actitudes de qué familiar podrían beneficiar a nuestro paciente, quien tiene más ganas de colaborar, la situación de las personas más cercanas al paciente, etc., toda información que nos sea útil.

(Anexo 1)

4.4 Intervención

La intervención llevada a cabo en todo momento tiene que ser lo más funcional y ajustada posible a las necesidades de nuestros pacientes. Por esa razón, necesitamos realizar la evaluación anteriormente planteada para establecer el tipo y severidad de las secuelas y posteriormente crear nuestro programa de intervención. Hay numerosos factores que debemos de tener en cuenta como el tipo y la gravedad de la afasia, disfagia y disfonía, las capacidades de los pacientes, sus edades, situaciones familiares... y dependiendo de ellos se irán aplicando los ejercicios planteados.

Como la propuesta de intervención va destinada a un grupo de población con mucha variabilidad de casos, los modelos de actividades que se van a proponer deben ser adaptados a cada paciente.

➤ Alteraciones en la comprensión

Las alteraciones en la comprensión caracterizan la afasia de Wernicke, aunque pueden aparecer en otros muchos tipos. Los problemas son evidentes principalmente en el nivel léxico, por lo que será necesario incidir en él. La comprensión puede tener diferentes niveles de afectación, causando comprensión nula, baja, media o alta. Cuando es nula o baja hay que



empezar con la discriminación de vocales con ayuda escrita y gráfica, reconocimiento de sílabas directas, discriminación de palabras con distintos números de sílabas, reconocer palabras con el número de sílabas iguales, identificar pares mínimos y finalmente introducirlo en un contexto oracional (11).

Al estar dirigida la propuesta de intervención a una población que lleva años trabajando en sus dificultades, las actividades tendrán que ser más creativas. [\(Anexo 2\)](#)

➤ **Alteraciones en la expresión verbal**

Las alteraciones en la expresión verbal caracterizan la afasia de Broca, aunque pueden aparecer en otros muchos tipos. Los pacientes destacan por tener un lenguaje espontáneo poco fluido, agramatical, se comunican utilizando frases de poca complejidad sintáctica y palabras cortas, todo ello con bastante lentitud, dificultad y gran esfuerzo. Nos podemos encontrar también con alteraciones fonéticas y fonológicas. Por último, destacar que hay una notable alteración de acento, entonación y ritmo (11). [\(Anexo 3\)](#)

➤ **Alteraciones en la denominación / anomia**

La anomia es una de las manifestaciones más comunes de afasia, definida como un problema en la búsqueda de palabras. Este fenómeno altera el lenguaje de la persona que lo sufre al inducir espacios en blanco, retrasos y errores de elección de palabras en la producción verbal (14).

El estudio sobre la producción oral llevada a cabo por la neuropsicología cognitiva distingue tres niveles de procesamiento, nivel semántico donde se activa el significado, léxico en el que restablece la etiqueta equivalente al significado activado y fonológico en el que se escogen los fonemas pertenecientes a la etiqueta léxica recuperada. Todos estos niveles integran una herramienta para la rehabilitación de diferentes tipos de anomia y así las utilizaremos (semántica, pura y fonológica) (15). [\(Anexo 4\)](#)

Un estudio que realizaron Lambon Raph, K. Sage y J. Roberts mostró la efectividad de la técnica *Priming* en anomia pura, de modo que la aplicaremos en alguna actividad (16).



4.4.1 Formación online o presencial a la familia

Al comenzar el tratamiento a largo plazo será necesario en primer lugar, dedicar una sesión exclusivamente a la familia y/o cuidadores, ya que serán ellos quienes tendrán el papel de coterapeutas para trabajar con el paciente.

Para que la intervención se pueda llevar a cabo, debemos de proporcionar una formación a los familiares acerca de las secuelas y dificultades encontradas en la evaluación, su repercusión, la metodología de trabajo que seguiremos en nuestra intervención y cómo deben de trabajar con el familiar afectado sacando el máximo provecho al entorno y a las actividades que realicen en su vida diaria.

Les pediremos que lleven un registro diario en un cuaderno de todas las actividades que vayan realizando, siempre que sea posible, destacando las dificultades y progresos que observen en el familiar para que el logopeda pueda guiarles en todo momento.

Nuestro trabajo también será idear una serie de pautas y recomendaciones siempre adaptadas a cada paciente y facilitárselas a los familiares y/o cuidadores para que las pongan en práctica y puedan ayudar al afectado. Estas pautas y recomendaciones son las siguientes:

- Pautas de comunicación con pacientes afásicos

En las primeras etapas de rehabilitación la participación de la familia en la intervención puede mejorar notablemente el progreso del paciente, pero en fase crónica también pueden ayudar, no a disminuir la gravedad de las secuelas, pero sí a ralentizar sus efectos o a mantener un nivel comunicativo lo más óptimo posible. Paralelamente, dando estas pautas ayudamos a los propios familiares, les proporcionamos herramientas para que sepan cómo deben de comunicarse con el familiar afectado de aquí en adelante.

PAUTAS DE COMO COMUNICARNOS CON PACIENTES AFÁSICOS

- No infantilizar al paciente, utilizar un lenguaje que corresponda a una persona adulta.



- Sentarse a su altura estableciendo contacto ocular.
- Para facilitar la comprensión usar frases cortas y sencillas.
- Apoyarse en imágenes y gestos.
- No corregir continuamente los intentos de comunicación.
- Es necesario comprobar que la persona afectada haya comprendido el mensaje.
- Tener paciencia, ofrecerle todo el tiempo que necesite para mantener una conversación.
- Repetir el mensaje todas las veces que sea necesario.

PAUTAS PARA AYUDAR AL PACIENTE AFÁSICO A EXPRESARSE

- No desanimar a la persona extrañándose de su nueva manera de comunicarse.
- Formular preguntas claras (¿Comemos o damos un paseo?, ¿Quieres zumo?, ¿Quieres carne o pescado?).
- Aprovechar sus habilidades, si se comunica mejor con gestos, mediante la escritura, dibujos... utilizarlo.
- Evitar ambientes con demasiadas personas e interacciones.
- Cuando no comprenda a su familiar no siga insistiendo en que le vuelva a explicar lo mismo, revise los temas anteriormente hablados, el contexto, o solicite pistas (¿tiene que ver con alguien?, ¿es algo de la cocina?, ¿necesitas algo?).
- No excluirle de tomas de decisiones que tengan que ver con él o cualquier asunto familiar, pedirle opinión.



- Facilitar las pautas a todos los familiares, cuidadores, amigos...

➤ Pautas para los familiares y/o cuidadores de disfagia

La dificultad en la deglución es un problema complicado de intervenir sin ayuda de un profesional, debido a las graves consecuencias que puede desencadenar una errónea actuación, pudiendo provocar tos y asfixia, desnutrición y deshidratación, atragantamientos... pero sí podemos ofrecer a los familiares unas simples estrategias que pueden servirles de ayuda durante las comidas.

PAUTAS PARA LOS FAMILIARES Y/O CUIDADORES DE PACIENTES CON DISFAGIA

- Para la falta de apetito presentar comidas de su gusto.
- Evitar distracciones durante las comidas, cero ruidos.
- El familiar encargado de ayudar a comer debe sentarse en frente del familiar afectado e ir anticipando todos los pasos del proceso, aunque siempre que sea posible hay que dejarle comer solo con vigilancia.
- Intentar crear una rutina, respetar siempre los mismos horarios de cada comida.
- Es normal que vuestro familiar emplee más tiempo en comer, pero debéis intentar que no exceda de los 40 minutos.
- Cuidar la higiene bucal, es importante para estimular la salivación, para la hidratación e impide que el alimento se pegue.
- Estar pendientes de la postura, debe de haber una correcta alineación de cabeza y tronco.



<ul style="list-style-type: none">• Para evitar aspiraciones debe quedarse sentado unos 15 minutos más después de haber acabado de comer.
<ul style="list-style-type: none">• Cuidado con las dobles texturas, si el alimento es de textura homogénea es más sencillo tragar.
<ul style="list-style-type: none">• Si su familiar tiene muchos problemas con las texturas líquidas, en el mercado existen numerosos espesantes que cambian la viscosidad del líquido y podéis utilizar también agua gelificada que se vende en farmacias.
<ul style="list-style-type: none">• Disminuir los volúmenes de ingesta.
<ul style="list-style-type: none">• Es posible estimular el proceso de deglución con distintas temperaturas, usar alimentos tanto fríos como calientes.
<ul style="list-style-type: none">• Usar sabores intensos y contrastados para estimular la sensibilidad.
<ul style="list-style-type: none">• Si fuera necesario debéis contactar con un especialista para informaros sobre alguna ayuda técnica que exista en el mercado que facilite el proceso de deglución (vasos ergonómicos, pajitas antirretornos, cubiertos adaptados...).
<ul style="list-style-type: none">• Podéis utilizar una técnica compensatoria que consiste en inclinar levemente la cabeza de vuestro familiar hacia atrás una vez que haya introducido el alimento en la boca, facilitando así la deglución.

➤ La educación de la voz y pautas para cuidar la voz

La información que proponemos en este punto va dirigida tanto a los familiares y/o cuidadores como a los propios pacientes, es importante que tomen conciencia del problema vocal existente y cuiden la voz. En pacientes neurológicos es habitual encontrarnos con un déficit respiratorio, laríngeo o hipernasalidad.



La postura que adapta el paciente tiene importancia en las alteraciones de la voz, por lo que enseñaremos la postura en la cual se consume poca energía, la respiración se realice sin esfuerzo y en la cual la emisión vocal sea más eficiente, por ejemplo, si nuestro paciente sufre una parálisis unilateral de CV los cambios posturales de cabeza pueden ayudar a compensar esa parálisis.

Si existe un déficit en la respiración, debemos aumentar la capacidad y el rendimiento respiratorio con una serie de ejercicios sencillos de inspiración y espiración, por ejemplo, inspirar el máximo aire introduciéndolo hasta el abdomen y espirar contando mentalmente del 1 al 8, podemos también pedirle que al espirar emita en voz alta series de números, días de la semana, meses del año... para trabajar la coordinación fono-respiratoria.

Para el soplo le recomendaremos a la familia el ejercicio de la vela, en el cual el paciente deberá situarse en frente de una vela y dirigir el soplo hacia la llama.

Para trabajar la prosodia y el ritmo pueden hacer lecturas de poesías, capítulos de libros, cantar canciones...

A parte de los ejercicios proporcionaremos las siguientes pautas:

PAUTAS PARA CUIDAR LA VOZ
<ul style="list-style-type: none">• Evitar el carraspeo constante.
<ul style="list-style-type: none">• Hablar en un tono adecuado sin elevar la voz.
<ul style="list-style-type: none">• Realizar pausas suficientes en su discurso.
<ul style="list-style-type: none">• Mantener la musculatura que interviene en la emisión vocal relajada, sin tensar.
<ul style="list-style-type: none">• Evitar mantener conversaciones en ambientes muy ruidosos.
<ul style="list-style-type: none">• Limitar el tiempo de habla.



<ul style="list-style-type: none">• Durante el ejercicio físico evite hablar.
<ul style="list-style-type: none">• Cuidado con la medicación que tome.
PAUTAS PARA LA HIGIENE VOCAL
<ul style="list-style-type: none">• Beber mucha agua.
<ul style="list-style-type: none">• El modo respiratorio debe ser nasal, evitar inspirar por la boca.
<ul style="list-style-type: none">• Evitar susurrar.
<ul style="list-style-type: none">• No fumar y no abusar de las bebidas alcohólicas.
<ul style="list-style-type: none">• Cuidado con los cambios de temperatura.
<ul style="list-style-type: none">• Mantener un descanso óptimo.
<ul style="list-style-type: none">• Evitar situaciones que le provoquen estrés y/o ansiedad.

Las pautas anteriormente redactadas podemos facilitarlas también a las residencias, si nuestros pacientes residen en ellas, a las asociaciones, a los asistentes... a todas las entidades y personas que nos pueden ayudar. Insistir en que las tienen que incorporar a la vida diaria, tanto el paciente como su entorno deben aprender a vivir con las secuelas causadas por el DCA y estas recomendaciones ayudarán a lograrlo.

4.4.2 Actividades para realizar en su entorno

Nuestra propuesta de intervención está ideada para atender las necesidades de nuestros pacientes y sus familiares a largo plazo, y para ello es necesario adaptar las actividades de la vida diaria (AVD), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), el descanso y sueño, trabajo, ocio y tiempo libre y participación social al trabajo logopédico.



A continuación, se plantea un ejemplo de guía de intervención para un nivel de afectación intermedio de la afasia, pero se debe destacar que cada paciente y su afectación son diferentes, por lo que es necesario adaptar las actividades y elaborar siempre un modelo individualizado a sus necesidades y capacidades.

Al comenzar el día, será necesario que de mutuo acuerdo la familia y el paciente establezcan un esquema describiendo las tareas que realizarán a lo largo del día. Dependiendo del paciente se utilizarán ayudas técnicas tales como libretas, pizarras, ordenadores, Tablets, calculadoras... para planificar, elaborar, registrar y borrar tareas.

En cada área, se va a trabajar dependiendo de lo que esté afectado, por lo que se indicará a los familiares si han de incidir en expresión, comprensión y/o anomia.

- Actividades de la vida diaria (AVD)

Bañarse, ducharse

Comprensión: antes de que el paciente se disponga a ducharse, se repasará con el familiar o cuidador utilizando frases cortas el procedimiento.

Expresión: al recomendarle anteriormente que la actividad de baño la realice siempre en el mismo orden, al terminar se le pedirá que nos detalle los pasos que ha seguido.

Anomia: se pedirá al paciente, que escriba en una pizarra que se situará detrás de la puerta del cuarto de baño los utensilios de baño que se le ocurran, en el caso de conservar la escritura, sino se le pedirá que los nombre verbalmente.

Vestirse

Comprensión: el familiar y/o cuidador deberá pedirle al afectado que saque del armario la vestimenta de determinadas características, por ejemplo, pantalón vaquero blanco y camiseta de cuello alto.



Expresión: en las puertas y cajones del armario colocaremos dibujos o letreros de la ropa guardada en el interior, para que el paciente nos cuente que ropa se pondrá. En cada estación, la ropa del armario se cambiará para evitar que se confunda de vestimenta.

Anomia: en la cama se colocarán boca abajo las imágenes de vestimenta que estaban pegadas en las puertas y cajones del armario, el paciente y el familiar cogerán una imagen cada uno, por turnos, irán diciendo características y dando pistas de la prenda que les ha tocado para que el otro adivine, por ejemplo, si ha tocado “corbata”: “sirve como complemento de una camisa”, “es símbolo de elegancia”, “hay que hacerle un nudo”, etc.

Alimentación

Comprensión: la persona que trabaje con nuestro paciente deberá ir comunicándole qué utensilios tiene que coger para montar la mesa y el lugar correspondiente. Por ejemplo, si vamos a cenar puré, del cajón de los cubiertos coge dos cucharas y colócalas en el centro de la mesa, después toma dos vasos pequeños de la estantería y sitúalos a la derecha de los platos y por último coge un cuchillo para cortar la barra de pan.

Expresión: le pediremos al paciente que nos cuente los pasos que hay que seguir para llevar un determinado alimento del plato o vaso a la boca. Por ejemplo, un pure, cojo una cuchara, meto la cuchara en el plato y cojo pure, después me la llevo a la boca con cuidado y por último meterla en la boca.

Anomia: se le dirán una serie de oraciones que tendrá que completar, por ejemplo, “el cuchillo tiene una punta muy (_____)”, “beber agua es muy importante cuando hace mucho (_____)”, “la última comida del día se llama (_____)”.

Higiene y arreglo personal

Comprensión: el cuidador presentará al paciente dibujos que correspondan a distintas acciones de higiene y arreglo personal como afeitarse, maquillarse, arreglarse el pelo, cuidar las uñas, cepillarse los dientes y usar hilo dental, etc., para que éste señale la acción que quiera realizar, tras ello, el cuidador explicará cómo hacerlo y pedirá al paciente que vuelva a



explicarlo para asegurarnos de que lo haya comprendido. Por ejemplo, “afeitarse la barba”: primero hay que hidratar la cara y aplicar la espuma, coger una cuchilla y comprobar que las hojas no estén desgastadas, realizar unas pasadas suaves, aclarar las hojas con frecuencia y al finalizar aclarar la cara con agua y aplicar hidratante o aftershave.

Expresión: se le presentará dibujos de acciones anteriormente nombradas para que el paciente nos describa la acción. Tenemos que estar pendientes a las palabras funcionales, artículos, preposiciones, adverbios... y reforzar su uso.

Anomia: se le presentará el dibujo de una acción, por ejemplo, “maquillarse” y se le pedirá que nombre todas las palabras que se le ocurran relacionadas con esta (brocha, rizador de pestañas, polvos...).

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Movilidad en la comunidad

El paciente tendrá que ser capaz de planificar y desplazarse por la comunidad, además de utilizar el transporte público, caminar, conducir si es capaz o acceder al metro, autobús, taxi...

Comprensión: al principio será necesario acompañarle en sus salidas a la calle e ir familiarizándole con todos los negocios de alrededor, distintos establecimientos, servicios, calles... para eso la persona encargada del cuidado de nuestro paciente deberá hacer pequeñas descripciones simples de los lugares/establecimientos a la vez que los enseña, mostrar los caminos para llegar a diferentes sitios, poner en práctica el uso de los transportes enumerando a la vez los pasos a seguir para utilizarlos, por ejemplo, para llegar al centro tenemos que coger la línea 2 en esta parada, esperar al autobús, cuando esté llegando sacar de la cartera la tarjeta, subir al bus y pasarla por este lector y si tienes problemas el conductor de autobús puede siempre ayudar, y por último bajarnos en la cuarta parada, cuando vayas solo le puedes pedir al conductor que te avise de la parada para que no se te pase.

Al llegar a casa se le pedirá que nombre todos los sitios donde ha estado.



Expresión: el paciente tendrá que explicar, por ejemplo, el camino que hay que seguir para llegar al hospital.

Anomia: se le harán preguntas acerca de establecimientos, sistemas de transporte, lugares, etc. Por ejemplo, ¿Dónde se compra el pan?, ¿Qué vehículo automóvil transporta un gran número de pasajeros?, ¿A dónde tenemos que ir para sacar dinero?...

Establecimiento y gestión del hogar

El paciente deberá ser capaz de mantener el entorno del hogar y saber a quién contactar y cómo pedir ayuda en caso de alguna urgencia. Para ello, se elaborará un cuaderno con imágenes y nombres escritos de diferentes establecimientos y profesionales, sus números de contacto y posibles urgencias que puedan surgir. Por ejemplo, si se rompe una tubería (imagen de una tubería rota), hay que recurrir al fontanero (imagen de un fontanero) y contactar con él por teléfono (imagen de un teléfono con el número escrito debajo).

Si tiene problemas de orientación se podrá poner etiquetas con el nombre y/o dibujo en las puertas.

Comprensión: se pedirá ayuda al paciente para realizar tareas domésticas con el objetivo de que vaya relacionando las frases que el familiar y/o cuidador verbalicen a la vez que desempeñan la acción, con el contexto. Por ejemplo, para limpiar el suelo primero cogemos esta escoba y barremos, llevamos toda la suciedad al recogedor, después cogemos el cubo, le echamos agua y friegasuelos y fregamos y por último nos deshacemos del agua y abrimos las ventanas para que se seque todo.

Expresión: se le pedirá, por ejemplo, que cuente los hábitos que hay que tener para mantener la casa limpia y ordenada, los pasos que tiene que seguir si cortan la luz, cómo mantener el jardín, etc.

Anomia: se le darán definiciones y tiene que adivinar de que se trata, por ejemplo, “espacio de la casa donde se preparan las comidas”, “sustancia que utilizamos para fregar los platos”, “profesional encargado de reparar las instalaciones eléctricas”, etc.



Preparación de la comida

Comprensión: el familiar tendrá que ir comunicando al paciente los pasos que debe seguir para preparar una comida, por ejemplo, si escogen cocinar una tortilla de patatas para cenar, el familiar empezará diciendo, primero tienes que pelar 3 patatas, cortarlas en laminas, coger 4 huevos, etc., y como el paciente deberá seguir las indicaciones es sencillo ver si lo está comprendiendo.

Expresión: el paciente tendrá que contarle al familiar que ha desayunado, comido y cenado y cómo lo ha preparado.

Anomia: se le irán dando al paciente diferentes claves semánticas para que finalmente consiga adivinar a qué comida corresponden, por ejemplo, “gazpacho”, es una sopa fría hecha con hortalizas, es un plato típico andaluz y es de color rojo.

Compras

Se elaborará un libro con imágenes de todos los productos, comidas y bebidas con sus respectivos nombres escritos debajo.

Comprensión: el familiar o el cuidador tendrá que ir nombrando, uno a uno, los productos que se quieran comprar y pedirá al paciente que los señale en el libro.

Expresión: el paciente nos tendrá que contar qué necesita comprar, pudiendo ayudarse del libro de imágenes para facilitarles a los familiares a entenderle si su afectación en la expresión es grave.

Anomia: se pedirá al paciente que nombre todas las palabras, tanto derivadas como relacionadas, que se le ocurran de la palabra que se le diga. Por ejemplo, “café”, derivadas (cafetería, cafeína, cafetera...) y relacionadas (grano, bebida, olor).

➤ Descanso y sueño

En este apartado se creará una rutina de preparación para el sueño y descanso, que incluirá el aseo, desvestirse y ponerse el pijama, preparar la cama, escuchar música, leer, dar las



buenas noches, cerrar las puertas, persianas, determinar la duración del tiempo para dormir, poner la alarma y apagar las luces.

Comprensión: se elaborará un cuaderno de imágenes representando todos los pasos mencionados anteriormente, así si existe alguna dificultad el paciente puede apoyarse en ellas. El responsable de su cuidado irá haciéndole preguntas como, ¿antes de irte a dormir quieres leer?, ¿qué música quieres escuchar?, ¿a qué hora quieres despertarte mañana?...

Expresión: se le pedirá que nos cuente su rutina, si ha soñado algo, si ha descansado bien, etc.

Anomia: se le formularán frases con respecto a su rutina de descanso y sueño en las que va a faltar una palabra y el paciente tendrá que completarla, por ejemplo, “cuando suena la alarma la tengo que _____”, “para que no me despierte la luz tengo que bajar la _____”, “la prenda de vestir que uso para dormir se llama _____”, etc.

➤ Trabajo

Si nuestro paciente tiene una entrevista de trabajo, se podrá utilizar la técnica de Role Playing para practicar y preparar su discurso, si tiene ya trabajo dependiendo de cuál sea se le ayudará a comunicarse y desenvolverse en él, por ejemplo, si es mecánico se practicarán conversaciones habituales que se tienen con los clientes y compañeros y también se trabajará el vocabulario de herramientas, coches, materiales...

En cuanto a la comprensión, se podrá ayudar de imágenes, también las personas de su entorno laboral podrían ponerse en contacto con los familiares para que en casa se le volviera a explicar el mensaje, pero ya empleando consejos dados por el logopeda como emplear frases cortas, hablar despacio, apoyarse en comunicación no verbal... El logopeda también podría ponerse en contacto con la empresa o con su sitio de trabajo para ofrecer unas pautas, o incluso concertar una cita para una entrevista.



➤ Ocio o Tiempo libre

Comprensión: al estar viendo una película, serie o un programa de televisión se irá comentando junto al paciente lo que va ocurriendo, no describir, sino hacer preguntas. Es recomendable poner subtítulos si la lectura está conservada.

Expresión: al terminar de ver una película, serie, noticia, un anuncio..., se le pedirá que resuma lo visto, que diga lo que le ha parecido y si tiene que comentar algo al respecto.

Anomia: se podrá trabajar, por ejemplo, con el programa de televisión "Pasapalabra", tiene numerosas pruebas como *una de cuatro*, *la pista musical*, *sopa de letras* en la cual tiene que descubrir tres palabras relacionadas con un tema, *¿Dónde están?...* es una actividad aconsejable ya que paralelamente se trabajan las habilidades cognitivas como la atención, memoria, razonamiento, percepción y el propio lenguaje.

A parte del "Pasapalabra" podrán entretenerse y al mismo tiempo trabajar a nivel del lenguaje con otros muchos programas de televisión como ¡Ahora caigo!, ¡Boom!, la ruleta de la suerte...

➤ Participación social

Se elaborará un álbum de fotos con todos los familiares y amigos, así le será más fácil comunicar con quién quiere interaccionar.

Comprensión: antes de ir a cualquier evento, reunión familiar, de amigos..., con la ayuda del álbum, se le pedirá al paciente que señale a las personas nombradas, que serán las que estén allí, y se conversará con él para comprobar si comprende a donde irá.

Expresión: con la ayuda del álbum, tendrá que decirnos con quien quiere verse y contarnos que es lo que van a hacer, dar un paseo por..., ir a tomar un café a..., ir de compras a..., etc.

Anomia: se podrá trabajar pidiéndole al paciente que adivine al familiar o amigo, por ejemplo, es un amigo, con él trabajaste muchos años, tiene 2 hijas..., se le darán pistas hasta que adivine a la persona.



4.4.3 Terapia online con el paciente y sus familiares y/o cuidadores

El trabajo del logopeda en esta fase de intervención consiste en llevar a cabo un seguimiento, registrando y evaluando los progresos que está teniendo el paciente en casa, sus nuevos aprendizajes, las dificultades encontradas, nuevas necesidades... para así poder elaborar nuevas pautas para los familiares, actualizar la metodología de trabajo y mandar nuevas actividades y materiales.

Sesión tipo

Para ilustrar la tercera fase del programa de intervención, a continuación, se ofrece una sesión tipo que se llevará a cabo vía online.

La intervención logopédica tiene lugar una vez al mes con el paciente y sus familiares y/o cuidadores. La duración de las sesiones es de 30/40 minutos.

Cada mes se evaluarán unos campos semánticos y objetivos diferente. Se va a plantear un supuesto de sesión tipo, al segundo mes de tratamiento, tras haber trabajado el campo semántico de las prendas de vestir.

Al comienzo de las sesiones, reservaremos los primeros 5 minutos para saludar y preguntar cómo se encuentran, estableciendo así la primera toma de contacto. A continuación, tendremos una charla con ellos durante unos 10 minutos acerca de sus inquietudes y opiniones del programa, para que nos cuenten el trabajo realizado en casa, si han tenido alguna dificultad en hacer las actividades, a la familia le preguntaremos como ven a su familiar y al paciente si ha visto alguna mejoría o si por el contrario no ve ninguna evolución.

Los próximos 10 minutos son para evaluar si el paciente ha logrado nuevos progresos, en este caso sobre la vestimenta, esto se llevaría a cabo a través de unas actividades, como, por ejemplo:

- Si tenemos que evaluar la comprensión, cogeríamos unas imágenes de vestimenta y de otros objetos, y preguntaríamos al paciente cuál es una vestimenta y cual no.



- Si tenemos que evaluar la expresión, le preguntaríamos que nos cuente cómo va vestido.
- Si tenemos que evaluar la anomia, le señalaríamos diferentes prendas y le pediríamos que las nombrase.

Los siguientes 10 minutos son para trabajar las habilidades cognitivas, con el objetivo de mejorar el funcionamiento de aquellas capacidades que hayan sufrido un déficit tras la lesión. Utilizaríamos diferentes aplicaciones y programas ofreciéndole al paciente actividades dinámicas de estimulación de sus capacidades. Haremos uso de la aplicación llamada "Lumosity", contiene un gran número de actividades que se adaptan al nivel de cada paciente. De plataforma online utilizaremos la llamada "Mementia", dispone de diversas actividades para trabajar la memoria, la atención, el razonamiento o el lenguaje. Para poder trabajar directamente con el paciente le pediremos que en todo momento tenga la pantalla compartida, o por el contrario puede compartirla el propio logopeda.

Los últimos 5 minutos de la sesión son para entregarle a la familia y al paciente nuevas pautas, explicarles que tienen que trabajar el próximo mes y cómo hacerlo y mandarles nuevas actividades y materiales.



5. CONCLUSIONES

Tras la realización de este trabajo y haber podido recopilar información acerca del DCA con el fin de elaborar una propuesta de intervención, las conclusiones extraídas son las siguientes:

- Las personas que hayan sufrido DCA y se sitúan en fase crónica, siguen necesitando una atención especializada de la disciplina sanitaria que es la Logopedia, esto debido a diversas y heterogéneas secuelas que puede desencadenar la lesión.
- La propuesta de intervención elaborada en el presente trabajo, siguiendo una novedosa metodología, ofrece a las personas que sufren de secuelas permanentes una continuidad en el tratamiento.
- No todos pueden seguir recurriendo a un profesional para continuar su tratamiento a largo plazo, principalmente por el coste económico que supone, provocando esta situación un sentimiento de abandono. Con nuestra propuesta de intervención presentamos una solución más económica y logramos mantener la mejoría conseguida en la rehabilitación llevada en las fases anteriores.
- La aplicación de nuevas tecnologías en las sesiones de logopedia, pueden beneficiar y ayudarnos en todo el proceso de intervención ya que facilitan la comunicación a distancia, ofrecen posibilidades atractivas para el paciente, son cómodas y fáciles de utilizar, etc.
- La familia y/o cuidadores son importantes en cualquier tratamiento logopédico, pero su implicación en la intervención a largo plazo con pacientes situados en fase crónica es crucial, garantiza el éxito en sus progresos. Son los que hacen realidad nuestro programa de intervención, mientras que el logopeda guía todo el proceso. El Feedback entre logopeda y familia y/o cuidador es otro proceso de vital importancia que se debe seguir en todo momento para que el programa dé buenos resultados.



6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quezada García MY, Huete García A , Bascones Serrano LM. Las personas con Daño Cerebral Adquirido en España [estudio fedace en Internet]. [Madrid]. Federación Española de Daño Cerebral, 2016 [citado 16 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: https://fedace.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=showproyecto&idproyecto=52
2. FEDACE. Logopedia y daño cerebral adquirido. [Internet]. 5. Madrid: FEDACE;2007. [citado 16 de mayo de 2021]. Disponible en: https://fedace.org/talleres_dano_cerebral.html
3. Qué es y causas principales [Internet]. FEDACE. 2019. [citado 20 de mayo de 2021]. Recuperado de: <https://fedace.org/dano-cerebral>.
4. ADACEA (Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Jaén). Mini guía práctica de Atención al Afectado por Daño Cerebral Adquirido. [Internet] Jaén; 2005. [citado 20 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://issuu.com/jcampbell1/docs/dano-cerebral-mini-guia-practica>
5. Alberti Odriozola , Iriarte Ibararán M, Mandía Gorostidi Á, Murgialdai A, Marco Garde P. Pronóstico de las secuelas tras la lesión cerebral. Med. Intensiva. 2009;33(4):171-181.
6. Murciego Rubio P, García Atarés N. Secuelas del daño cerebral adquirido, estudio sobre las necesidades terapéuticas. Rev. Logop. Foniatr. Audiol. 2019;39(2).52-58.
7. Quemada JI, Ruiz MJ, Bori I, Gangoiti L, Marín J. Modelo de atención a las personas con daño cerebral. [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2007 [citado 20 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/informacion_publicacion/index.htm?id=30
8. Gómez Pastor I. El daño cerebral sobrevenido: un abordaje transdisciplinar dentro de los servicios sociales. Intervención Psicosocial. 2008;17(3):237-244.
9. FEDACE. Familias y daño cerebral adquirido. [Internet]. Madrid; FEDACE; 2009. [citado 16 de mayo de 2021]. Disponible en: https://fedace.org/talleres_dano_cerebral.html#Cuadernos
10. Santiago Pardo RB, Jimeno Bulnes N, García Atarés N. Los logopedas hablan. 1 ed. Valencia: Nau Llibres;2012.
11. González Lázaro , González Ortuño. Afasia. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.;2012.



12. Adult Dysphagia. [Internet]. ASHA (American Speech-Language-Hearing Association). [citado 20 de mayo de 2021]. Recuperado de: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/#collapse_5.
13. J.A. A, Casado JC, Rondíguez-Parra MJ, González M. Evaluación funcional y tratamiento logopédico de pacientes con disfonía: resultados de una intervención interdisciplinar de la voz en el ámbito hospitalario. Rev. Logop. Foniatr. Audiol. 2003;23(1):9-19.
14. Dechêne , Tousignant , Boissy , Macoir , Héroux S, Hamel , et al. Simulated in-home teletreatment for anomia. Int. J. Telerehabil. 2011;3(2):3-10.
15. Castejón Fernández L, Cuentos Vega F. La rehabilitación de la anomia desde una perspectiva multidimensional. Rev. Logop. Foniatr. Audiol. 2006; 26(2):101-114.
16. Lambon Ralph MA, Sage K, Roberts J. Classical anomia: a neuropsychological perspective on speech production. Neuropsychologia.2000; 38(2):186-202.



7. ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN: NÚCLEO FAMILIAR	
ENTREVISTADOR:	ENTREVISTADO:
FECHA DE LA ENTREVISTA:	
1. Parentesco con el paciente (esposa/o, hija/o, madre/padre, amigo, cuidador...)	
2. Estudios (primarios, secundarios, medios, superiores...)¹	
3. Trabaja usted fuera de casa actualmente:	
- Si ¿En qué trabaja?	
- No	
4. ¿Cuánto tiempo libre le deja su trabajo?²	
5. ¿Actualmente convive con el paciente?³	

¹ El nivel educativo es un componente que puede llegar a ser importante ya que puede ayudar a incrementar las habilidades cognitivas y verbales del paciente.

² Es importante saber cuánto tiempo le puede dedicar el familiar/cuidador a trabajar con el paciente.

³ Si nuestro coterapeuta convive con el paciente será más fácil que trabaje con él en todas las áreas de la vida diaria que necesite.



6. ¿Tiene que ocuparse usted de alguien más (hijos, hermanos, padres...)?⁴
7. ¿Cuenta con alguna otra persona o recurso que le ayude a atender al paciente?⁵ - Si - No
8. ¿En caso de que disponga de esa ayuda, quienes o cuáles son? (vecino, otro familiar, profesionales sanitarios, sociales públicos, ayudas mecánicas, centro de día, ayudas económicas, otros...)
9. ¿Cuántas horas semanales dispone de esa ayuda?
10. Supongamos que usted no pudiera atender al paciente, ¿quién en su lugar lo haría? (cuidador/es, alguna institución, familiar, nadie...)
11. ¿Sufre usted de alguna enfermedad?⁶
12. ¿Toma algún tipo de medicamento?⁷
13. Su estado de salud actualmente es: - Perfecto - Bueno - Regular

⁴ Si tiene que ocuparse de alguien más no podemos exigirle lo mismo.

⁵ Si dispone de otra ayuda podemos repartir y adaptar las actividades.

⁶ Dependiendo de la enfermedad hay actividades que no se podrían llevar a cabo.

⁷ Los efectos adversos de alguna medicación podrían obstaculizar el progreso de nuestro paciente.



<ul style="list-style-type: none">- Malo - Muy malo
<p>14. Su estado de ánimo actualmente es:⁸</p> <ul style="list-style-type: none">- Activado - Normal - Deprimido
<p>15. Su relación actual con el paciente es:⁹</p> <ul style="list-style-type: none">- Agradable - Complicada - Distante
<p>16. En escala de 1 al 10, ¿cómo calificaría el empeño que le podría usted en nuestro programa de intervención?</p>
<p>17. ¿Es usted hábil manejando las nuevas tecnologías? ¿Dispone de ellas?</p>
<p>18. En caso de no disponer de los recursos necesarios, ¿tiene usted posibilidad de obtenerlos?</p>

Tabla 1. Cuestionario de evaluación: núcleo familiar. **Fuente:** Elaboración propia.

⁸ La persona con un estado anímico depresivo no beneficiará al paciente ni logrará ser un buen coterapeuta.

⁹ Es importante que el cuidador y el paciente tengan una buena relación para garantizar el éxito de la terapia y la buena calidad de vida de estos.

Anexo 2

Si el paciente quiere seguir trabajando en sus dificultades, el logopeda le enviará un material extra para que lo imprima en casa y lo realice con la ayuda del familiar y/o cuidador. Si fuera necesario se reservarán unos minutos de la sesión online para corregirlo.

- Actividad de los barquitos

	A	B	C	D	E
1	Camiseta	Chaleco	Pantalón	Jersey	Sudadera
2	Profesor	Pintor	Peluquero	Camarero	Cocinero
3	Tomate	Cebolla	Patata	Pimiento	Pepino

Tanto el logopeda o el familiar como el paciente, tienen un tablero con palabras de diferentes categorías semánticas, la actividad consiste en ir dando pintas sobre una palabra para que el paciente averigüe a que palabra nos referimos. Por ejemplo, decimos es una verdura de color rojo que necesitamos para hacer gazpacho, y el sujeto nos tendría que decir la coordenada de la palabra, en este caso 3E.

- Actividad de elección de imágenes que se describen

El paciente debe de identificar la imagen que el logopeda o algún familiar le vaya a describir.

Médico que se especializa en tratar enfermedades que afectan al corazón



Utensilio de cocina formado por una hoja flexible y plana que se utiliza mucho en la repostería



Fuente: <https://www.pictotraductor.com/>

- Actividad de reconocimiento de la oración correcta

El ejercicio consiste en decirle al paciente dos oraciones para que reconozca la correcta.

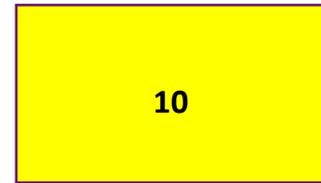
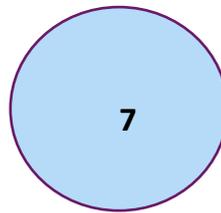
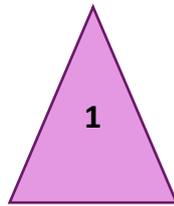
1. Todas las semanas vamos a hacer la compra al supermercado
2. Todas las semanas vamos a hacer la compra al centro comercial

- Actividad de escoger la palabra correcta

Le presentamos una frase en la que nos tiene que subrayar la palabra correcta, por ejemplo:

1. Fregamos los platos después / antes de cocinar.
2. Una mesa pesa menos / más que un taburete.
3. Me cepillo los dientes antes / después de acostarme.

- Actividad de figuras y números



Se le presenta diferentes figuras con diferentes números dentro, y se le hacen preguntas como:

1. De qué color es el triángulo.
2. Qué número es par.
3. Qué figura es roja.
4. Qué figura tiene cuatro lados.
5. ¿La segunda figura es amarilla?
6. La suma de los 3 números da 18.

- Actividad de ordenar historias

Le damos al paciente 3 partes de un texto sencillo desordenadas y él tiene que ordenarlas. A continuación, le proporcionamos dos continuaciones de la historia, una con sentido y la otra no, por lo que tiene que elegir la continuación que tenga sentido.

Anexo 3

Actividades adicionales para trabajar la afectación en la expresión.

- Actividades de ampliaciones sintácticas con ayuda visual

Le proporcionamos al paciente una lista de frases formadas con imágenes para que él las exprese verbalmente o por escrito si conserva la habilidad de la escritura.

YO

1.



(Yo como una pizza)



(Mi amigo bebe agua)



(El gato duerme en el tejado)

Fuente: <https://www.pictotraductor.com/>

- Actividades de secuencias

Le proporcionamos al paciente unas imágenes desordenadas de una secuencia de una persona preparando un zumo de naranja. Tiene que ordenar la secuencia y expresar la serie de pasos que hay que seguir para hacer zumo.

- Actividad de los barquitos

	A	B	C	D	E
1	Camiseta	Chaleco	Pantalón	Jersey	Sudadera
2	Profesor	Pintor	Peluquero	Camarero	Cocinero
3	Tomate	Cebolla	Patata	Pimiento	Pepino

Le decimos que nos describa por ejemplo la coordenada **2C** (persona que trabaja arreglando el cabello a las personas).

Anexo 4

Actividades adicionales para trabajar la anomia.

Anomia semántica

- Actividad para relacionar palabras con eventos y acciones

Esta actividad consiste en unir diferentes palabras a los eventos y acciones con que se relacionan.

AMOR	
DINERO	
COCINA	

Fuente: <https://www.pictotraductor.com/>

- Actividad para trabajar distintos campos semánticos (comidas)

Le enseñaremos al paciente imágenes de diferentes comidas y él deberá nombrarlas. Si no consigue decir la palabra le proporcionaremos ayudas semánticas, por ejemplo, si en la imagen aparece una tarta le diremos que podemos poner velas en ella, se come en los cumpleaños, tiene capas... A continuación, formulamos cuestiones relacionadas con las comidas, por ejemplo, en el desayuno podemos comer..., de que fruta está echo el zumo que tiene mucha vitamina C, de la uva obtenemos una bebida llamada... etc.



Anomia pura

- Actividades de palabras derivadas (estimulamos redes léxicas)

Presentamos unas palabras primitivas para que el paciente nos diga el máximo de palabras que nacen de esas palabras primitivas, o sea las derivadas. Por ejemplo, le decimos la palabra cine, y la persona nos podría decir cinema, cineasta, cinematógrafo, cinéfilo...

- Actividad efecto primado

Le presentamos al paciente un dibujo y él tiene que repetir el nombre de este, a continuación, le mostramos dos estímulos distractores como por ejemplo otro dibujo y un objeto y le volvemos a presentar el dibujo del inicio para que lo vuelva a denominar.

Anomia fonológica

- Actividad sopa de letras

A	L	T	O	A
A	I	O	G	R
O	R	R	M	R
E	A	P	I	O
O	M	E	A	Z

En una sopa de letras echa por nosotros, el paciente deberá buscar el mayor número de palabras que empiecen por vocales, sílabas y fonemas que solicitemos. Por ejemplo, le pedimos que encuentre palabras que empiecen por la vocal /a/, el paciente encontraría la palabra alto, arroz, arpa y apio. Aumentaremos la dificultad elaborando una sopa de letras mucho mayor.

- Actividad de buscar lo que falta

Con la finalidad de estimular la vía de acceso a las representaciones fonológicas, presentamos al paciente de modo incompleto unas series automáticas como son los días de la semana, números, también refranes, canciones que conozca con el fin de que las complete. Por ejemplo:



1. N_ hay mal que por b__n no v _____.
2. De tal pa__ tal ast__ a.
3. Lun____, M__tes, M_____oles, _uev _es, Vi____es, S_____, Domin__.