

**Adaptación y aplicación de la *CONSTRAINT-INDUCED
APHASIA THERAPY* en el centro ATENEU.**

Estudio de tres casos.

Iván Miralles Ferreres

20493608-X

Tutora: Micaela Moro Ipola

Grado en Psicología

Convocatoria: Julio 2016



ÍNDICE

Resumen.	5
Abstract.	6
Extended summary.	7
1. Introducción.	10
1.1 Concepto.	10
1.2 Etiología de las afasias.	11
1.3 Evolución y pronóstico.	11
1.4 Rehabilitación de la afasia.	12
1.4.1 Rehabilitación tradicional de la afasia en España.	13
2. Constraint-induced aphasia therapy.	14
2.1 Descripción.	14
2.2 Bases científicas y componentes de la CIAT.	15
2.2.1 Introducción de la terapia de manera masiva e intensa.	15
2.2.2 La terapia debe tener relevancia conductual y comunicativa.	16
2.2.3 La terapia debe focalizarse en el uso del lenguaje verbal.	17
3. Justificación, objetivos e hipótesis.	18
3.1 Justificación del presente estudio.	18
3.2 Objetivos.	19
3.3 Hipótesis.	19
4. Método.	20
4.1 Participantes.	20
4.2 Material.	21
4.3 Procedimiento.	22
4.3.1 Presentación de la terapia a usuarios y familiares.	23
4.3.2 Evaluación.	23
4.3.3 Tratamiento.	24
5. Resultados.	28
6. Conclusiones.	31
6.1 Puntos fuertes del estudio.	33
6.2 Limitaciones del estudio.	33
6.3 Posibles trabajos futuros.	34
7. Bibliografía.	35
Anexos	38

RESUMEN

La afasia surge, la mayoría de las veces, como consecuencia de un daño cerebral adquirido. Esta situación afecta a aspectos de la comunicación, tales como: fluidez verbal, denominación, repetición, comprensión, lectura y escritura, entre otros. Una de las limitaciones de la rehabilitación para las afasias son las pocas mejorías que se obtienen. Además, en los casos que se obtienen mejorías, éstas no se suelen generalizar a la vida cotidiana de la persona. En este sentido, Pulvermüller y su equipo, en 2001 propusieron un tratamiento basado en las terapias de restricción. Esta terapia se ha mostrado efectiva tanto en términos de mejorías en las habilidades del lenguaje como en los niveles de generalización dichas mejorías a la vida diaria. El objetivo del presente trabajo es, basándose en los principios de la terapia propuesta por Pulvermüller et al (2001), presentar una propuesta de intervención mucho más ecológica que la terapia tradicional y, a su vez, determinar la posible eficacia tanto en términos de mejoría como de generalización. El estudio contó con dos grupos con N=6 (grupo experimental n=3; grupo de no tratamiento n=3). Se utilizaron dos medidas de evaluación: el Test de Vocabulario de Boston (Goodglass, 2005) y la traducción experimental del test CAL (propuesto originalmente en inglés por Pulvermüller en 2001) para medir la conducta comunicativa de los usuarios en su vida diaria y los niveles de generalización. Los resultados en el Test de Vocabulario Boston muestran que dos de los tres participantes del grupo experimental se beneficiaron de la terapia. En cambio, no se puede extraer ningún tipo de conclusión a partir de los resultados obtenidos en el test CAL. No obstante, dado que la propuesta de intervención es sencilla, fácil de aplicar y barata, se propone como un buen modelo de intervención para la rehabilitación de la afasia.

Palabras clave: Afasia, rehabilitación, *constraint-induced aphasia therapy*, daño cerebral adquirido.

ABSTRACT

Aphasia appears after an acquired brain injury. This situation affects some communication features, such as speech fluency, naming, repetition, comprehension, reading and writing. One of the limitations of the aphasia rehabilitation is the low improvements seen in patients. Furthermore, in the cases in which patients obtain improvements, these gains do not tend to generalize to patients' daily life. So, Pulvermüller and his team, in 2001 proposed a treatment based on constraint-induced therapies. This therapy showed great results not only improving patients' language abilities but also in generalization levels to daily life of this improvements. This study aims to elaborate a more ecological intervention proposal than traditional therapy, based on the assumptions of the therapy proposed by Pulvermüller et al. (2001). Other goal is to determine the efficacy in both language skills improvement and generalization to everyday life levels. The study was carried out with two groups (N=6), 3 for each experimental group and no treatment group. We have used two assessment tools: Boston Naming Test (Goodglass, 2005) in its version in Spanish, and the experimental translation of the test CAL (proposed originally by Pulvermüller in 2001), in order to assess patients' communicative behaviour in their daily life. Results coming from Boston Naming Test show improvements in the scores in two of the three participants. However, it was not possible to obtain any kind of conclusion from the test CAL. Nevertheless, it is a good intervention proposal because is a simply, easy and cheap therapy.

Keywords: Aphasia, rehabilitation, constraint-induced aphasia therapy, acquired brain injury.

EXTENDED SUMMARY

We talk about aphasia when we want to refer to language acquired disturbances as a consequence of an acquired brain injury in those people who has already acquired language skills. It is important to distinguish aphasia to other language and cognitive problems, such as those language problems due to motor or sensorial problems, or the consequence of a global decline or dementia (Bhogal, Teasell & Speechley, 2003).

Aphasia can affect in different ways, and in different severity grades. In this way, there are cases of people whose severity is so low that they only have a few problems to find the word, and there also are cases of people whose severity is so high that they left with any kind of communication (Kelly, Brady & Enderby 2010). The brain injury can lead to a disturbance of one or several language modalities, or in a global language disturbance. In the last case, the person would have the problems in expression, production, understanding language, reading and writing.

Such are the labour and social consequences of aphasia that, because of the inability of communication, most people with chronic aphasia are not able to keep their jobs, and they also observe a reduction of their social relationships (Pulvermüller & Berthier, 2008). This situation can lead to an absolute social isolation. In fact, patients with aphasia often feel that other people avoid the interaction with them, due to the barriers they find in the communication.

Aphasia arises, most often, as a result of an acquired brain injury. Such as *Federación Española de Daño Cerebral* (n. a. recovered 1st February 2016, <http://fedace.org/dano-cerebral-adquirido-3/>) describes acquired brain injury as a result of a lesion in the brain, which produces several physical, psychological and sensorial consequences. These consequences develop disturbances in visual perception, cognition and emotion. When, as a result of this acquired brain injury, people are not able to communicate or to use the language in order to transmit information and to interact with their environment, we talk about aphasia.

The lesion that commonly lead to aphasia is a stroke that affects perisylvian regions of the left hemisphere of the brain, which is the hemisphere that allows the language functions in most of the cases (Meinzer, Elbert, Djundja, Taub & Rockstroh, 2007). However, there are other lesions that can lead to aphasia, such as traumatic brain injury, the onset and growing up of tumors, episodes of anoxia and/or hypoxia (in which the blood flow is partially or fully interrupted), and some kinds of brain infections.

Generally, there are three methods of work in the aphasia rehabilitation. One of them is **compensation**, whose goal is to use other preserved cognitive function in order to perform the task that initially did with the function that is currently altered (de Noreña et al., 2010). Other kind of rehabilitation consists in **substitution**, which refers to the use of help or external mechanisms in order to perform correctly the task. Finally, **restitution** is based on the stimulation and repeated exercise of the altered function (de Noreña et al., 2010).

However, aphasia rehabilitation has traditionally been based on performance in behavioural or neuropsychological tests (Meinzer et al., 2007).

This point of view makes that aphasia rehabilitation is only focused on the improvement in the patients' tests scores, and not in generalizing these results to their daily life. So, it is true that patients can improve their tests scores, but they fail to generalize the results to everyday life, which is the ultimate goal of aphasia rehabilitation.

Furthermore, in Spain there are not many effective restitution-based treatments for aphasia, as most of these treatments are prepared in English.

Accordingly with this, Pulvermüller et al., (2001) proposed a new treatment program for aphasia based on the constraint-induced therapies that improved a lot not only tests scores but also the generalization to the daily life levels.

Pulvermüller and his team explain that aphasia is a learned situation. Because of the lesion, patients can not use the speech in order to communicate with other people. As the other people do not understand patients with aphasia, themselves start to use other kinds of communication, such as writing or using gestures. Although they explain aphasia is a learned situation, they also explain that this situation can be defeated by making constraint environments where patients are forced to use their speech skills. In this way, they observed in the Wittgenstein's language games an opportunity to make this constraint materials. So, they made a board-game, composed by cards depicting an object of the daily life or an action. Every and each card have their identical card. Patients must use the language in order to get the identical card.

In addition, they also have proposed that the therapy should be carried out as intense treatment program. They also emphasize in the rehabilitation of the lost function, the speech. Finally, they explain that the therapy must have communicative and behavioural relevance for the users.

As far as assessment of patients' language skills is concerned, we will use *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados* (Goodglass, 2005), in its version in Spanish. With the intention to assess the communicative behaviour of the patients in their daily life, we will use the experimental translation to Spanish of the test CAL, originally made by Pulvermüller et al. (2001). The last test will be used in order to determinate the level of generalization of the improvements to the everyday life. In the study, there will be two moments of assessment: pre-treatment (before patients start therapy), and post-treatment (once patients have been finished intervention).

Considering this conceptual framework, the goal of this study is to elaborate a proposal of CIAT-based intervention, adapted to the needs of ATENEU. In this way, the ultimate intention of the intervention is to be more ecological than the traditional therapy. This study also aims to determine the efficacy of such intervention proposal.

There are two hypothesis in this study. On the one hand, patients who obtain benefits from the therapy, will improve their post-treatment scores, in comparison with their pre-treatment scores. On the other hand, patients will obtain better scores in the post-treatment CAL assessment than the pre-treatment CAL scores.

Once the materials were prepared, we carried out the intervention proposal. The results obtained in Boston Naming Test (Goodglass, 2005) throw improvements in two of the three participants. However,

results obtained in test CAL were not consistent and conclusive.

To sum up, though one of the three participants did not improve his scores in the Boston Naming Test and the test CAL did not throw any kind of information about generalization to daily life, we can conclude that this is a simple, easy, ecological and cheap intervention proposal, and conducting it we can observe improvements in both user's language abilities and user's relatives subjective well-being.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Concepto

Según la Federación Española de Daño Cerebral (n. d., recuperado el 1 de Febrero de 2016, <http://fedace.org/dano-cerebral-adquirido-3/>), el daño cerebral adquirido (DCA) es el resultado de una lesión súbita en el cerebro, que produce diversas secuelas de carácter físico, psíquico y sensorial. Estas secuelas desarrollan anomalías en la percepción sensorial, alteraciones cognitivas, y alteraciones en el plano emocional. Cuando, como resultado de este DCA, la persona ve mermadas sus habilidades de comunicarse, o de utilizar el lenguaje para transmitir información y relacionarse con el medio en el que vive, hablamos de afasias.

Es importante distinguir las afasias de las disfasias. Hablamos de afasias cuando nos referimos a alteraciones adquiridas del lenguaje (debidas a DCA), y no a las afectaciones del lenguaje en personas (generalmente niños y niñas) que todavía no han consolidado esta función, y en cuyo caso hablaríamos de disfasias. Es decir, las alteraciones en la **adquisición** del lenguaje en niños, se conoce como disfasia y, a su vez, el término afasia se utiliza para referirse a una alteración en las funciones del lenguaje como consecuencia de un daño cerebral, en aquellas personas que ya habían adquirido las habilidades lingüísticas. El énfasis en que la alteración del lenguaje surge como consecuencia de una lesión cerebral sirve para distinguir la afasia de otros problemas del lenguaje y cognitivos, como pueden ser, por ejemplo, aquellos debidos a un problema motor, a un problema sensorial, o la consecuencia de un deterioro global, es decir, una demencia (Bhogal, Teasell y Speechley, 2003).

La afasia puede afectar de diferentes maneras, y en diferentes grados de severidad. Así, se pueden encontrar casos de personas que únicamente tienen pequeñas dificultades para encontrar la palabra y, en cambio, casos de personas con afasia cuya severidad es tan grande, que quedan sin ningún medio de comunicación (Kelly, Brady y Enderby, 2010). Es decir, la lesión cerebral puede desembocar en una alteración de una o varias modalidades del lenguaje, o en una alteración global del lenguaje. En este último caso, la persona tendría problemas de expresión y producción del lenguaje, problemas en el entendimiento del habla, así como también problemas en la lectura y escritura.

Tal es la repercusión social y laboral de la afasia que, debido a la incapacidad de comunicación, la mayoría de las personas con afasia crónica son incapaces de mantener su puesto de trabajo, y sufren una reducción de sus contactos sociales (Pulvermüller y Berthier, 2008), pudiendo llegar a quedar completamente aislados de la sociedad. De hecho, los pacientes con afasia sienten que, frecuentemente, otras personas evitan la interacción con ellos, debido a las dificultades que encuentran en la comunicación.

Aunque la mayoría de las personas han sufrido una lesión cerebral muestran mejorías en las funciones del lenguaje entre los primeros meses de recuperación, muchas otras quedan con una afasia residual, que implica problemas de comunicación en la vida cotidiana y, por tanto, una disminución de su calidad de vida (MacGregor, Difrancesco, Pulvermüller, Shtyrov y Mohr, 2015).

1.2 Etiología de las afasias

La afasia surge, la mayoría de las veces, como consecuencia de un accidente cerebro-vascular (ACV) que afecta a las regiones perisilvianas del hemisferio cerebral dominante para el lenguaje (Meinzer, Elbert, Djundja, Taub y Rockstroh, 2007). No obstante, existen otras lesiones que pueden derivar en una afasia, como los traumatismos craneoencefálicos (TCE), la aparición y crecimiento de tumores, episodios de anoxia o hipoxia (en los que la llegada de oxígeno al cerebro se ve total o parcialmente truncada), e incluso algún tipo de infecciones cerebrales.

1.3 Evolución y pronóstico

Generalmente, después de la lesión cerebral, se produce lo que se conoce como recuperación espontánea. Esto permite recuperar parcialmente la función del lenguaje, aún sin ningún tipo de aplicación de terapia (Ardila, 2014). Las mejorías más claras se producen en los primeros meses posteriores a la lesión. La recuperación espontánea se produce porque, después de la lesión, es frecuente que el organismo ponga en marcha una serie de procesos fisiológicos con el objetivo de recuperar la homeostasis perdida tras la lesión, tales como la disminución del edema, la reabsorción del material hemorrágico, o la restauración de la actividad neurotransmisora (Cuetos, 1998). No obstante, la recuperación espontánea se observa únicamente tras una lesión estática, puntual, como por ejemplo, ACV, o TCE. En cambio, cuando la afasia es debida a una condición progresiva, como por ejemplo un tumor, o una enfermedad degenerativa, no se observa tal recuperación espontánea (Ardila, 2014). Este proceso de recuperación sigue, y finaliza, generalmente al año de producirse la lesión. Sin embargo, en algunos casos, se puede extender durante más de un año.

Por lo general, aquellos pacientes que pueden llegar a mostrar una mejoría en los primeros meses, tienen muy buen pronóstico. No obstante, tanto a mayor tiempo de evolución, como a mayor tiempo en mostrar mejorías, se puede sospechar de un peor pronóstico. También se pueden establecer pronósticos a partir del alcance y etiología de la lesión. De esta manera, las lesiones bilaterales, que afectan a los dos hemisferios cerebrales, tienen peor pronóstico que las lesiones unilaterales. Por otro lado, las afasias secundarias a TCE tienen peor pronóstico que las afasias vasculares (Basso, 1989, en Cuetos, 1998). También existen diferencias en la mejoría en función de la tipología de la afasia. Son los pacientes con afasia de Broca los que alcanzan el mayor grado de recuperación. Al contrario, aquellos pacientes que se muestran más lentos en obtener mejorías son aquellos que sufren afasia transcortical (Cramer, 2008). Otras características que pueden influir son la edad (se recuperan mejor y más rápidamente los pacientes más jóvenes), la localización y tamaño de la lesión, el tipo de tratamiento, la motivación, el estado cerebral previo a la lesión, e incluso algunos rasgos de personalidad. Vista la gran cantidad de factores que influyen en el grado de recuperación, y asumiendo la existencia de diferencias individuales entre las personas, se puede afirmar que no todos los afectados se recuperan de la misma manera, ni a la misma velocidad tras sus lesiones.

1.4 Rehabilitación de la afasia

En general, existen tres grandes metodologías de trabajo en la rehabilitación de la afasia. Una de ellas es la **compensación**, que tiene como objetivo la utilización, empleo, o apoyo de otras funciones cognitivas preservadas para la ejecución de la tarea que principalmente se realizaba con la función que ahora está alterada (de Noreña et al., 2010). Por otra parte, la **sustitución** se refiere al empleo de ayudas o mecanismos externos para el desarrollo eficaz de la tarea. Por último, la **restitución** o **restauración** se basa en la estimulación y ejercicio reiterado de la función disminuida o perdida (de Noreña et al., 2010).

Aunque el objetivo primordial de las terapias es que el paciente logre generalizar las mejoras alcanzadas en la clínica, a la vida real, una de las grandes limitaciones de la rehabilitación de la afasia es precisamente este, la falta de generalización de los resultados a la vida cotidiana. Los cambios se consiguen, pero quedan limitados al ámbito de actuación del profesional que atiende al paciente. Esto puede ser debido, en parte, a que la gran mayoría de los planes tradicionales de rehabilitación de la afasia se han centrado excesivamente en incrementar o mejorar las puntuaciones en algunos test que miden la función del lenguaje (Meinzer et al., 2007). Es por ello que, una vez los pacientes son incardinados de nuevo en la sociedad, las mejoras no se evidencian tanto. Para evitar esto, en la siguiente tabla se recogen los principios básicos que debería seguir una terapia para la afasia, y que en este trabajo quedan asumidos.

Principios básicos que deberían seguir las terapias para la afasia (Pulvermüller y Roth, 1991, extraído de Meinzer et al., 2007)

- a) La intervención clínica debería estar íntimamente relacionada con formas de comunicación utilizadas en la vida cotidiana.
 - b) La estructura secuencial de las acciones comunicativas en la interacción clínica deberían ser las mismas que en una conversación de la vida cotidiana.
 - c) El conocimiento relevante de los participantes en una intervención clínica debería ser congruente con el conocimiento de los participantes en una forma natural de conversación.
 - d) Los propósitos y estrategias comunicativas de los participantes deberían ser las mismas que se utilizan en una conversación natural de la vida cotidiana.
 - e) Debería ser posible para la persona practicar un tipo de acción comunicativa de manera repetida.
-

La solución radica por que los ejercicios estén inspirados y que se parezcan en la medida de lo posible a situaciones cotidianas, así como a los hechos comunicativos que se utilizan en la vida diaria, de manera que el entrenamiento en la restauración del lenguaje esté basado en una estrategia lo más real y ecológica posible, de la cual el individuo se pueda beneficiar en cuanto esté preparado para incardinarse de nuevo en la sociedad.

Sería conveniente, por tanto, que la mejoría que logre alcanzar el paciente no se evidenciara únicamente en las puntuaciones de los test que le sean administrados, sino que debería traspasar las paredes de la clínica y conseguir que se consoliden en la vida diaria del paciente.

Esta falta de generalización hace que los resultados que ofrecen algunas terapias de rehabilitación de la afasia sean muy limitados. De hecho, aún después del período de recuperación espontánea, y de la aplicación del tratamiento correspondiente, en la mayoría de los pacientes, la afasia persiste en algún tipo de grado y durante más de un año (Meinzer et al., 2007). Sin embargo, el grupo de (Pulvermüller et al., 2001) confeccionó una propuesta de tratamiento para la terapia que está siendo aplicada con muy buenos resultados, especialmente, en términos de generalización de la respuesta.

1.4.1 Rehabilitación tradicional de la afasia en España

En España, la rehabilitación de la afasia brilla por su escasez de materiales en su idioma. Esto se debe a que, generalmente, los estudios sobre la rehabilitación de la afasia se han hecho en lenguas opacas, como el inglés. Los métodos de rehabilitación de la afasia en España se han basado, principalmente, en la recuperación parcial o total del lenguaje a partir de mecanismos de compensación y sustitución, y no suelen incidir, por tanto, en la búsqueda de la recuperación de la función perdida. De esta manera, los pacientes aprenden a utilizar otros canales de comunicación diferentes al verbal, por lo que, en algunos casos, los pacientes quedan con la capacidad de comunicación verbal prácticamente mermada, y empiezan a utilizar todo tipo de canales de comunicación no verbal, como gesticulaciones, escritura o dibujos. Al contrario de ello, la terapia propuesta por Pulvermüller y su equipo, en 2001, se basa en el principio de la restitución o restauración, al incidir en trabajar la recuperación de la función perdida. En el presente trabajo, la orientación de la terapia también será la del mecanismo de restauración.

A pesar de la escasez de materiales en español, se puede afirmar que, a grandes rasgos, el proceso que sigue un proceso de rehabilitación de la afasia es el siguiente. En primer lugar, se identifica el tipo de afasia que presenta el paciente, se estudia la historia clínica y se identifica los parámetros anatómicos objetivos para poder obtener valores pronósticos y fijar los objetivos idóneos y realistas para cada paciente (Junqué, Bruna y Mataró, 2004). En el Anexo 1 se puede encontrar un resumen de los diferentes tipos de afasia y sus objetivos terapéuticos.

2. CONSTRAINT-INDUCED APHASIA THERAPY

2.1 Descripción

La *constraint-induced aphasia therapy* (CIAT, de ahora en adelante) se inspiró en los principios y propuestas que, unos años antes, Taub, Crago y Uswatte (1998), desarrollaron para el tratamiento de la hemiparesia y que se llamaba, a su vez, *constraint-induced movement therapy*. Las técnicas denominadas "*constraint*" aparecieron cuando se retó la idea bien establecida de la época de que los resultados de rehabilitación que se podían esperar cuando había transcurrido más de un año después de la lesión eran muy limitados (Meinzer et al., 2007). Taub y su equipo desafiaron las terapias clásicas, que se posicionaban a favor de las técnicas de compensación para la rehabilitación neuropsicológica, e introdujeron terapias dirigidas a utilizar de manera repetida la función perdida (Taub et al., 1998). Taub concebía que el hecho de no utilizar la extremidad parética era un proceso aprendido después de la lesión. Por tanto, la asunción básica de su terapia era que esta infrautilización aprendida se podía eliminar, mediante la creación de situaciones que indujeran a los pacientes a utilizar de nuevo la extremidad que no utilizan. Estableciendo el correspondiente paralelismo con el trabajo de Pulvermüller y sus colaboradores en 2001, ellos también asumieron que el no uso del lenguaje es aprendido, y que también se puede vencer siguiendo las mismas directrices que proponen Taub y su equipo.

De esta manera, Pulvermüller et al., (2001) adaptaron la terapia de Taub et al., (1998) a la rehabilitación del lenguaje. El primer paso fue averiguar cómo materializar e implementar el uso del lenguaje y la restricción de otros tipos de comunicación no verbal, que forzarán a los pacientes a engancharse a la práctica de la función afectada por la lesión (Pulvermüller et al., 2001). En este contexto, vieron en los juegos terapéuticos desarrollados por Wittgenstein (1953), una oportunidad para crear las condiciones y características necesarias para llevar a cabo la rehabilitación del lenguaje. Así, se desarrollaron dos tipos de juegos, que se utilizaron para animar a los participantes a que utilizaran el lenguaje, en contextos comunicativos, a través de peticiones de cartas.

Con todo esto, nos podemos referir a la CIAT como el conjunto de técnicas para la terapia del lenguaje, que pone énfasis en la práctica masiva, que están basadas en la utilización del lenguaje, y la restricción de otras formas de comunicación no verbal, y que están dirigidas al tratamiento de las habilidades y necesidades del lenguaje de cada paciente (Difrancesco, Pulvermüller, y Mohr, 2012). En esta definición es pertinente hacer dos aclaraciones. Por una parte, resaltar el hecho de que la terapia está dirigida al tratamiento de las habilidades del lenguaje de los pacientes. Esto quiere decir que el tipo de terapia que representa esta rehabilitación se basa en mecanismos de restauración. Se incide y se entrenan directamente las funciones afectadas por la lesión. Por otra parte, resaltar el término restricción. No se debe entender la restricción en el sentido negativo de la palabra. Al contrario. La comunicación no-verbal está restringida únicamente cuando ésta sirva para sustituir completamente al lenguaje verbal.

En cambio, en aquellas ocasiones en las que el lenguaje no-verbal sirva para complementar, e incluso mejorar la capacidad de entendimiento y comprensión del lenguaje verbal, está permitido.

De hecho, se busca que los pacientes complementen su comunicación verbal con información no-verbal, con el objetivo de que su comunicación sea mucho más integral y funcional.

2.2 Bases científicas y componentes de la CIAT

En el presente trabajo se expondrán de manera superficial las bases neurocientíficas de la terapia. No obstante, como el objetivo del estudio no es hacer una revisión de las mismas, aquel lector interesado en un estudio a fondo de tales bases, puede acceder al trabajo de Pulvermüller y Berthier (2008).

2.2.1 Introducción de la terapia de manera masiva e intensa

La CIAT está inspirada en el aprendizaje propuesto por Hebb, quien afirmaba que si dos eventos o estímulos ocurren al mismo tiempo en el ambiente, la persona puede aprender tal relación y, más adelante, predecir que tales eventos o estímulos siempre vienen de la mano. Si hacemos la correspondiente traslación a las afasias, se puede decir que cuando dos neuronas disparan frecuentemente al mismo tiempo, la conexión entre ellas se hace más fuerte (Hebb, 1949, en Pulvermüller y Berthier, 2008). De la misma manera, aquellas neuronas que se activan de manera independiente a otras, no llegan a asociarse, e incluso pueden llegar a debilitar sus conexiones (Artola y Singer, 1993, en Pulvermüller y Berthier, 2008).

En el caso de los pacientes afásicos, algunas de las neuronas y conexiones importantes para el uso del lenguaje han sido eliminadas, desconectadas, o dañadas funcionalmente, debido a su lesión (Pulvermüller y Berthier, 2008). De hecho, en el intento de comunicarse, los pacientes afásicos pueden llegar a debilitar todavía más estas conexiones, si no consiguen comunicarse con éxito. De esta manera, el aprendizaje correlativo, propuesto por Hebb, puede ayudar a estos pacientes a evitar que las conexiones se debiliten, e incluso llegar a fortalecerlas. Esto implica, según Pulvermüller y Berthier (2008), que si en la sesión de terapia tiene lugar algún tipo de fortalecimiento entre las conexiones neuronales, también tendrá lugar la correspondiente disminución de la debilidad entre conexiones. Se propone, por tanto, que la desconexión neuronal puede ser evitada si la terapia se lleva a cabo de una manera intensiva.

En este sentido, Hinckley y Carr (2005) describen la intensidad de la terapia como el máximo tratamiento proporcionado en la menor cantidad de tiempo posible. En todo caso, en el presente trabajo se hablará de intensidad en términos de número de horas administradas en cada sesión, número de días a la semana en que se proporciona terapia (si son días consecutivos, mejor), y duración a lo largo del tiempo de la situación de tratamiento.

Bhagal, Teasell y Speechley (2003), encontraron que con una media de 8.8 horas de terapia por semana, durante 11 semanas, se obtenían resultados positivos significativos, en comparación con aquellos tratamientos que proporcionaban dos sesiones de terapia de una hora por semana, durante 23 semanas.

Por tanto, una terapia más intensiva, sobre un período de tiempo más corto desemboca en unas mejoras significativas, en comparación con otros programas de tratamiento menos intensivos y prolongados en el tiempo.

En relación a la CIAT, Pulvermüller et al., (2001) encontraron que, basándose en el principio de la práctica masiva (aplicando terapia 3 horas al día, durante 10 días consecutivos), se obtenían unas ganancias comunicativas en los test clínicos estándar. A su vez, un gran número de estudios que han comparado la CIAT con otros programas intensivos para la rehabilitación de la afasia, han encontrado ganancias similares, lo que podría estar sugiriendo que la intensidad y la práctica masiva debería ser un componente activo del tratamiento en cualquier tratamiento destinado a la restitución del lenguaje (Dignam, Rodriguez, y Copland, 2015). No obstante, estudios en modelos animales desde otras corrientes, como la psicología cognitiva, han demostrado que los planes de entrenamiento espaciados y prolongados promueven cambios a largo plazo más óptimos en términos de aprendizaje y habilidades entrenadas. Por tanto, teniendo en cuenta los hallazgos de los diferentes estudios en la intensidad de la rehabilitación de la afasia, es importante evitar afirmaciones que recen que la alta intensidad en el tratamiento de la afasia es mejor en la totalidad de los pacientes (Dignam et al., 2015).

En cualquier caso, considerando la cantidad de investigaciones que lo avalan, parece apropiado, sin desmerecer en ningún momento la contribución desde otras corrientes de la psicología, adoptar la idea de practicar el lenguaje en un régimen de entrenamiento intensivo, con muchas horas de terapia aplicadas en tan corto tiempo como sea posible.

2.2.2 La terapia debe tener relevancia conductual y comunicativa

La visión cerebral general sobre las funciones del lenguaje sugiere que dichas funciones están fuertemente localizadas en módulos emplazados en áreas determinadas del cerebro, y cada uno de los módulos se encarga de procesar un aspecto determinado de la comunicación. Esta visión propone que, si una persona tuviera una lesión en algunas de estas áreas del cerebro, la función no podría ser recuperada, al no poder actuar sobre tales áreas. No obstante, esta visión modular del lenguaje puede ser objeto de alguna crítica. Algunos estudios de neuroimagen han demostrado que cuando las palabras y las oraciones son reconocidas y entendidas, no sólo se activan los centros clásicos del lenguaje, situados en las áreas perisilvianas del hemisferio izquierdo, sino que un amplio rango de áreas cerebrales adicionales también están involucradas en los procesos de acción y percepción (Pulvermüller y Berthier, 2008). De esta manera, cuando escuchamos o leemos una palabra, los sistemas motores se activan automáticamente, adelantando la posibilidad de que estos sistemas motores tuvieran que dar una respuesta. Además, en un estudio (Hauk, Johnsrude, y Pulvermüller, 2004), se encontró que el significado de los verbos de acción se correspondía también con una activación simultánea de la corteza cerebral motora. De esta manera, verbos relacionados con diferentes partes del cuerpo, como por ejemplo *besar*, activan las correspondientes partes del cuerpo (en este caso, los labios).

Por tanto, esto demuestra un enlace, a nivel de corteza cerebral, entre el lenguaje y los centros motores de acción. Si trasladamos las implicaciones de esta visión a la terapia, podemos decir que es posible activar las zonas implicadas en el lenguaje, mediante la activación de las áreas motoras de acción (Pulvermüller y Berthier, 2008). En resumen, el déficit causado por una lesión en las áreas corticales de la producción y comprensión del lenguaje podrían ser contrarrestados mediante la activación de los circuitos motores de acción (Pulvermüller y Berthier, 2008).

2.2.3 La terapia debe focalizarse en el uso del lenguaje verbal

Por lo general, un paciente que, debido a una lesión es incapaz de mover un brazo, puede llegar a evitar el uso de la extremidad afectada. De manera similar, los pacientes con afasia pueden realizar lo mismo, debido a su propia lesión, y por tanto, no llegar a comunicarse de manera eficaz. Como resultado, estas personas tienden a utilizar estrategias alternativas, tales como usar oraciones simples, usar gestos, o recurrir a la escritura o los dibujos. Por tanto, un objetivo fundamental de la rehabilitación sería evitar dichas estrategias aprendidas de no uso del lenguaje. Es por eso que en la terapia se intenta que los pacientes afásicos utilicen las afirmaciones verbales, que en su situación actual normalmente evitan, debido a la falta de éxito de esta forma de comunicación en el pasado, y de los resultados exitosos del no uso aprendido. Con la práctica de las habilidades de comunicación verbal (que todavía están presentes en los pacientes), se puede restituir algunas de sus habilidades comunicativas que hasta ahora habían permanecido inutilizadas. De esta manera, el uso de juegos de lenguaje proporciona la guía a los pacientes para explorar, aplicar y elaborar un repertorio de afirmaciones verbales. Por tanto, la terapia se debe focalizar en recuperar las habilidades comunicativas de los pacientes que han permanecido inutilizadas a lo largo del tiempo. Es por eso que el principio de focalizarse en el uso del lenguaje afirma que es ventajoso utilizar las habilidades del lenguaje, especialmente aquellas que los usuarios han estado evitando, a la vez que se permiten otras formas de comunicación no verbal en el caso de que sirvan únicamente para complementar la información verbal, y en ningún caso, para suprimirlo.

3. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Justificación del presente trabajo

Existen dos principales razones que justifican el presente trabajo.

Por una parte, los pacientes afásicos representan una realidad ante la que no podemos mostrarnos impasibles. La afasia conlleva, para la vida de quien la sufre, múltiples consecuencias negativas. Además, con el aumento año tras año, de casos de personas que sufren daño cerebral adquirido, estamos ante una situación en la que los servicios de salud ven aumentada su demanda. Por tanto, tal y como sugieren Dignam, Rodríguez y Copland (2015), queda justificada la necesidad de proponer investigaciones que, a su vez, desemboquen en tratamientos efectivos y eficaces para las afasias.

Por otra parte, es bien conocida la escasez de programas de rehabilitación del lenguaje. Una de las limitaciones más notables de los programas de rehabilitación de la afasia es la falta de generalización de los resultados a la vida cotidiana de los pacientes. Además, después de la recuperación espontánea, incluso con una terapia dirigida a la restitución del lenguaje, la afasia persiste, al menos, en alrededor del 40-60% de los pacientes durante más de un año (Meinzer et al., 2007). Es por esto que se necesitan programas de rehabilitación de la afasia que consigan resultados más allá del periodo de recuperación espontánea y que consigan generalizar los resultados terapéuticos obtenidos a la vida cotidiana.

Otro aspecto que limita la eficacia de estas terapias es el hecho de que, como todas las facultades humanas, las funciones del lenguaje son complejas. De hecho, incluso una tarea lingüística "simple", como es la denominación, requiere la integración de algunos procesos, tales como integración perceptiva, semántica y fonológica, procesos articulatorios, recuperación léxica, y una planificación, iniciación, ejecución y monitorización articularia" (Kurland, Pulvermüller, Silva, Burke, y Andrianopoulos, 2012). Es cierto que el largo historial de intentos para desarrollar un tratamiento efectivo para las personas con afasia se ha visto confrontado con una corta lista de tratamientos basados en la evidencia. Por ello, no se puede afirmar que el enigma de la recuperación de la afasia se deba a una escasez de estudios sobre la rehabilitación de la afasia, sino a la ya comentada complejidad de las funciones del lenguaje. Aún así, podemos decir que, ya sean debidas a una causa u otra, las limitaciones en la eficacia de las terapias para la afasia son evidentes. Es por ello que en el presente trabajo también se pretende poner a prueba la efectividad de una de las terapias para la rehabilitación del lenguaje más prometedoras (ya que enfatiza en la generalización de los resultados de la terapia a la vida cotidiana) que han surgido en los últimos años.

Se justifica, entonces, la realización del presente trabajo, con el objetivo de ayudar a definir un poco más la posible eficacia de una de las mejores y más prometedoras terapias que se han propuesto para la rehabilitación de las funciones del lenguaje. A la vez, se expone una propuesta de tratamiento adaptada a las necesidades del centro ATENEU, mediante la confección de materiales originales y significativos para los usuarios, con representaciones de objetos y acciones que utilizan día a día en su convivencia en el centro, con el objetivo de que se logre generalizar los resultados de la terapia a la vida cotidiana.

3.2 Objetivos

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es, basándose en los principios de la CIAT mencionados anteriormente, confeccionar una propuesta de intervención propia, adaptada a las necesidades del centro de la Fundación de Daño Cerebral Adquirido ATENEO, de manera que la intervención sea mucho más ajustada a las necesidades específicas de los usuarios del centro, y más ecológica, así como también determinar la posible eficacia de la misma.

3.3 Hipótesis

Teniendo en cuenta tanto los conceptos teóricos sobre los que se asienta la CIAT, como los resultados de varias investigaciones anteriores sobre la efectividad y resultados de la terapia propuesta por Pulvermüller, se espera que los participantes se beneficien de la terapia, de manera que se establecen dos hipótesis tentativas:

- Hipótesis 1. Los participantes que se beneficien de la terapia incrementarán sus puntuaciones post-tratamiento en el test Boston, en comparación con sus respectivas puntuaciones en el mismo test en la medición pre-tratamiento.
- Hipótesis 2. Los participantes obtendrán mejores evaluaciones en la evaluación del test CAL por parte de sus familiares y profesionales del centro una vez haya acabado el tratamiento, en comparación con las medidas obtenidas antes de empezar la terapia.

4. MÉTODO

4.1. Participantes

La mayoría de los usuarios que participaron en la terapia vivían en Castellón de la Plana, aunque algunos vivían en localidades cercanas. Todas las personas que participaron en la investigación eran usuarios del centro de Daño Cerebral Adquirido ATENEU y, además, compartían un rasgo en común, y es que convivían con algún tipo de afasia.

El primer paso fue identificar los usuarios afásicos del centro que podían participar en el estudio. Se llevó a cabo un muestreo por conveniencia, ya que la selección de personas no se realizó de forma aleatoria, sino por motivos prácticos. Una vez reunidos, se establecieron dos grupos de participantes en el estudio. Un grupo consistía en el grupo experimental (3 usuarios), que recibieron el tratamiento, y el otro grupo fue el grupo de no tratamiento (3 usuarios), quienes recibieron la terapia para la afasia tradicional. La asignación a los grupos fue, de nuevo, por conveniencia. Fue la coordinadora y logopeda del centro de día quien realizó dicha asignación. Tal y como se explica en las bases de la teoría del tratamiento de (Pulvermüller et al., 2001), se agrupó a aquellos tres usuarios que mostraban un nivel semejante en sus habilidades de lenguaje, y se decidió que estos constituirían el grupo experimental.

Una vez hecha la distribución a los diferentes grupos, se tuvo en cuenta que aquellos usuarios asignados al grupo experimental no tuvieran ninguna alteración perceptiva o cognitiva, con el objetivo de que pudieran participar en el juego terapéutico y, por tanto, en la terapia. Algunas de las características más relevantes referentes a los usuarios que participaron en el presente trabajo se muestran a continuación.

Usuario	Edad	Sexo	Diestro /Zurdo	Etiología	Localización de la lesión	Meses de evolución	Afasia	
							Tipo	Severidad
V. V.*	67	V	D	ACV (H)	Cápsula izquierda	184	Global	Moderada
P. B.*	63	V	D	ACV (I)	Zona silviana izquierda	154	Global / motora	Moderada
L. P.*	67	V	D	ACV (I)	Zona silviana izquierda	82	Global	Moderada
E. G.	58	V	D	ACV (H) aneurisma	ACV "FPTI"	192	Motora	Leve
A. S.	64	M	D	ACV (I)	ACM izquierda	56	Motora	Moderada
R. M.	54	V	D	ACV (I)	ACM derecha	31	Motora no fluente	Moderada

Tabla 1. Parámetros clínicos y sociodemográficos de los participantes (tomada de Pulvermüller et al., 2001).

El establecimiento, tanto del diagnóstico como de la gravedad de la afasia, se hicieron a partir de la administración, por parte de la logopeda del centro, del Test Boston para el diagnóstico de la Afasia y de otros trastornos relacionados (Goodglass, 2005). El asterisco [*] indica los participantes del grupo experimental, mientras que la H y la I en el apartado de etiología significan ACV hemorrágico y ACV isquémico, respectivamente). FPTI significfa “fronto-parieto-temporal izquierdo”.

4.2 Material

Aparte de los instrumentos que se utilizaron para las evaluaciones, se utilizaron el propio juego terapéutico, y unos soportes para que los jugadores pudieran colocar las cartas.

El juego terapéutico fue elaborado a partir del análisis de necesidades que se observó en el centro. Dado que la confección de dicho juego terapéutico buscaba ser lo más ecológico posible, el primer paso fue preguntar a los profesionales que más tiempo pasaban con los usuarios (neuropsicólogo, logopeda y el responsable de un taller en el que los usuarios participan diariamente) sobre aquellos aspectos que pensaban que se podrían beneficiar los usuarios, con el objetivo de plasmarlos en las cartas para poder trabajar con ellos posteriormente. Así, se confeccionaron los materiales, de tal manera que en el tratamiento se trabajaron los siguientes aspectos: a) Nombres de los profesionales del centro con los que más interactúan; b) Objetos con los que se pueden encontrar en los talleres en los que participan, y c) Acciones que pueden hacer en el centro o en los talleres en los que participan (como por ejemplo saludar a alguien, pasear con alguien... etc).

Una vez que los profesionales indicaron las necesidades que percibían por parte de los usuarios, se procedió a fotografiar los objetos o elementos del centro, así como también las diferentes acciones que llevan a cabo en los talleres o en el centro. Con respecto a los profesionales del centro, la coordinadora del centro de día proporcionó sus fotografías, después de que los mismos profesionales lo autorizaran. Por último, las fotografías que representaban acciones se tomaron durante la realización de talleres en los que participaban los usuarios.

Cuando se obtuvieron las fotografías de cada carta, se procedió a la modificación y adecuación de cada una de las fotografías. Después de esto, una copistería elaboró las cartas. De esta manera, el *pack* del juego terapéutico se compuso de 192 cartas totales, divididas a su vez, en dos barajas, ya que cada carta tenía su correspondiente carta idéntica en la otra baraja. El coste total de la elaboración y producción de las cartas ascendió a 72 euros. Las cartas estaban impresas a color y estaban protegidas con una película de plástico. La relación de cartas¹ que se utilizaron en el juego terapéutico se pueden encontrar en el anexo 14. En las cartas no se muestra en ningún momento, y bajo ningún concepto a los usuarios. Casi la totalidad de las cartas en las que se pueden identificar personas o partes del cuerpo se corresponden con el autor del trabajo (excepto en aquellas cartas en las que se identifican los profesionales del centro).

¹ La relación de cartas únicamente aparecerá en la versión en papel del presente trabajo, y no en la versión digital. El lector o lectora interesado/a en acceder al material u otro tipo de información acerca del mismo, puede contactar mediante correo electrónico con el autor: ivmirallesf@gmail.com

Las cartas representaban algunas de las siguientes seis categorías:

1. Objetos que se pueden encontrar en el centro con una alta frecuencia de uso en el lenguaje (por ejemplo, "mesa" o "silla").
2. Objetos que se pueden encontrar en el centro con una frecuencia de uso en el lenguaje media (por ejemplo, "impresora").
3. Objetos que se pueden encontrar en el centro con una baja frecuencia de uso en el lenguaje (por ejemplo, "espátula").
4. Relaciones espaciales o numéricas, que requieren una preposición concreta para una única identificación (por ejemplo, una carta en la que se muestran una cuchara y un tenedor a la izquierda, y una máquina de café a la derecha). En esta categoría, se requiere una descripción más compleja y detallada, para describir un único atributo de la carta que lo define y los diferencia de los demás, como por ejemplo, la posición, ubicación o número de los atributos. En la terapia original, esta categoría está pensada para incrementar la dificultad a medida que los usuarios van avanzando en la terapia (Difrancesco et al., 2012).
5. Fotografías de acciones relacionadas con verbos de acción con los que ellos interactúan en los talleres. Las cartas describen actividades que pueden ser llevadas a cabo de manera individual (por ejemplo, "cortar la madera"), o colectiva (por ejemplo, "jugar a dominó").
6. Fotografías de los profesionales del centro con los que más interactúan los usuarios.

El contenido de las cartas anteriormente descritas está parcialmente inspirado en las bases del trabajo de Difrancesco, Pulvermüller y Mohr, (2012). No obstante, para el lector interesado en conocer de primera mano las bases teóricas y de contenido de la terapia original, se le recomienda que acceda a dicha referencia.

Además, también se utilizaron tres soportes para poder sostener las cartas de los usuarios.

Por último, también se utilizó un registro para cada sesión del terapeuta. Este registro era simple, ya que tenía como único objetivo ayudar a monitorizar tanto el progreso de cada usuario individualmente, como el progreso grupal, así como también ayudar al terapeuta a reajustar las reglas o materiales para la siguiente sesión, ya que en este proceso de terapia es importante ir introduciendo progresivamente y en función del desempeño de los jugadores, nuevas reglas y restricciones, además de refinar las reglas existentes de acuerdo a las necesidades derivadas de la propia evaluación. Tanto la plantilla del registro, como los registros cumplimentados se pueden encontrar en los Anexos 2, 3, 4 y 5.

4.3 Procedimiento

Los dos grupos de participantes recibieron las mismas horas de terapia de su correspondiente intervención. En total, ambos grupos recibían 2 horas de terapia al día, y, por tanto, 8 horas de terapia a la semana. Los usuarios recibieron sus respectivas terapias durante todo el mes de Abril (4 semanas). Por motivos académicos del autor del trabajo, los jueves no se pudo aplicar la terapia al grupo experimental.

Por tanto, los usuarios del grupo de no tratamiento, tampoco recibieron terapia los jueves.

4.3.1 Presentación de la terapia a los usuarios y familiares

Antes de proceder a la aplicación del presente estudio, se obtuvo la aprobación del comité ético de la Universidad Jaume I, universidad que supervisó la puesta a punto del trabajo.

Unas semanas antes de iniciar la terapia, tuvo lugar una reunión llevada a cabo por el autor del trabajo, a la que asistieron algunos familiares de los usuarios que iban a participar en el grupo experimental. Además de los familiares, en dicha reunión estuvo también presente el neuropsicólogo del centro, y la logopeda. La estructura de la reunión fue la siguiente:

1. Presentación.
2. Explicación y fundamentación teórica del estudio.
3. Explicación de la dinámica del juego terapéutico, así como también la fundamentación teórica del mismo.
4. Repaso conjunto del documento de consentimiento informado (que los asistentes habían podido repasar previamente en sus casas con total tranquilidad).
5. Turno de dudas y preguntas.
6. Cierre de la sesión. Todos los participantes mostraron su consentimiento informado una vez recibieron la información del tratamiento en el que iban a participar (los documentos de consentimiento informado se pueden encontrar en el Anexo 6). Al finalizar la reunión, se les indicó a los familiares de los usuarios que podían contactar con la persona responsable del estudio en cualquier momento, en caso de que tuvieran cualquier tipo de duda, o necesitaran cualquier aclaración. Los familiares se mostraron interesados y colaborativos en todo momento. En el Anexo 8 se puede encontrar el cronograma de todo el proceso de intervención.

4.3.2 Evaluación

Con el objetivo de poder realizar la comparación de resultados y poder determinar la presumible eficacia de la terapia, se obtuvieron medidas iniciales de las funciones de lenguaje antes de empezar el tratamiento, y una vez finalizado el tratamiento. De esta manera, se utilizó el Test de Vocabulario Boston (Goodglass, 2005) para medir la capacidad de denominación de los usuarios. Se eligió dicho test porque es uno de los instrumentos que mejor índice de fiabilidad test-retest presenta, y esto es muy importante tenerlo en cuenta, ya que en la presente investigación se obtienen dos tipos de medidas (pre-tratamiento, y post-tratamiento).

En primer lugar se procedió a la evaluación pre-tratamiento. Se aplicó esta evaluación a los 6 participantes, independientemente de si estaban en el grupo experimental o el grupo de no tratamiento.

Después de las evaluaciones, los usuarios participaron en su modalidad de terapia correspondiente.

Una vez el tratamiento hubo acabado, se volvió a administrar el test de vocabulario de Boston a los 6 participantes.

Todas las evaluaciones se hicieron en una sala en la que se encontraban únicamente el evaluador y el usuario. La sala estaba correctamente iluminada, con una temperatura agradable, y libre de posibles distracciones.

Por otra parte, también se utilizó una especie de evaluación durante el transcurso de la terapia, con el objetivo de monitorizar el progreso de los jugadores, e ir adaptando las sesiones de juego terapéutico en función de su rendimiento.

Por último, con el objetivo de obtener medidas más subjetivas, y no tan basadas en las puntuaciones de un test, además de poder medir el grado de generalización de los resultados de la terapia a la vida cotidiana, se hizo una traducción experimental del cuestionario CAL (ver Anexo 10), utilizado por (Pulvermüller et al., 2001) a nuestro idioma. Esta medida, que respondieron tanto los profesionales del centro como los familiares, tenía como objetivo proporcionar información acerca de las capacidades del lenguaje de los pacientes en sus vidas cotidianas. La primera medida de este test se llevó a cabo antes de que los usuarios empezaran sus respectivas terapias, y la segunda administración coincidió cuando los participantes finalizaron sus programas de tratamiento. Las respuestas en el test CAL se registraron en una escala tipo Likert de 6 respuestas, donde 1 significa "nunca", 2 "casi nunca", 3 "raramente", 4 "a veces", 5 "con frecuencia", y 6 "muy frecuentemente".

4.3.3. Tratamiento

En la primera sesión, se les explicó a los participantes en qué consistían los diferentes juegos, y se procedió a explicar las instrucciones (ver Anexo 9). Las instrucciones fueron claras y con un vocabulario muy sencillo, acompañadas de muchos gestos e información no verbal por parte del terapeuta, con el objetivo de asegurar que los participantes las estaban entendiendo.

De esta manera, las instrucciones contenían únicamente las ideas clave que los participantes debían conocer, en frases cortas, que expresaban la idea de manera directa. Antes de dar inicio al juego, se le preguntaba a los usuarios si lo habían entendido todo, y si tenían alguna cuestión o duda. En caso de tener alguna pregunta o duda, se atendía y se resolvía antes de iniciar el juego.

Una vez explicadas las instrucciones, se llevó a cabo una dinámica de juego, que sirvió a modo de ejemplo visual acerca de cómo jugar. Esta demostración fue importante porque, aunque es cierto que las instrucciones pueden ser de utilidad, también es cierto que debido a la alteración natural de la comprensión de los pacientes afásicos, pueden llegar a no entender la totalidad de las instrucciones. Por tanto, la terapia también se introdujo y se explicó mediante el modelado por parte del autor del trabajo.

Una vez realizada la presentación de la terapia y las instrucciones en la primera jornada, se procedía a la colocación en la mesa de los distintos materiales (ver imagen 1), y daba inicio cada sesión de terapia.

En cada sesión participaban todos los componentes del grupo que recibían la terapia experimental. Además de ellos, en la misma sala también se encontraba el autor de este trabajo.

Las cartas con las que jugaban tenían una dificultad graduada. En algunos casos, se presentaban objetos del centro con los que los usuarios del centro interactuaban constantemente y, en otros casos, aparecían objetos con menor frecuencia de aparición. También se podían presentar cartas en las que aparecía el mismo objeto, pero repetido dos veces, o una representación de un objeto y dos de otro objeto diferente. Incluso podía aparecer un objeto en la parte superior de la carta, y dos en la parte inferior de la carta. En cada caso, los participantes debían describir y especificar con la máxima precisión posible la carta que querían. Otro grado de dificultad fue la frecuencia con la que convivían con un profesional u otro. Por tanto, los profesionales del centro con los que trabajan día a día se convirtieron en cartas de dificultad baja pero aquellas fotografías de profesionales con quienes los usuarios tenían menos contacto diario, representaban cartas de mayor dificultad. Al principio de la terapia se jugó únicamente con aquellas cartas más fáciles para, progresivamente, ir introduciendo aquellas cartas que representaban una mayor dificultad. Esto se hizo así para evitar que en las primeras sesiones los participantes se frustraran en el caso de no poder pedir las cartas con mayor dificultad y, por tanto, para motivarlos lo máximo. Además, en los inicios de la terapia se introdujeron pocas restricciones de gestos, y las ayudas semánticas y fonéticas por parte del autor eran abundantes. Todo esto tenía como objetivo que los participantes aumentaran su autoeficacia percibida, ya que dicho constructo va aumentando a medida que los pacientes van pidiendo correctamente las cartas. Por tanto, es una variable fundamental para el correcto desarrollo del juego terapéutico. Es decir, para que fueran conscientes de que si se esforzaban, lo podían hacer bien. Además de todo esto, el refuerzo positivo estaba siempre presente. La persona responsable del estudio reforzaba positivamente cualquier intento de producir una palabra ("*sigue intentándolo, lo estáis haciendo muy bien*") y, por supuesto, cuando un jugador verbalizaba con éxito la descripción que contenía la carta. A medida que iba avanzando la terapia se iban introduciendo más restricciones, a la vez que iban disminuyendo las ayudas semánticas y fonéticas.

Durante la ejecución del juego, se penalizaban los intentos por ver las cartas de otros pacientes y también los intentos de beneficiarse de reglas no permitidas. También se supervisaba la acción de cada uno de ellos, a la vez que se registraban las anotaciones pertinentes, como por ejemplo, si se utilizaban fórmulas de cortesía al pedir las cartas o si los usuarios se dirigían a otro usuario por su nombre, así como también información acerca de la evolución de los participantes, con el objetivo de determinar el momento más oportuno para la introducción de cartas más difíciles. En definitiva, para monitorizar cómo iba la terapia, y para ajustar y adaptar las necesidades de la próxima sesión de tratamiento.

Si, en algún momento, surgía alguna complicación, error o equivocación, se animaba al usuario a seguir intentándolo. No obstante, si la dificultad se extendía demasiado en el tiempo, se podía ofrecer algún tipo de ayuda. Si aún así el usuario no era capaz de seguir con la dinámica del juego, se establecía que se había perdido el turno y, por tanto, se autorizaba el inicio de otro turno al siguiente jugador. El autor del trabajo también entraba en juego si aparecía algún conflicto entre los jugadores, actuando de mediador, con el objetivo de resolver tal conflicto.

Otras situaciones que podían requerir la actuación del supervisor eran aquellas en el que el emisor no había pronunciado bien, que había utilizado alguna expresión ambigua, o que la petición no había sido lo suficientemente clara. En general, la figura del supervisor aparecía en estas y en otras ocasiones, siempre y cuando entendía que, de su aparición, se iba a beneficiar el buen desarrollo del juego y de la sesión por parte de todos los participantes.



Imagen 1. Dinámica de una sesión de juego terapéutico.

En estos juegos, la única manera de obtener la carta idéntica era mediante peticiones verbales. Por tanto, los jugadores debían utilizar la comunicación verbal para poder alcanzar así el objetivo del juego. Estas secuencias de acción permitían a los usuarios practicar tanto los procedimientos de producción de lenguaje, como de comprensión.

Los objetivos y procedimientos específicos de cada juego se pueden encontrar en el anexo 11.

Es importante aquí retomar la idea de que la rehabilitación de la afasia debería trabajarse mediante estrategias que permitan mantener y generalizar las mejoras a las actividades de la vida cotidiana. Hay que tener en cuenta que el hecho de realizar peticiones, aceptar y/o rechazar peticiones y utilizar fórmulas de cortesía son actividades que ocurren frecuentemente en la comunicación de la vida diaria.

Al finalizar la sesión, siempre se reforzaba a los pacientes con comentarios positivos tanto de su esfuerzo como de los resultados positivos. En ningún momento se penalizaba o recriminaba la acción de los usuarios. También se atendía cualquier necesidad que tuvieran, aunque por ello se tuviera que interrumpir la dinámica del juego. Por último, se les recordaba la próxima sesión, y se les animaba a seguir practicando la mayor parte del tiempo que fuera posible.

A medida que fue avanzando el juego a través de las sesiones terapéuticas se fueron introduciendo progresivamente cartas con mayor dificultad.

Además, un aspecto importante a tener en cuenta es que las limitaciones de cada usuario participante se contemplaron en función de la habilidad inicial de cada usuario, de tal manera que al paciente más afectado se le permitieron más cosas, y a los pacientes menos afectados se les exigió un poco más, para que articularan la palabra u oración correcta. No obstante, se animaba a cada paciente para que en todo momento utilizara su habilidad lingüística más avanzada.

Con todo esto, se llevaron a cabo las diferentes sesiones terapéuticas, de acuerdo a la temporalidad establecida, hasta que el número de sesiones llegue a su fin.

Tras la última sesión, se procedió a la evaluación post-tratamiento, que consistió, de nuevo, en la administración del Test Boston (Goodglass, 2005). Del mismo modo, los familiares y profesionales del centro cumplimentaron de nuevo el test CAL, basándose ahora en la información que se desprendía de los usuarios una vez acabada la terapia.

5. RESULTADOS

Los resultados que se tienen en cuenta en el presente trabajo provienen de dos fuentes de información. Por una parte, los datos obtenidos a partir del test de vocabulario de Boston (Boston Naming Test) de Goodglass (2005) y, por otra parte, la información que se deriva del cuestionario CAL.

Con respecto al Boston Naming Test, las puntuaciones que obtuvieron los participantes en el estudio se pueden encontrar en la siguiente tabla:

Usuario	Puntuación "Pre"	Puntuación "Post"
P. B. *	1	19
L. P. *	3	0
V. V. *	0	8
A. S.	19	20
E. G.	39	37
R. M.	23	24

Tabla 2. Resumen de las puntuaciones pre-tratamiento y post-tratamiento de cada uno de los usuarios participantes.

La puntuación (tanto "pre-tratamiento", como "post-tratamiento") consiste en la puntuación total que el usuario ha obtenido tras la administración del Test de Vocabulario Boston (Goodglass, 2005), que a su vez, incluye las palabras emitidas espontáneamente, y las palabras correctas tras la proporción de una pista semántica. El test contiene 60 representaciones de objetos o estímulos, por lo que la máxima puntuación sería de 60, y la mínima puntuación sería de 0.

Como se puede ver, 4 de los 6 usuarios (P. B., V. V., A. S. y R. M.) mejoraron sus puntuaciones en la medición "post-tratamiento" en relación a la medida "pre-tratamiento". De estos cuatro usuarios, dos correspondían al grupo de no tratamiento (A. S. y R. M.), y dos al grupo experimental (P. B. y V. V.). La ganancia más sustancial correspondió a los usuarios del grupo experimental, P. B. y V. V., quienes obtuvieron unas ganancias de 18 y 8 puntos, respectivamente.

En contraposición, hubo dos usuarios que no se beneficiaron ni de la terapia experimental (L. P.), ni de la terapia tradicional para la afasia (E. G.). Estos dos usuarios empeoraron sus puntuaciones en la medición "post-tratamiento", en relación a la medida "pre-tratamiento".

Con respecto al número de ensayos correctos en el Boston Naming Test, el grupo experimental supera al grupo de no tratamiento, con 26 palabras ganadas, frente a 2.

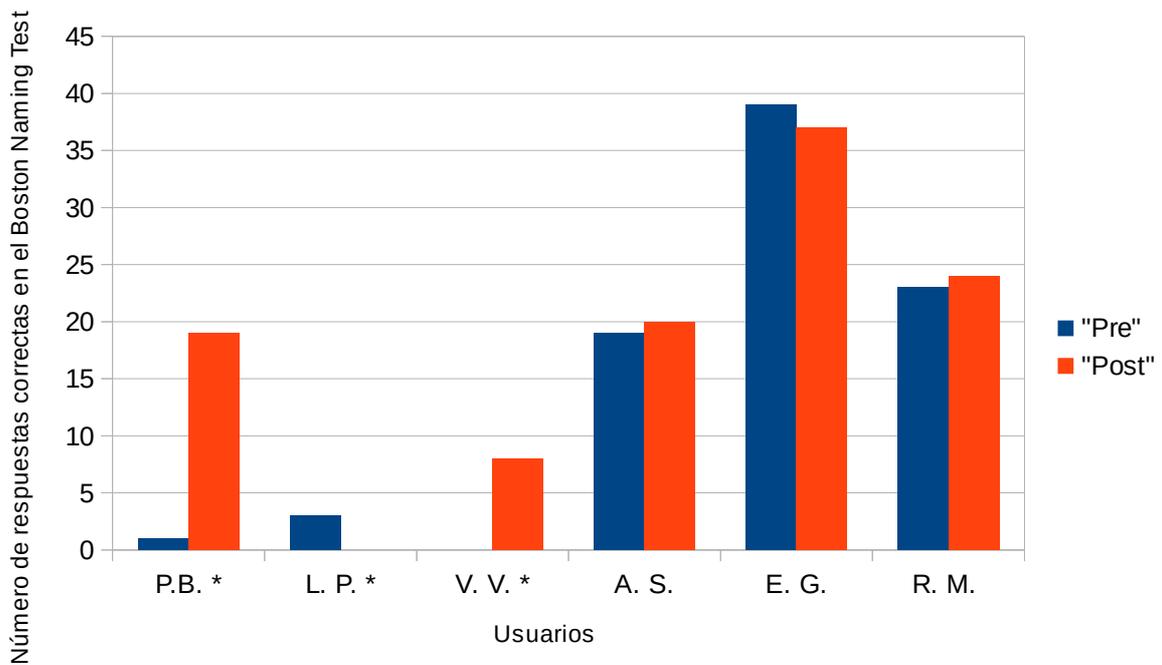


Gráfico 1. Número de respuestas correctas en el Boston Naming Test en las mediciones "pre" y "post", de cada usuario.

A continuación se presentan las puntuaciones obtenidas a partir de la administración del test CAL.

En relación al usuario V. V., se observa una clara tendencia. El familiar (A) que cumplimentó el cuestionario no observó niveles de generalización de los resultados obtenidos por V.V. en las sesiones de terapia a la vida cotidiana. En cambio, según las puntuaciones derivadas de los profesionales (B y C), V. V. sí que experimenta niveles de generalización de la terapia a la vida diaria del centro.

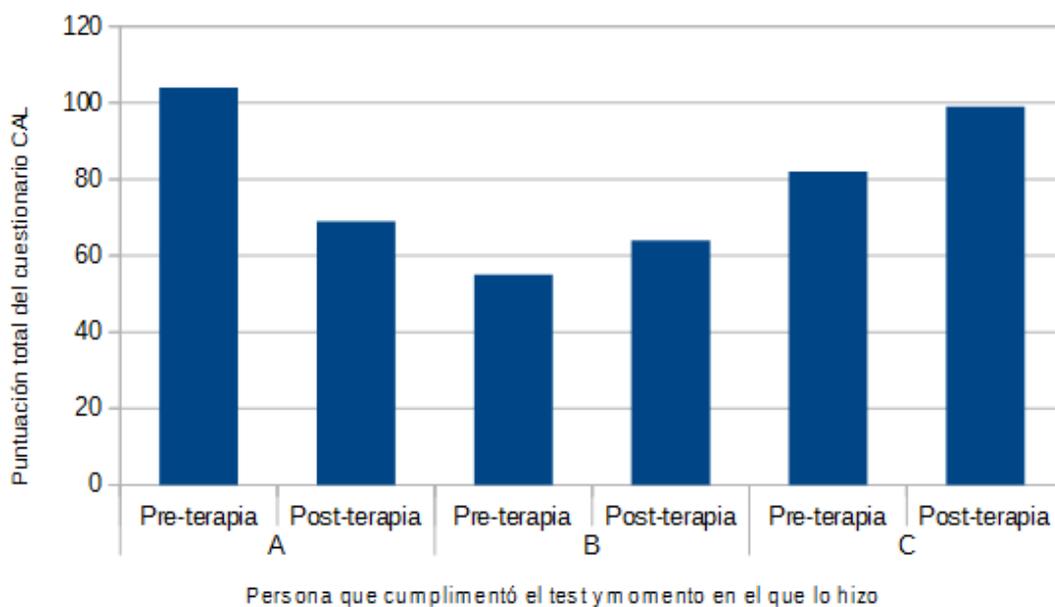


Gráfico 2. Puntuaciones totales del cuestionario CAL referentes al usuario V. V.

De nuevo, las puntuaciones obtenidas en el test CAL referentes al usuario L. P. indican una clara tendencia. En este caso, tanto el familiar (A) como los profesionales (B y C) no advirtieron ningún tipo de efecto del tratamiento en L. P., tal y como se deriva también de la comparación entre las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y el post-tratamiento. Todos los evaluadores coincidieron, y otorgaron una puntuación más baja a L. P. en la medida post-tratamiento que en la medida de pre-tratamiento.

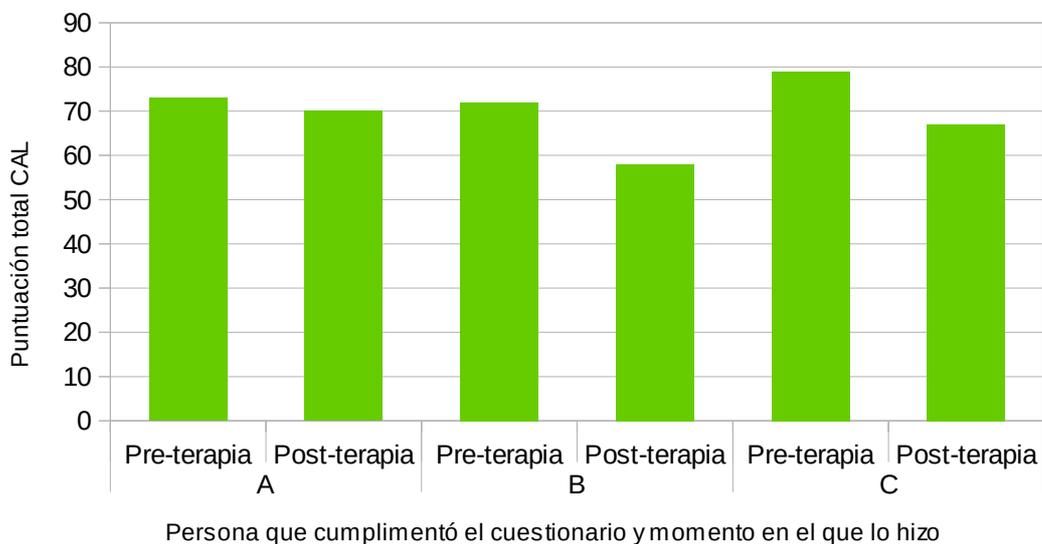


Gráfico 3. Puntuaciones totales del cuestionario CAL referentes al usuario L. P.

Por último, con respecto al usuario P. B. se observa la tendencia opuesta a la del usuario V. V.

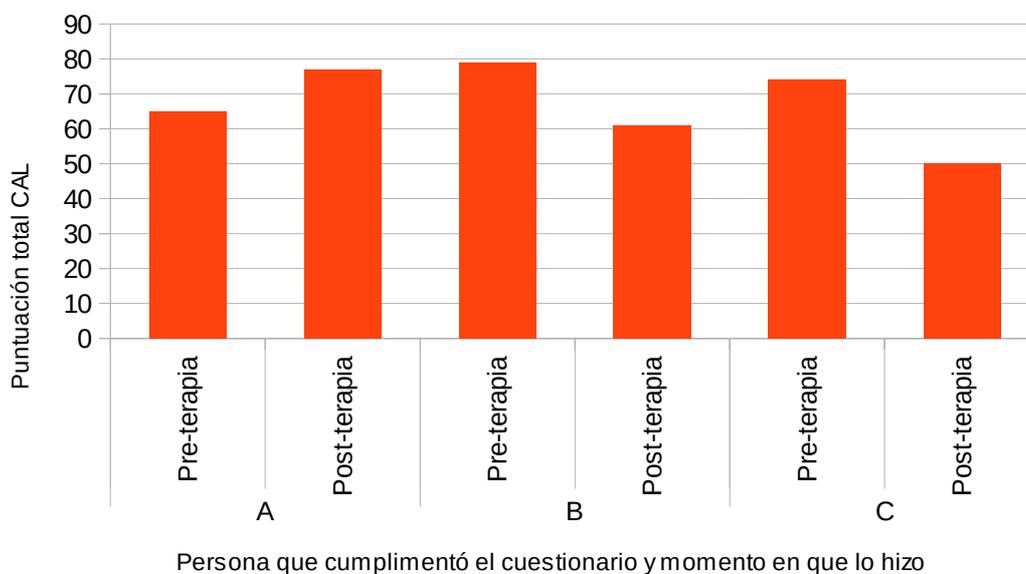


Gráfico 4. Puntuaciones totales del cuestionario CAL referentes al usuario P. B.

En este caso, es el familiar quien percibe cambios positivos en la medición "post-tratamiento", mientras que los profesionales consideran que los avances obtenidos por parte de P. B. no se han generalizado lo suficiente a la vida diaria del centro.

Con todo esto, no se puede afirmar que la Hipótesis 2 se cumpla. En uno de los tres usuarios (L. P.) las puntuaciones que se le otorgan, (tanto los profesionales como su familiar), después del tratamiento son más bajas que en el inicio del tratamiento.

Con respecto a los usuarios V. V. y P. B., los resultados no son contundentes, ya que en el caso de V. V., el familiar atribuye una menor puntuación en la medida post-tratamiento que en la evaluación pre-tratamiento y, en el caso de P. B. son los profesionales quienes creen que el usuario no ha logrado generalizar lo suficiente sus avances en la terapia a la vida cotidiana.

6. CONCLUSIONES

Debido a que el tamaño de la muestra no fue suficiente para realizar análisis estadísticos, las conclusiones se extraerán de manera cualitativa y considerando la investigación como un estudio de tres casos únicos.

Con respecto a las puntuaciones obtenidas en el test Boston, se observa que dos de los tres participantes mejoraron sus puntuaciones al fin del tratamiento. Para poder concluir si estas mejoras son significativas se debería de haber contado con una muestra mucho mayor. En cualquier caso, la estimación subjetiva del autor del trabajo es que este es un buen modelo de trabajo para usuarios con afasia, ya que se trabaja con materiales significativos para ellos, y eso aumenta la percepción que ellos tienen sobre la utilidad de la terapia. Además, la información que se desprende de las familias es muy positiva.

Con respecto a la no mejoría de uno de los usuarios, se puede establecer una posible explicación. Es cierto que la capacidad de comprensión del usuario L. P., era mucho menor que la de los otros dos participantes, y esto pudo haber influido notoriamente en su desempeño en el juego terapéutico.

Hay que tener en cuenta que las mejorías que experimentaron dos de los tres participantes tuvieron lugar en un período de un mes. Con lo cual, se podría deducir que con una mayor duración de la terapia, las mejorías hubieran sido de mayor magnitud.

El juego terapéutico no ha tenido únicamente un carácter rehabilitador de la afasia, sino que también lo ha sido en el aspecto emocional. Al principio, los usuarios no acudían excesivamente motivados a las sesiones de trabajo. No obstante, esto fue cambiando a medida que avanzaba la terapia, ya que ellos mismos percibieron que estaban participando en un programa que había sido diseñado exclusivamente para ellos. De esta manera, su motivación, su autoeficacia percibida y su estado de ánimo fueron mejorando a lo largo de las sesiones. Esto fue así porque, a medida que los usuarios iban siendo conscientes de que podían pedir y verbalizar palabras, ellos mismos se sorprendían y se alegraban.

Por último, la aplicación de la terapia también ha tenido una repercusión positiva en las familias, tal y como se desprende de la información proporcionada por los propios familiares.

Así pues, los familiares han expresado su bienestar subjetivo en relación a que se llevara a cabo este programa de tratamiento para la afasia.

Por tanto, aunque se esperaba un grado de mejoría más elevado, y en los tres usuarios, se puede concluir que, en general, la terapia es efectiva, ya que consigue aumentar la puntuación en el test Boston de dos de los tres usuarios.

Con respecto a los resultados derivados del cuestionario CAL, aunque es cierto que se observan algunas tendencias, los resultados no son muy consistentes. En dos casos, las puntuaciones difieren entre el familiar y los profesionales, y en la ocasión en la que no lo hace, la tendencia es negativa. Por tanto, se cuestiona la validez del instrumento.

No obstante, se pueden establecer algunas posibles explicaciones.

En el caso de V. V, la evaluación pre-tratamiento es muy alta por parte del familiar. Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario no son características de una persona con afasia. Quizás si se hubiera ajustado esta primera evaluación, las puntuaciones obtenidas en la medición post-tratamiento hubieran evidenciado mejorías en los niveles de generalización de la terapia.

En el caso de L. P. coinciden todos los análisis. Tanto los resultados del test Boston, como la puntuación obtenida en el test CAL y la impresión subjetiva tanto del autor del trabajo como de los familiares y profesionales indican que la terapia no ha tenido ningún tipo de efecto, ya que se observa una tendencia negativa.

Por último, en relación al usuario P. B. es la familia quien percibe cambios positivos, expresados tanto por el CAL como por la información que proporcionan directamente al autor. No obstante, los profesionales no perciben de manera tan clara esta generalización. Esto puede ser debido a las altas exigencias y expectativas que los propios profesionales pusieron en este usuario. Esto puede haber hecho que se esperaran mejorías más claras y que, al no darse de este modo, se considerase que no se dieron tantas mejorías, aún habiéndolas. Quizás ajustando las exigencias y expectativas al inicio del programa de tratamiento referentes al usuario P. B. se podría haber evitado el sesgo por parte de los profesionales.

No obstante, al contrario que las puntuaciones obtenidas en el test Boston, las puntuaciones del CAL no son ni concluyentes ni claras. Se observan distintas tendencias, y por tanto son difíciles de interpretar, por lo que no se puede ayudar a establecer el grado de generalización que se deriva del tratamiento.

Sin embargo, a pesar de que no se ha podido contrastar el hecho de que en su entorno natural no se han producido mejorías, los datos apoyan la capacidad de aprendizaje de personas con afasia, aunque sea en un contexto determinado.

En resumen, aunque se necesita más investigación y propuestas para ayudar a que los resultados se generalicen a la vida cotidiana de las personas con afasia, sí que se puede afirmar, a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, que el tratamiento en sí es un buen método para entrenar las habilidades del lenguaje en usuarios afásicos.

Además, dichos resultados se han conseguido a partir de la confección de unos materiales sencillos y baratos.

La terapia se puede llevar a cabo de una manera fácil, es accesible, y se puede contribuir a mejorar mucho la calidad de vida de los usuarios afásicos y la de sus familias.

6.1 Puntos fuertes del estudio

Es necesario tener en cuenta que la investigación se ha llevado a cabo desde las posibilidades propias de un estudiante de grado. Los aprendizajes que se han ido obteniendo a lo largo de los años, han permitido poder hacer un estudio clínico, en el cual el propio autor ha ejercido el papel de evaluador y de terapeuta.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que la evolución de la condición de los participantes en el estudio era crónica y, aún así, en dos de ellos, las mejoras en denominación que se han derivado de la intervención han sido llamativas. Sobre todo, son llamativas si consideramos la escasa cantidad de personas afásicas que mejoran pasado el año desde la lesión. Por tanto, las mejoras en las funciones del lenguaje observadas en el presente trabajo son impresionantes.

A todo esto se le puede añadir la gran eficiencia que tuvo el período de intervención, ya que fue relativamente corto, y con unos materiales sencillos, fáciles de confeccionar y baratos. Dicha eficiencia debería servir para que el presente programa de terapia se extendiera y difundiera más.

Además, los materiales con los que se trabajó fueron fruto de un trabajo personal original, adaptados al entorno y al centro al que los usuarios acuden a diario. De esta manera, se ha trabajado en todo momento con materiales que tienen significado para los usuarios, es decir, con materiales ecológicos.

Por último, cabe destacar la gran satisfacción subjetiva por parte de las familias. Durante la intervención se llevó a cabo un seguimiento telefónico con las familias. En las conversaciones telefónicas se informaba del progreso del respectivo familiar, así como de puntos fuertes e incidencias y también información general. El grado de satisfacción que se desprendió de las conversaciones fue elevado, y esto ayudó a lograr otro objetivo, que es el de atender a las familias de los usuarios con afasia.

6.2 Limitaciones del estudio

No obstante, por la propia condición de estudiante del autor del trabajo, ha habido una serie de limitaciones.

En primer lugar, es importante explicar que la aplicación de la intervención se ha llevado a cabo como bien se ha podido, y con los recursos personales de los que se han dispuesto. Por tanto, la primera limitación es que, debido al escaso tamaño de la muestra ($N=3$), no se han podido realizar análisis estadísticos que permitieran arrojar conclusiones contundentes y concluyentes. Además, aún siendo el grupo experimental constituido por tan sólo 3 usuarios, hay que decir que el grupo no era totalmente homogéneo (por ejemplo, el usuario L. P. presentaba niveles de comprensión más alterados que sus otros dos compañeros de terapia).

Otra limitación es que no se pudo disponer de grupo control. Un grupo control adecuado hubiera sido aquel que hubiera presentado puntuaciones en el "pre-tratamiento" similares a las del grupo experimental. Es por eso que no se pudo realizar una comparación entre los dos grupos.

Además, se establece que los usuarios participantes en la terapia tradicional para la afasia apenas obtienen ganancias derivadas de la intervención. Sin embargo, hay que tener en cuenta las altas puntuaciones que dichos participantes obtienen en la medida "pre-tratamiento". El hecho de que apenas mejoren sus puntuaciones puede explicarse a partir del efecto techo. Es decir, es posible que estos usuarios hayan alcanzado sus niveles máximos de mejoría para las funciones del lenguaje. Por tanto, esta escasa mejoría no sería debido a que la terapia tradicional para la afasia es menos eficaz, sino que sería debido a que está jugando un papel importante dicho efecto techo.

6.3 Posibles trabajos futuros

El presente trabajo ha demostrado que es un buen programa terapéutico que podría llevarse a cabo en el centro ATENEU, adaptando y mejorando algunos aspectos. Los niveles de mejoría en dos de los tres usuarios participantes fueron evidentes. Además, la satisfacción personal tanto individual de los usuarios como de las familias es elevada. Esta satisfacción puede ser debida a que, al ser usuarios de un centro de día, no tienen objetivos terapéuticos fijados y, por tanto, esta novedad que ha supuesto la aplicación del programa terapéutico ha influido en dichos niveles de satisfacción. Por ello, llevar a cabo el trabajo en el centro podría contribuir al entrenamiento de las funciones del lenguaje de los usuarios de una manera divertida, motivadora y significativa para ellos, a la vez que los familiares percibirían que el centro se esfuerza por ofrecer todas las medidas posibles para sus familiares.

Un aspecto que resulta esencial sería el de contar con un grupo control real, con características similares al del grupo experimental en la medida pre-tratamiento. Además del grupo control, también sería conveniente el de contar con un grupo que se denominara "historia natural del síndrome", en el que se refleje cuál es la tendencia natural en caso de no aplicar ningún tipo de tratamiento. Esto ayudaría a descartar el porcentaje de mejorías de las funciones del lenguaje que son debidas al fenómeno de recuperación espontánea y, por tanto, que no se deben a la propia aplicación del tratamiento.

Muy relacionado con lo anteriormente señalado sería poder contar con un número mucho mayor de participantes, que permitiera la realización análisis estadísticos para obtener conclusiones contundentes y concluyentes.

Por último, con respecto al tema de la generalización, y con el objetivo de aumentar los niveles de la misma, se podrían confeccionar materiales de trabajo que no estuvieran únicamente centrados en la vida diaria en el centro, sino que estuvieran relacionados con aspectos familiares, del hogar, de las actividades que les gusta realizar en su vida diaria cuando no están en el centro, etc. No obstante, esto es una tarea difícil porque hay que tener en cuenta que cada usuario tiene un hogar, una familia, y una serie de aficiones y, por tanto, la cantidad de material que se debería confeccionar podría llegar a ser desorbitada.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Ardila, A. (2014). *Aphasia Handbook*. Florida International University. Recuperado de: <http://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/ardila-a-2014-aphasia-handbook-miami-fl-florida-international-university1.pdf>
- Berthier, M. L., Green Heredia, C., Juárez Ruiz de Mier, R., Lara J. P. & Pulvermüller, F. (2014). *REGIA. Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bhogal, S. Teasell, R., Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34(4), 987-993.
- Census data revisited*. (n. d.) Recuperado el 1 de Febrero de 2016, de la página web de la Federación Española de Daño Cerebral, <http://fedace.org/dano-cerebral-adquirido-3/>
- Cramer, S. (2008). Repairing the human brain after stroke: I. Mechanisms of spontaneous recovery. *Annals of Neurology*. 63(3), 272-287.
- Cuetos, F. (1998). *Evaluación y rehabilitación de las afasias. Aproximación cognitiva*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- De Noreña, D., Ríos-Lago, M., Bombín-González, I., Sánchez-Cubillo, I., García Molina, A., y Tirapu-Ustárriz, J. (2010). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido(I): Atención, velocidad de procesamiento, memoria y lenguaje. *Revista de Neurología* 51(11), 687-698.
- Difrancesco, S., Pulvermüller, F., Mohr, B. (2012). Intensive language-action therapy (ILAT): The methods. *Aphasiology*. 26(11), 1317-1351.
- Dignam, J., Rodríguez, A., Copland, D. (2015). Evidence for intensive aphasia therapy: Consideration of theories from neuroscience and cognitive psychology. *Pm&R*, 1-14.
- Goodglas, H. (2005). *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- Hauk, O., Johnsrude, I., Pulvermüller, F. (2004). Somatotopic representations of action words in human motor and premotor cortex. *Neuron*. 41, 301-307.

- Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. (2005). *Manual of aphasia and aphasia therapy*. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- Hinckley, J. J., & Craig, H. K. (2005). Comparing the outcomes of intensive and non-intensive context-based aphasia treatment. *Aphasiology*, 19(10-11), 965-974.
- Junqué, C., Bruna, O., Mataró, M. (2004). *Neuropsicología del lenguaje. Funcionamiento normal y patológico. Rehabilitación*. Masson, Barcelona.
- Kaplan, E., Goodglass, H., Weintraub, S. (2005). Test de Vocabulario de Boston. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- Kelly, E., Brady, M. C., Enderby, P. (2010). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The cochrane collaboration*, (7).
- Kurland, J., Pulvermüller, F., Silva, N., Burke, K., Andrianopoulos, M. (2012). Constrained versus unconstrained intensive language therapy in two individuals with chronic, moderate-to-severe aphasia and apraxia of speech: Behavioral and Fmri outcomes. *American Journal of Speech Language Pathology*, 21.
- MacGregor, L., Difrancesco, S., Pulvermüller, F., Shtyrov, Y., Mohr, B. (2015). Ultra-rapid access to words in chronic aphasia: the effects of intensive language action therapy (ILAT). *Brain topography*. 28(2), 279-291.
- Meinzer, M., Elbert, T., Djundja, D., Taub, E., Rockstroh, B. (2007). Extending the Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) approach to cognitive functions: Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT) of chronic aphasia. *NeuroRehabilitation*. 22(4), 311-318.
- Meinzer, M., Elbert, T., Wienbruch, C., Djundja, D., Barthel, G., Rockstroh, B. (2004). Intensive language training enhances brain plasticity in chronic aphasia. *BMC biology*. 2.
- Pulvermüller, F., Berthier, M. L. (2008). Aphasia therapy on a neuroscience basis. *Aphasiology*. 22(6), 563-599.
- Pulvermüller et al., (2001). Constraint-Induced Therapy of Chronic Aphasia After Stroke. *Stroke*. 32, 2-7.

Taub, E., Crago, J., Uswatte, G. (1998). Constraint-Induced Movement Therapy: A New Approach to Treatment in Physical Rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*. 43(2), 152-170.

Wittgenstein L. (1953). *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell Publishers.

ANEXOS

**ANEXO 1. Propuestas tradicionales de rehabilitación en España para la afasia según su tipología
(Junqué, Bruna y Mataró, 2004).**

Tipo de afasia	Rehabilitación (Objetivos)
Afasia Global	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo 1: Desbloquear las funciones propias del hemisferio derecho. <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimulación de la comunicación emocional facial. 2. Estimulación del uso de elementos pictóricos para expresar deseos o intenciones. 3. Potenciación de la expresión melódica (entonación). 4. Intervención en las ocupaciones del tiempo de ocio. • Objetivo 2: Intervención sobre las propias alteraciones. <ol style="list-style-type: none"> 1. Adquisición de un vocabulario mínimo y básico. 2. Construcción de algunas frases cortas muy automatizadas. 3. Comprensión oral y escrita de palabras y frases cortas. 4. Expresión gráfica: dibujos simples y palabras aisladas. 5. Incrementar el uso de la expresión gestual manual. • Objetivo 3: Incremento de la estimulación verbal ambiental. <ol style="list-style-type: none"> 1. Colaboración de los familiares para que hablen al paciente usando frases cortas y melódicas. 2. Control de la presencia ambiental de lenguaje (radio y televisión). 3. Repetición diaria del vocabulario que el usuario va readquiriendo.
Afasia de Broca	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo 1: Desbloqueo de las funciones lingüísticas conservadas. Máxima potenciación de las mismas. <ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar las capacidades de comprensión del lenguaje oral. 2. Desbloqueo de la comprensión del lenguaje escrito. Activación del giro angular. 3. Desbloqueo de la gesticulación manual. Actuación sobre el giro supramarginal. 4. Desbloqueo del cálculo simple. Estimulación del giro angular. 5. Desbloqueo del dibujo. Activación de zonas del lóbulo parietal. • Objetivo 2: Estimulación de los déficit propios de la zona lesionada. <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo sobre la apraxia bucofacial. 2. Trabajo sobre capacidad de secuenciar. 3. Trabajo sobre la escritura. 4. Trabajo sobre el agramatismo. 5. Actividades complementarias: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Entrenar la mano izquierda para la escritura. ◦ Entrenar en el uso de libretas que ayuden a la comunicación oral escribiendo palabras aisladas.
Afasia de Wernicke	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo 1: Reducir o eliminar la anosognosia (conciencia de déficit). <ol style="list-style-type: none"> 1. Interrumpir al usuario ante los errores. 2. Incitar al paciente a la autocorrección. 3. Dar explicaciones sencillas sobre la causa del problema del lenguaje. • Objetivo 2: Reducir el lenguaje para favorecer la atención auditiva. • Objetivo 3: Utilizar el lenguaje escrito limitado en longitud.
Afasia de conducción	<ul style="list-style-type: none"> • La afasia de conducción es menos frecuente, y es más fácil de rehabilitar. Los objetivos son: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Disminuir el número de parafasias fonémicas. ◦ Fomentar la conducta de aproximación fonética. ◦ Favorecer el uso de perífrasis. ◦ Fomentar la función nominal. ◦ Fomentar el lenguaje escrito y las autocorrecciones.

Propuestas tradicionales de rehabilitación en España para la afasia según su tipología (Junqué, Bruna y Mataró, 2004) (continuación).

Afasia de conducción	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Incrementar la comprensión de textos mediante la segmentación de la información. ◦ Fomentar el lenguaje gestual si la praxis está conservada
Afasia nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo 1: Delimitar el grado de alteración de la función nominal según las distintas modalidades. Comparar el número de nombres producidos según la modalidad. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Lenguaje espontáneo. ◦ Fluencia con consigna fonémica (palabras que empiecen por una letra determinada). ◦ Fluencia con consigna semántica (palabras de una categoría semántica concreta. Por ejemplo: nombres de animales, nombres de países, etc). ◦ Dibujo simbólico. ◦ Denominación por confrontación visual. • Objetivo 2: Fomentar en fases iniciales el uso de perífrasis y educar el uso de estrategias. • Objetivo 3: Asociar los nombres en la modalidad más preservada con la menos preservada. • Objetivo 4: Potenciar el uso de sinónimos y antónimos. • Objetivo 5: Potenciar la capacidad de crear imágenes mentales para denominarlas. • Objetivo 6: Potenciar el lenguaje escrito. • Objetivo 7: Incrementar la detección de nombres en los textos. • Objetivo 8: Utilizar material en el que se asocie la palabra escrita con el objeto. • Objetivo 9: Completar frases en las que se facilite la evocación automática de nombres.

ANEXO 2. Plantilla de evaluación individual de la sesión para el terapeuta

CUADERNILLO DE REGISTRO (tomado y adaptado de Berthier et al., (2014))

1. Datos generales

- Nombre:
- Edad:

2. Datos clínicos:

- Diagnóstico:
- Localización de la lesión:
- Perfil y gravedad de la afasia:
- Información relevante: En caso de existir alguna observación, se redactará en el apartado “Observaciones”, al final de este documento.

3. Sesiones de terapia:

	Sesión n.º				
Fecha					
Parámetros individuales					
Uso de nombres propios	- Sí, siempre. - Sí, a veces. - No.				
Respeto de los turnos de comunicación	- Sí, siempre. - Sí, a veces. - No.				
Uso cortés de la comunicación	- Sí, siempre. - Sí, a veces. - No.				
Uso de modalidades alternativas al lenguaje de comunicación	- Sí, siempre. - Sí, a veces. - No.				
Uso de fórmulas de cortesía (“por favor”, “gracias”, etc)	- Sí, siempre. - Sí, a veces. - No.				
Idoneidad de los actos de comunicación	- 1 - 2 - 3 - 4				

Nota*: En el último apartado de la hoja de registro se pueden observar números. Estos números significan: 1 (Nada funcional); 2 (Algo funcional); 3 (Funcional, pero con algún error), y 4 (Completamente funcional).

ANEXO 3. Plantilla de evaluación grupal de la sesión para el terapeuta

CUADERNILLO DE REGISTRO GRUPAL
(tomado y adaptado de Berthier et al., 2014)

	Sesión n.º				
Fecha					
<u>Parámetros grupales</u>					
N.º de partidas					
Tipo de juego	- Solicitar - Proponer				
Sustantivos (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - Inexistente				
Adjetivos (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - Inexistente				
Números (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - Inexistente				
Frases o acciones (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - Inexistente				

ANEXO 4. Registros individuales de la sesión para el terapeuta cumplimentados

CUADERNILLO DE REGISTRO (tomado y adaptado de Berthier et al., (2014))

1. Datos generales

- Nombre: P. B.
- Edad: 63

2. Datos clínicos:

- Diagnóstico: Afasia Global / Motora
- Localización de la lesión: Zona silviana izquierda.
- Perfil y gravedad de la afasia: Gravedad Moderada.
- Información relevante: En caso de existir alguna observación, se redactará en el apartado “Observaciones”, al final de este documento.

3. Sesiones de terapia:

	Sesión n.º 1	Sesión n.º 2	Sesión n.º 3	Sesión n.º 4	Sesión n.º 5
Fecha	4 – Abr – 16	5 – Abr - 16	6 – Abr - 16	8 – Abr – 16	11 – Abr - 16
<u>Parámetros individuales</u>					
Uso de nombres propios	El usuario no participó en esta sesión.	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>
Respeto de los turnos de comunicación		<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.			
Uso cortés de la comunicación		- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.
Uso de modalidades alternativas al lenguaje de comunicación		<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Uso de fórmulas de cortesía (“gracias”, “por favor”)		- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>
Idoneidad de los actos de comunicación		<u>- 1</u> - 2 - 3 - 4	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4

Nota*: En el último apartado de la hoja de registro se pueden observar números. Estos números significan: 1 (Nada funcional); 2 (Algo funcional); 3 (Funcional, pero con algún error), y 4 (Completamente funcional).

	Sesión n.º 6	Sesión n.º 7	Sesión n.º 8	Sesión n.º 9	Sesión n.º 10
Fecha	12 – Abr – 16	13 – Abr - 16	15 – Abr - 16	18 – Abr – 16 Salida a Leroy Merlin	19 – Abr - 16
Parámetros individuales					
Uso de nombres propios	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.			
Respeto de los turnos de comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Uso cortés de la comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.
Uso de modalidades alternativas al lenguaje de comunicación	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.				
Uso de fórmulas de cortesía (“ <i>gracias</i> ”, “ <i>por favor</i> ”)	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.
Idoneidad de los actos de comunicación	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4

	Sesión n.º 11	Sesión n.º 12	Sesión n.º 13	Sesión n.º 14	Sesión n.º 15	Sesión n.º 16
Fecha	20 – Abr – 16	22 – Abr – 16	25 – Abr – 16	26 – Abr – 16	27 – Abr – 16	29 – Abr – 16
Parámetros individuales						
Uso de nombres propios	- <u>Sí, siempre.</u> - <u>Sí, a veces.</u> - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.				
Respeto de los turnos de comunicación	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.
Uso cortés de la comunicación	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.
Uso de modalidades alternativas al lenguaje de comunicación	- Sí, siempre. - <u>Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. - Sí, a veces. - <u>No.</u>				
Uso de fórmulas de cortesía (“ <i>gracias</i> ”, “ <i>por favor</i> ”)	- Sí, siempre. - <u>Sí, a veces.</u> - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- <u>Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.
Idoneidad de los actos de comunicación	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4	- 1 - 2 - 3 <u>- 4</u>				

Observaciones referentes al usuario P. B.:

- **5 Abril 2016:** Hoy se ha podido observar una situación muy interesante. La sesión del juego terapéutico había transcurrido con total normalidad. Sucedió cuando les quedaba una carta a los jugadores. Habían pasado dos horas y, como es lógico, ya empezaban a estar cansado. El usuario P. B. era uno de los que visiblemente quería irse ya. Cuando fue su turno, cogió su carta, y verbalizó de manera muy clara “zapatillas”. El jugador al que se estaba dirigiendo le entendió perfectamente, y pudieron cerrar dicho turno de manera muy rápida. Esto refuerza la asunción de la presente teoría en la que se ha basado este trabajo, y es que cuando los usuarios sientan verdaderamente una necesidad, van a lograr verbalizar la palabra.
- **6 Abril 2016:** El usuario P. B. empieza la sesión con muy poca predisposición hacia la terapia. La sensación es que no ve la utilidad del juego terapéutico y, por tanto, de la terapia. Es por eso que se decide interrumpir la dinámica del juego, y dedicar unas palabras. El contenido de las palabras se puede encontrar en el cronograma de las sesiones del juego terapéutico (Anexo). A partir de estas palabras, la predisposición del usuario cambió por completo, dejando de lado la postura desafiante y desganada del principio, y adoptando una postura mucho más cooperativa. Después de la conversación, el usuario empieza a trabajar y a esforzarse mucho más, logrando hacia el final de la sesión verbalizar unas palabras, incluso sin proporcionarle pistas fonéticas. Las palabras dedicadas al usuario tuvieron, sin lugar a dudas, su efecto, y el usuario pasó a estar mucho más motivado. Además, se pudo observar un cambio drástico en su estado de ánimo. De esta manera, pasó de un estado de ánimo decaído al inicio de la sesión, a un estado de ánimo mucho más alegre hacia el final de la misma. Se podía percibir que estaba orgulloso cuando intentaba verbalizar las palabras, e incluso todavía lo estaba más cuando lograba producir la palabra deseada. De hecho, los propios usuarios reconocían sus logros, señalándolo y aplaudiéndole. Al final de la sesión, el ambiente de trabajo fue muy bueno. La persona responsable del estudio abandonó la sesión muy contento y esperanzado por los pequeños logros conseguidos.
- **8 Abril 2016:** El día 8 de Abril ocurre una incidencia con el usuario P.B (la descripción de dicha incidencia se puede encontrar en el cronograma en su día correspondiente). Aparte de esta pequeña incidencia, la sesión de juego terapéutico transcurre con total normalidad. El usuario es capaz de verbalizar cada día más palabras, sin ningún tipo de ayuda. Cuando está en la sesión, la predisposición es buena, y los intentos por producir la palabra son frecuentes.
- **11 Abril 2016:** El usuario acude puntual a la sesión de juego terapéutico. Cuando la persona responsable llega, ya está esperando, dispuesto a seguir entrenando sus funciones del lenguaje. La sesión transcurre con total normalidad. A medida que avanza la terapia, el usuario va dejando de lado cada vez más los gestos, a la vez que va aumentando la cantidad de veces que intenta pedir la carta mediante el lenguaje como primera opción. Le van saliendo bastantes palabras.
- **12 Abril 2016:** La sesión de juego terapéutico transcurre con total normalidad. A priori, el usuario se está beneficiando de la terapia. Cada vez consigue con más éxito las cartas, ya que cada vez produce más palabras correctas, hecho que se deriva en un completo entendimiento por parte de los otros jugadores. Su predisposición y actitud hacia la terapia ha cambiado por completo. Se le ve ilusionado y con muchísimas ganas de trabajar. Empieza a notar los cambios. Acude puntual a la sesión, y con ganas de trabajar.
- **13 Abril 2016:** El cambio de actitud hacia la terapia de este usuario ha cambiado por completo. Se muestra con ganas, actitud y deseoso de trabajar. La sesión transcurre con total normalidad.
- **15 Abril 2016:** A juicio de la persona responsable del trabajo, el usuario se está beneficiando de la terapia. Cada vez, la producción espontánea de palabras de P. B. es mayor. Junto a este aumento en la producción de palabras de manera libre, se ha observado un notable descenso de la cantidad de ayudas (tanto semánticas como fonéticas) que precisa el usuario para poder pedir una carta con éxito. El jugador parece muy motivado, y ha comprendido la utilidad de la terapia. La actitud sigue siendo muy buena.
- **18 Abril 2016:** Dado que uno de los objetivos principales de la terapia es que se logren generalizar los resultados a las funciones del lenguaje de la vida cotidiana, para el día 18 de Abril se programó una salida a Leroy Merlin. Esto proporcionó a los usuarios un campo de entrenamiento completamente real, en el que debían de utilizar las estrategias de comunicación que cualquier persona utilizaría en la vida real.

En esta sesión los usuarios pudieron practicar sus funciones del lenguaje, con palabras como (“grapadora”, “madera”, “martillo”, “destornillador”, etc).

- **19 Abril 2016:** La sesión transcurre con total normalidad para el usuario, consolidándose cada vez más las mejorías que va experimentando.
- **20 Abril 2016:** La sesión transcurre con total normalidad. Sigue mejorando.
- **22 Abril 2016:** La mejoría del usuario P. B. se ha hecho evidente en esta sesión de juego terapéutico. Ha sido una sesión, por su parte, extraordinaria. Ha sido capaz de producir prácticamente la totalidad de las cartas de la sesión, incluso aquellas más difíciles (“máquina de café”, “espátula”). Además, también ha utilizado verbos (incluso en tiempo gerundio - “comiendo”), adjetivos. También ha utilizado frecuentemente fórmulas de cortesía (“por favor”, “gracias”), y se ha dirigido al resto de los usuarios por su nombre. El usuario ha aceptado completamente la terapia. En los inicios de la terapia, el usuario frecuentemente verbalizaba “No, no, no” refiriéndose a que no veía la utilidad de la misma. Sin embargo, en la sesión de hoy decía “Sí, sí, sí”, dando a entender que estaba viendo los frutos del juego terapéutico. Incluso animaba al resto de sus compañeros, y los felicitaba cuando acertaban. P. B. ha abandonado la sesión contento, alegre, animado y motivado.
- **25, 26, 27 y 29 Abril 2016:** La sesión transcurre con total normalidad y de acuerdo a lo previsto para el usuario.

CUADERNILLO DE REGISTRO (tomado y adaptado de Berthier et al., (2014))

1. Datos generales

- Nombre: L. P.
- Edad: 67.

2. Datos clínicos:

- Diagnóstico: Afasia Global.
- Localización de la lesión: Zona silviana izquierda.
- Perfil y gravedad de la afasia: Gravedad Moderada.
- Información relevante: En caso de existir alguna observación, se redactará en el apartado “Observaciones”, al final de este documento.

3. Sesiones de terapia:

	Sesión n.º 1	Sesión n.º 2	Sesión n.º 3	Sesión n.º 4	Sesión n.º 5
Fecha	4 – Abr – 16	5 – Abr - 16	6 – Abr - 16	8 – Abr – 16	11 – Abr – 16
Parámetros individuales					
Uso de nombres propios	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>
Respeto de los turnos de comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.			
Uso cortés de la comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.				
Uso de modalidades alternativas al lenguaje de comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.			
Uso de fórmulas de cortesía (“por favor”, “gracias”, etc)	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>				
Idoneidad de los actos de comunicación	<u>- 1</u> - 2 - 3 - 4	<u>- 1</u> - 2 - 3 - 4	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4	<u>- 1</u> - 2 - 3 - 4	<u>- 1</u> - 2 - 3 - 4

Nota*: En el último apartado de la hoja de registro se pueden observar números. Estos números significan: 1 (Nada funcional); 2 (Algo funcional); 3 (Funcional, pero con algún error), y 4 (Completamente funcional).

	Sesión n.º 6	Sesión n.º 7	Sesión n.º 8	Sesión n.º 9	Sesión n.º 10
Fecha	12 – Abr – 16	13 – Abr - 16	15 – Abr - 16	18 – Abr – 16 Salida a Leroy Merlin	19 – Abr – 16
Parámetros individuales					
Uso de nombres propios	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Respeto de los turnos de comunicación	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Uso cortés de la comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.				
Uso de modalidades alternativas al lenguaje de comunicación	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.				
Uso de fórmulas de cortesía (“ <i>por favor</i> ”, “ <i>gracias</i> ”, etc)	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>
Idoneidad de los actos de comunicación	<u>- 1</u> - 2 - 3 - 4	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4			

	Sesión n.º 11	Sesión n.º 12	Sesión n.º 13	Sesión n.º 14	Sesión n.º 15	Sesión n.º 16
Fecha	20 – Abr – 16	22 – Abr - 16	25 – Abr - 16	26 – Abr – 16	27 – Abr – 16	29 – Abr – 16
<u>Parámetros individuales</u>						
Uso de nombres propios	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.			
Respeto de los turnos de comunicación	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Uso cortés de la comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.					
Uso de modalidades alternativas al lenguaje de comunicación	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.			
Uso de fórmulas de cortesía (“ <i>por favor</i> ”, “ <i>gracias</i> ”, etc)	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Idoneidad de los actos de comunicación	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4	- 1 - 2 - 3 <u>- 4</u>	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4	- 1 - 2 - 3 - 4	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4

Observaciones referentes al usuario L. P.:

- **4 Abril 2016:** El usuario L. P. empieza el juego terapéutico con muchas ganas e ilusión. Predisposición y actitud muy buena. Se toma las cosas con buen humor. Trabajador y dedicado al juego terapéutico. En algunas ocasiones, como es normal, aparece un poco de frustración, pero rápidamente la deja de lado para seguir trabajando. Mucha motivación.
- **6 Abril 2016:** La predisposición y actitud de L. P. hacia el juego terapéutico es muy buena. Siempre está dispuesto a trabajar y a esforzarse. Su dedicación es máxima. Hoy ha animado a un usuario que estaba decaído, explicándole que aunque las cosas no salga, lo más apropiado es seguir intentándolo. Por otra parte, en esta sesión, L. P. ha logrado verbalizar dos palabras sin ningún tipo de ayuda fonética por parte de la persona responsable.
- **8 Abril 2016:** La actitud y ganas de mejorar del usuario L. P. son incuestionables. Muy buena predisposición y ganas de trabajar y mejorar. Sin ningún aspecto a destacar. Las sesiones de juego terapéutico del usuario L. P. transcurren con total normalidad.
- **11 Abril 2016:** La sesión transcurre con total normalidad para el usuario L. P. Acude puntual a la sesión. Está preparado, motivado y dispuesto a seguir entrenando sus capacidades de lenguaje.
- **12 Abril 2016:** En contraposición a los pequeños avances de la semana anterior, el usuario L. P. parece que ha detenido su progreso. No obstante, sigue intentándolo. De vez en cuando se frustra consigo mismo, pero rápidamente vuelve a intentarlo. En la sesión del día es capaz de verbalizar dos palabras sin ningún tipo de ayuda. No obstante, la mayoría de las veces se le tiene que dar pistas fonéticas, aunque también es cierto que con este tipo de ayudas, el usuario sabe verbalizar correctamente casi la totalidad de las palabras. Errores de perseveración.
- **13 Abril 2016:** La sesión de juego terapéutico transcurre con total normalidad para el usuario. Sigue en su tendencia descendente.
- **15 Abril 2016:** El usuario sigue intentando producir palabras. Buena actitud. La sesión transcurre con normalidad.
- **18 Abril 2016:** Dado que uno de los objetivos principales de la terapia es que se logren generalizar los resultados a las funciones del lenguaje de la vida cotidiana, para el día 18 de Abril se programó una salida a Leroy Merlin. Esto proporcionó a los usuarios un campo de entrenamiento completamente real, en el que debían de utilizar las estrategias de comunicación que cualquier persona utilizaría en la vida real. En esta sesión los usuarios pudieron practicar sus funciones del lenguaje, con palabras como (“grapadora”, “madera”, “martillo”, “destornillador”, etc).
- **19 Abril 2016:** La sesión transcurre con total normalidad para el usuario.
- **20 Abril 2016:** La sesión transcurre con total normalidad para el usuario.
- **22 Abril 2016:** El desempeño en el juego terapéutico por parte del usuario ha sido excepcional. Ha sido capaz de producir sustantivos, verbos, adjetivos, así como también fórmulas de cortesía y dirigirse al resto de los usuarios por su nombre. Incluso ha sido capaz de producir las palabras de las cartas más difíciles (“máquina de café”, “espátula”, etc). El usuario ha finalizado la sesión muy contento, alegre y motivado.
- **25, 26, 27 y 29 Abril 2016:** La última semana transcurre con total normalidad para el usuario.

CUADERNILLO DE REGISTRO (tomado y adaptado de Berthier et al., (2014))

1. Datos generales

- Nombre: V. V.
- Edad: 67

2. Datos clínicos:

- Diagnóstico: Afasia Global
- Localización de la lesión: Cápsula izquierda.
- Perfil y gravedad de la afasia: Gravedad Moderada.
- Información relevante: En caso de existir alguna observación, se redactará en el apartado “Observaciones”, al final de este documento.

3. Sesiones de terapia:

	Sesión n.º 1	Sesión n.º 2	Sesión n.º 3	Sesión n.º 4	Sesión n.º 5
Fecha	4 – Abr – 16	5 – Abr - 16	6 – Abr – 16	8 – Abr – 16	11 – Abr - 16
Parámetros individuales					
Uso de nombres propios	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>				
Respeto de los turnos de comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.				
Uso cortés de la comunicación	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.
Uso de modalidades alternativas al lenguaje de comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Uso de fórmulas de cortesía (“gracias”, “por favor”)	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>				
Idoneidad de los actos de comunicación	<u>- 1</u> - 2 - 3 - 4				

Nota*: En el último apartado de la hoja de registro se pueden observar números. Estos números significan: 1 (Nada funcional); 2 (Algo funcional); 3 (Funcional, pero con algún error), y 4 (Completamente funcional).

	Sesión n.º 6	Sesión n.º 7	Sesión n.º 8	Sesión n.º 9	Sesión n.º 10
Fecha	12 – Abr – 16	13 – Abr - 16	15 – Abr – 16	18 – Abr – 16 Salida a Leroy Merlin	19 – Abr - 16
Parámetros individuales					
Uso de nombres propios	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Respeto de los turnos de comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Uso cortés de la comunicación	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.			
Uso de modalidades alternativas al lenguaje de comunicación	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Uso de fórmulas de cortesía (“ <i>gracias</i> ”, “ <i>por favor</i> ”)	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.
Idoneidad de los actos de comunicación	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4			

	Sesión n.º 11	Sesión n.º 12	Sesión n.º 13	Sesión n.º 14	Sesión n.º 15	Sesión n.º 16
Fecha	20 – Abr – 16	22 – Abr - 16	25 – Abr – 16	26 – Abr – 16	27 – Abr - 16	29 – Abr – 16
Parámetros individuales						
Uso de nombres propios	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.					
Respeto de los turnos de comunicación	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.				
Uso cortés de la comunicación	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.			
Uso de modalidades alternativas al lenguaje de comunicación	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	- Sí, siempre. - Sí, a veces. <u>- No.</u>	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.			
Uso de fórmulas de cortesía (“ <i>gracias</i> ”, “ <i>por favor</i> ”)	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.	<u>- Sí, siempre.</u> - Sí, a veces. - No.	- Sí, siempre. <u>- Sí, a veces.</u> - No.			
Idoneidad de los actos de comunicación	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4	- 1 - 2 - 3 <u>- 4</u>	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4	- 1 - 2 <u>- 3</u> - 4	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4	- 1 <u>- 2</u> - 3 - 4

Observaciones referentes al usuario V. V.:

- **4 Abril 2016.** El usuario V. V. empieza el juego terapéutico con ganas e ilusión. No obstante, es un usuario que se frustra muy rápidamente. Sin embargo, se le calma muy rápidamente, y vuelve a la dinámica del juego con total normalidad.
- **5 Abril 2016.** El usuario V. V. abandona la sesión a los pocos minutos de haber empezado, ya que quería ir a visitar a la fisioterapeuta. No obstante, se observa una situación muy curiosa: cuando le quedaba una carta (destornillador), el jugador coge la carta e intenta verbalizar el nombre del objeto. Aunque la ejecución no fue perfecta (“e-or-ni-a-oer”), los usuarios le entendieron perfectamente (ese es el objetivo del juego terapéutico) y, por tanto, consiguió la carta de manera muy rápida y pudo irse a la fisioterapeuta.
- **6 Abril 2016.** El usuario V. V. se muestra totalmente comprometido con el juego terapéutico. Es cierto que tiene sus momentos de frustración, pero es frustración consigo mismo. Muestra una muy buena predisposición, e intenta verbalizar la palabra siempre que puede. En la sesión de hoy, ha intentado animar a otro usuario, intentándole transmitir la idea de que lo importante no es que salga la palabra, sino intentarlo. Muy buena actitud. En esta sesión ha conseguido verbalizar (con la ayuda de la persona responsable) algunas palabras.
- **8 Abril 2016:** El usuario V. V. acude puntual, y su compromiso y dedicación son visibles. Está muy motivado, y trabaja para lograr cambios. En la sesión de hoy ha ocurrido algo interesante. Mientras los usuarios P. B. y L. P. se encontraban pidiendo una carta, se podía escuchar como V. V. practicaba la verbalización de una carta. Cuando ha llegado el turno de V. V., se ha podido comprender perfectamente la carta que pedía (“impresora”) y, por tanto, el jugador que tenía dicha carta se la ha pasado rápidamente. El turno y la interacción ha sido rapidísima, y todo un éxito. Más tarde, el usuario ha pronunciado perfectamente “María”, en referencia a la carta de una profesional del centro (“María José”).
Se puede observar como va cambiando la actitud del usuario hacia el juego terapéutico. En un principio, quizás no le convencía mucho el juego, pero la tendencia está cambiando, y ahora está cada vez más volcado e ilusionado en el juego.
- **11 Abril 2016:** La sesión de juego terapéutico transcurre con total normalidad para el usuario V. V. En un momento del juego, el jugador se encuentra con la carta que representa unas alicatas. El jugador intenta decir el nombre, pero no le sale. Al principio se frustra. No obstante, sigue intentándolo. Se va aproximando progresivamente a la exactitud de la palabra, hasta que finalmente consigue verbalizar claramente “alicates”. Errores de perseveración.
- **12 Abril 2016:** La sesión transcurre con total normalidad para el usuario durante el tiempo que permanece en ella. Sigue intentándolo y está comprometido con la terapia. No obstante, el usuario sale de la sesión a las 10, con la intención de ir a fisioterapia. Finalmente, no regresa. Errores de perseveración.
- **13 Abril 2016:** El usuario empieza la sesión de juego terapéutico con la misma motivación que otros días. No obstante, a medida que avanza la sesión, el usuario se va desmotivando cada vez más. Tanto es así, que hacia el final de la sesión su actitud es totalmente opuesta a la que había estado mostrando todos estos días de juego terapéutico. Tiene ganas de irse rápidamente, mientras continuamente verbaliza que “No”, refiriéndose a que no le salen las cosas. Este cambio drástico preocupó a la persona responsable, que intentó indagar si había ocurrido algo estos días que le pudiera haber distraído o afectado.
- **15 Abril 2016:** El usuario sigue con el mismo patrón: empieza la sesión muy motivado, pero a medida que ésta avanza, se va desmotivando. La impresión es que el usuario se fija excesivamente en aquellos turnos que no lleva a cabo con éxito, y se fija muy poco cuando su desempeño es bueno. No obstante, va produciendo algunas palabras. Hacia el final de la terapia, se les avisa a los usuarios que en cuanto se eliminen de las cartas que tienen en el momento (eran 3), se podrían marchar. El número de intentos de V. V. para decir las cartas aumenta considerablemente, llegando a verbalizar dos de las tres cartas restantes (pincel - “pi-quel”, y metro - “e-trro”).
- **18 Abril 2016:** Dado que uno de los objetivos principales de la terapia es que se logren generalizar los resultados a las funciones del lenguaje de la vida cotidiana, para el día 18 de Abril se programó una salida a Leroy Merlin. Esto proporcionó a los usuarios un campo de entrenamiento completamente real, en el que debían de utilizar las estrategias de comunicación que cualquier

persona utilizaría en la vida real. En esta sesión los usuarios pudieron practicar sus funciones del lenguaje, con palabras como (“grapadora”, “madera”, “martillo”, “destornillador”, etc).

- **19 Abril 2016:** La sesión transcurre con total normalidad para el usuario. Incluso se observa una mayor cantidad de intentos por producir correctamente la palabra. Este aumento en los intentos tiene una clara repercusión, y es que va siendo capaz de producir correctamente cada vez más palabras.
- **20 Abril 2016:** El usuario sigue con su admirable actitud de intentar una y otra vez la producción de la palabra. En los últimos días se puede observar una clara mejoría del usuario, ya que cada vez produce más palabras, y el esfuerzo que le supone verbalizarlas, acceder a ellas y producirlas es menor.
- **22 Abril 2016:** La participación del usuario en la sesión ha sido extraordinaria. Lo ha intentado en todo momento. Muestra un enorme interés y ganas por trabajar. El usuario ha sido capaz de producir el nombre de prácticamente la totalidad de las cartas con las que ha jugado. Se muestra totalmente comprometido con el juego terapéutico. La frustración ha ido desapareciendo poco a poco, dejando lugar a los constantes intentos. Cuando no le sale alguna palabra, pide ayuda a la persona responsable, y sigue intentándolo hasta que lo consigue. Muy buena actitud.
- **25, 26, 27 y 29 Abril 2016:** La última semana de juego terapéutico ha transcurrido con total normalidad y de acuerdo a lo previsto para el usuario.

ANEXO 5. Registros grupales de la sesión para el terapeuta cumplimentados

CUADERNILLO DE REGISTRO GRUPAL
(tomado y adaptado de Berthier et al., 2014)

	Sesión n.º 1	Sesión n.º 2	Sesión n.º 3	Sesión n.º 4	Sesión n.º 5
Fecha	4 – Abr – 16	5 – Abr – 16	6 – Abr – 16	8- Abr – 16	11 – Abr - 16
<u>Parámetros grupales</u>					
N.º de partidas	3	3	1	1	1
Tipo de juego	- <u>Solicitar</u> - Proponer				
Sustantivos (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente
Adjetivos (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente			
Números (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>				
Frases o acciones (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente			

	Sesión n.º 6	Sesión n.º 7	Sesión n.º 8	Sesión n.º 9	Sesión n.º 10
Fecha	12 – Abr – 16	13 – Abr – 16	15 – Abr – 16	18 – Abr – 16	19 – Abr - 16
Parámetros grupales					
N.º de partidas	1	1	2		1
Tipo de juego	- <u>Solicitar</u> - Proponer	- <u>Solicitar</u> - Proponer	- <u>Solicitar</u> - Proponer	Salida a Leroy Merlin	- <u>Solicitar</u> - Proponer
Sustantivos (frecuencia)	- Alta - <u>Media</u> - Baja - Inexistente				
Adjetivos (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente			
Números (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>				
Frases o acciones (frecuencia)	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente				

	Sesión n.º 11	Sesión n.º 12	Sesión n.º 13	Sesión n.º 14	Sesión n.º 15	Sesión n.º 16
Fecha	20/04/16	22/04/16	25/04/16	26/04/16	27/04/16	29/04/16
Parámetros grupales						
N.º de partidas	2	2	2	2	2	1
Tipo de juego	- <u>Solicitar</u> - Proponer	- <u>Solicitar</u> - Proponer	- Solicitar - <u>Proponer</u>	- Solicitar - <u>Proponer</u>	- Solicitar - <u>Proponer</u>	- Solicitar - <u>Proponer</u>
Sustantivos (frecuencia)	- Alta - <u>Media</u> - Baja - Inexistente	- <u>Alta</u> - Media - Baja - Inexistente	- <u>Alta</u> - Media - Baja - Inexistente	- <u>Alta</u> - Media - Baja - Inexistente	- <u>Alta</u> - Media - Baja - Inexistente	- <u>Alta</u> - Media - Baja - Inexistente
Adjetivos (frecuencia)	- Alta - Media - <u>Baja</u> - <u>Inexistente</u>	- Alta - <u>Media</u> - Baja - Inexistente	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente	- Alta - <u>Media</u> - Baja - Inexistente	- Alta - <u>Media</u> - Baja - Inexistente	- Alta - <u>Media</u> - Baja - Inexistente
Números (frecuencia)	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>	- Alta - Media - Baja - <u>Inexistente</u>	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente
Frasas o acciones (frecuencia)	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente	- Alta - <u>Media</u> - Baja - Inexistente	- Alta - Media - <u>Baja</u> - Inexistente			

ANEXO 6. Documento de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado para participar en el estudio “.....”. El objetivo de este documento es que usted conozca algunos aspectos generales del trabajo y que decida libremente si está de acuerdo en participar en él.

SECCIÓN I. INFORMACIÓN RELEVANTE DE LA INVESTIGACIÓN.

1. INFORMACIÓN DEL ESTUDIO.

Nombre del estudio:

Persona responsable del estudio: Iván Miralles Ferreres.

2. LUGAR Y FECHA.

He recibido la información el día, en

3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO.

La afasia, en sus diferentes tipos y niveles de gravedad, es una condición que aparece muy frecuentemente tras una lesión cerebral. Aunque la mayoría de los afectados experimentan una mejoría en sus funciones del lenguaje, debido al fenómeno de la recuperación espontánea, y a la propia aplicación de la terapia, muchas de las afasias persisten durante más de un año. A pesar de ser un problema mayoritario, la afasia apenas cuenta con programas de tratamiento eficaces que logren resultados y que logren generalizar y mantener las mejorías en la vida cotidiana. No obstante, el presente programa de tratamiento ofrece resultados prometedores. Es por eso que el objetivo del presente trabajo es ayudar a esclarecer la eficacia de este tratamiento tan prometedor.

4. RAZONES POR LAS QUE SE INVITA A PARTICIPAR.

Le invitamos a participar en este estudio puesto que de esta manera usted podrá entrenar su capacidad de lenguaje.

5. PARTICIPACIÓN QUE SE SOLICITA.

Lo único que se requiere por parte del participante es que participe en un programa de juegos de mesa, junto con otros compañeros. Tanto en la presente sesión como antes de dar inicio a la terapia, se explicará a los participantes el procedimiento del juego terapéutico. La duración tentativa del programa de tratamiento es de 4 semanas. La duración de cada sesión es de 2 horas. Los días en los que se lleve a cabo la terapia podrán variar, siempre en función de las características de los participantes, y de su grado de mejoría. Estas sesiones de terapia se llevarán a cabo en el centro de Daño Cerebral Adquirido ATENEU, en Castellón de la Plana.

6. PROCEDIMIENTO.

Tras esta primera sesión informativa, se procederá a la realización de otra sesión informativa, con fecha todavía a determinar, unos días antes de dar inicio a la terapia, con el objetivo de refrescar la información. También se volverá a explicar el procedimiento de la terapia, y las instrucciones de los dos juegos terapéuticos en los que los usuarios participarán.

Después de esto, y también antes de iniciar la terapia, se llevará a cabo una evaluación sobre las funciones del lenguaje de todos los participantes. Esta evaluación será similar a otras evaluaciones en las que los usuarios han participado durante su estancia en el centro. La evaluación se realizará para poder conocer de dónde partimos en términos de las habilidades y capacidades del lenguaje de los usuarios, y para poder tener unos datos de referencia que comparar con la evaluación que se realizará una vez haya finalizado el tratamiento. Esta última evaluación será exactamente idéntica a la primera evaluación.

Además, también se les proporcionará un cuestionario al familiar del usuario, para que lo cumplimente antes y después del tratamiento. La cumplimentación de este cuestionario aportará información muy valiosa y relevante para poder establecer la eficacia de la terapia.

Con respecto a la dinámica de los juegos terapéuticos, van a seguir una forma de jugar idéntica a cualquier juego de cartas. Las instrucciones específicas serán explicadas directamente a los usuarios que vayan a participar en el trabajo.

7. POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS.

En principio no se contempla ningún tipo de riesgo físico. Únicamente se identifica un posible riesgo psicológico, la frustración. Es posible que, en el intento de pedir una carta, el jugador no sepa utilizar la comunicación verbal y, por tanto, se frustre.

8. POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

La persona que decida participar en el estudio podrá beneficiarse de la aplicación de la terapia, y entrenar su capacidad y habilidad de lenguaje. No obstante, es **muy importante tener en cuenta** que el presente estudio persigue **determinar la posible eficacia del presente tratamiento**, por lo que es posible que no se produzcan mejoras en las capacidades del lenguaje de los usuarios.

9. COMPENSACIÓN PARA EL PARTICIPANTE POR SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

Como agradecimiento a los participantes por su participación en el estudio, se establecerán posibles premios a determinar con el centro.

10. VOLUNTARIEDAD.

La participación en este trabajo es completamente voluntaria. En ningún caso se obliga a la persona a participar. La persona debe aceptar libremente la participación en este trabajo, o denegar la propuesta.

11. PARTICIPACIÓN O RETIRO.

En cualquier momento, los participantes y/o sus familiares podrán recibir información o respuesta a las preguntas relacionadas con la terapia, así como también serán libres en todo momento de retirar su consentimiento y abandonar el estudio, aún sin dar explicación alguna.

12. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.

En todo momento se respetará la intimidad y confidencialidad de los datos de identificación de los participantes. Además, los datos recogidos se utilizarán única y exclusivamente para usos académicos y de investigación. Con tal objetivo, en el trabajo académico no aparecerá nunca el nombre completo del usuario. En lugar de eso, aparecerán sus iniciales. Tampoco se ofrecerá ningún otro tipo de dato que pudiera arrojar pistas que pudieran ayudar a adivinar de quién se trata.

Es decir, en todo momento se garantizará el anonimato del participante.

Además, la información obtenida a partir del trabajo con los participantes será tratada con total confidencialidad. Las únicas personas que tendrán acceso a esta información será el conductor del estudio, su tutora, que supervisa el trabajo desde la universidad, la profesora Micaela Moro Ipola, y algunos profesionales del área de Neuropsicología y Logopedia del ATENEU.

Los datos obtenidos y las conclusiones a las que se llegue serán presentados al tribunal ante el que se tiene que presentar el trabajo. Además, los datos también quedarán disponibles para todos aquellos que en un futuro deseen acceder al estudio. No obstante, como se ha mencionado antes, todas estas personas únicamente podrán acceder a los datos de los usuarios, pero nunca podrán acceder a datos de identificación de los participantes, tales como su nombre y apellidos, documento nacional de identidad, etc. Es decir, aunque en un futuro los datos sean de acceso público, el anonimato de los participantes estará completamente garantizado, ya que la única información que se podrá extraer del trabajo serán las iniciales del nombre y del primer apellido de los participantes.

13. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Una vez el trabajo sea presentado ante el tribunal, y se haya permitido el acceso público, aquellos participantes y familiares que lo deseen se pueden poner en contacto con el responsable del trabajo, quien informará la manera de acceder y visualizar el contenido del trabajo completo.

14. DUDAS Y ACLARACIONES.

En caso de dudas, reclamos o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

- Nombre: Iván Miralles Ferreres
- Contacto:
 - Teléfono: 687197139
 - Correo: ivmirallesf@gmail.com

SECCIÓN II. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se me ha invitado a participar en el trabajo con título “.....”, dirigido por Iván Miralles Ferreres, con D. N. I. 20493608-X.

Yo,, con documento nacional de identidad, mayor de edad, o autorizado por mi tutor legal, con domicilio en, consiento participar en el trabajo, habiendo sido informado de los aspectos generales de la investigación.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del familiar o tutor legal

.....

.....

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

.....

.....

Castellón de la Plana, a de de 2016.

ANEXO 7. Documentos de consentimiento informado cumplimentados.

*Este anexo sólo estará disponible en la versión en papel
del presente trabajo.*

ANEXO 8. Cronograma del proceso de intervención.

Fecha	Evento
14 – Marzo – 2016	Entrega de la carta de consentimiento informado a los usuarios y a los familiares de los usuarios.
18 – Marzo – 2016	Primera reunión con los familiares de los usuarios que participaron en el grupo experimental. En esta reunión también estuvo presente el usuario L. P. El esquema de la reunión fue el siguiente: 1) Presentación; 2) Explicación y fundamentación teórica del programa de rehabilitación; 3) Explicación de la dinámica del juego terapéutico, y fundamentación teórica del mismo; 4) Repaso de la carta de consentimiento informado; 5) Turno de dudas y preguntas; y 6) Cierre de la sesión. La reunión tuvo lugar de 15:00 a 16:30. Los familiares se mostraron muy colaborativos y esperanzados. Se resolvieron las dudas que tenían, y se les informó de que para cualquier duda, ruego o pregunta que tuvieran se estaba a su plena disposición.
31 – Marzo – 2016	Evaluación pre-tratamiento con el test “Boston Naming Test” a los siguientes usuarios: R. M., A. S., y E. G.
1 – Abril – 2016	Recogida de los documentos de consentimiento informado y del cuestionario CAL, que contestaron tanto los profesionales como los familiares de los usuarios.
1 – Abril – 2016	Evaluación pre-tratamiento con el test “Boston Naming Test” a los siguientes usuarios: V. V., L. P., y P. B.
4 – Abril – 2016	<p>Inicio del juego terapéutico a las 10:30. En un primer lugar se procedió al saludo y a la presentación. Una vez terminado, el investigador leyó las instrucciones especiales que se redactaron de manera adaptada a las necesidades de comprensión de los usuarios. Posteriormente tuvo lugar un modelado de la dinámica del juego. Este modelado consistió en una ejemplificación visual, de manera que los usuarios pudieron observar cómo se desarrolla el juego. Después de esto, se leyó una transcripción original de una conversación entre usuarios afásicos mientras jugaban al juego. La transcripción se obtuvo a partir del trabajo de los autores de la terapia (Berthier et al., 2014). Por último, se les preguntó a los participantes si habían entendido las explicaciones, y se les dejó hacer las preguntas que desearon. Una vez solventadas las dudas, se procedió al inicio del juego terapéutico, que se extendió hasta las 12:30. En toda la sesión se hizo mucho énfasis en el refuerzo positivo y en la motivación. Cualquier intento de habla mostrado por los usuarios era recompensado verbalmente (“<i>muy bien, sigue intentándolo</i>”). En algunos momentos aparecía también la frustración, por lo que se intentaba motivar a los usuarios (“<i>No pasa nada, es el primer día. Poco a poco irán saliendo las cosas, pero hay que seguir intentándolo. Lo estáis haciendo muy bien</i>”).</p> <p>En esta primera sesión del juego terapéutico faltó un usuario (P. B.), debido a enfermedad. No obstante, se decidió la aplicación de la sesión con los otros dos usuarios asistentes (L. P., y V. V.).</p>
6 – Abril – 2016	Tercera sesión del juego terapéutico. La sesión se inició a las 10:30, y finalizó a las 12:30. La sesión empezó con total normalidad, pero después de unos

	<p>minutos empezó a aparecer la frustración de un jugador. El responsable del estudio insistió en que se conoce la dificultad que supone para ellos el hecho de verbalizar, y que lo único que se les pide es que intenten producir la palabra. También se informó que, en ningún caso, se va a penalizar los errores, ni nadie de los presentes en la sesión (los usuarios y la persona responsable del estudio) iban a recriminar o a burlarse de nada. Se le hizo entender que únicamente tienen que intentarlo, y que poco a poco y con el tiempo iría saliendo, ya que en esos momentos, estábamos todavía empezando la terapia, y que era muy exigente esperar resultados tan buenos en tan poco tiempo. Ante estas palabras, los otros dos usuarios las palabras de la persona responsable, a la vez que animaban y sugerían al otro usuario que nada más tenía que intentarlo, que sólo con que lo intentara estaba bien. Después de esto, la persona responsable hizo hincapié en que todo esto estaba preparado para nadie más que para ellos, y que había requerido mucho tiempo, esfuerzo y dedicación de una persona que, al fin y al cabo, únicamente quería el beneficio de los usuarios. Se explicó también que la persona responsable no llevaba a cabo la terapia para “fastidiarlos”, o para hacer que estuvieran todos los días unas horas cerrados en una sala. Más bien al contrario, que lo hacía porque quería ciegamente que los usuarios mejoraran sus capacidades de lenguaje. Por último, también se enfatizó en que la tanto la elaboración como la producción de las cartas costó un esfuerzo económico a la persona responsable, y que, sólo por eso, en un gesto de agradecimiento por parte de los usuarios, merecía la pena que lo intentaran. Estas palabras tenían la intención de generar una respuesta emocional del usuario, y así conseguir motivarlo para la terapia.</p> <p>Después de esto, se retomó la terapia. Y se retomó con resultados bastante prometedores. Los usuarios estaban ahora muy motivados, y los intentos de producir la palabra eran frecuentes. Al final de la sesión, los tres usuarios habían sido capaces de verbalizar unas pocas palabras.</p>
8 – Abril – 2016	<p>Cuarta sesión del juego terapéutico. Siendo las 10:25, el usuario P. B. se encuentra almorzando. Le queda el café. La sesión empieza a las 10:30. Los usuarios V. V. y L. P. ya se encuentran acomodados en la sala, esperando al inicio de la sesión. Es por eso que se decide informar al usuario P. B. de que la sesión está a punto de empezar, y que hay gente que le está esperando. Es entonces cuando el usuario P. B. reacciona de manera absolutamente desproporcionada y desmesurada, con gritos, y pidiendo que nos esperáramos. Afortunadamente, el usuario consigue calmarse rápidamente. No obstante, la sesión empieza a las 10:45. Los usuarios V. V. y L. P. se impacientaron e incluso salieron a buscarlo, recriminándole que no estaba preparado a la hora de inicio de la sesión.</p> <p>Después de este pequeño incidente, da comienzo la sesión de juego terapéutico, transcurriendo éste con total normalidad hasta el final.</p>
11 – Abril – 2016	<p>Se da inicio a la quinta sesión de juego terapéutico. La sesión se inicia a las 10:30, y se finaliza a las 12:30. El juego terapéutico transcurre con total normalidad. Los usuarios están muy motivados por conseguir cambios. Su predisposición y dedicación son muy altas.</p>
12 – Abril – 2016	<p>Sexta sesión del juego terapéutico. Esta sesión se inicia a las 9:20 de la mañana. En esta sesión se respiró muy buen ambiente desde el primer minuto. Se les nota contentos y esperanzados. Tienen muchas ganas de</p>

	<p>trabajar. El usuario V. V. abandona la sesión a las 10, ya que informa que ha de ir a la fisioterapeuta. No obstante, no regresa. Los dos jugadores restantes se quedan hasta las 11:20. En esta sesión los tres usuarios fueron capaces de producir una palabra, de manera que los otros jugadores fueron capaces de comprender perfectamente qué era lo que se les estaba pidiendo.</p> <p>Cuando ya se acercaba el final de la sesión, se les animó a los jugadores, advirtiéndoles de que en cuanto acabasen la baraja de cartas que tenían entre manos, se daría por finalizada la sesión del día. Si los usuarios ya se estaban desempeñando de una manera muy buena hasta el momento, su ejecución a partir de aquí fue sorprendente. La última carta estaba requiriendo un poco más de tiempo. No obstante, se les recordó que, en cuanto verbalizaran el nombre del objeto que representaba la carta podían salir, en seguida les salió la palabra. Tanto los tres usuarios como la persona responsable del estudio salieron muy contentos de la sesión de este día.</p>
13 – Abril – 2016	<p>Séptima sesión de juego terapéutico. Antes de empezar la sesión se les pregunta cómo estaban. Se les pregunta si estaban contentos (la noche anterior hubo partido de fútbol) porque su equipo había ganado. Contestaron que sí, entre risas y bromas. Se respiraba muy buen ambiente para empezar a trabajar. La sesión empezó muy bien, con un turno resuelto con éxito para cada jugador. La sesión estaba transcurriendo mejor de lo esperado. Parecía que se empezaban a notar cambios. Cuando había transcurrido una hora desde el inicio de la sesión, se decide hacer un descanso, como premio a lo bien que se estaba desarrollando la sesión. No obstante, a la vuelta del descanso, el usuario V. V. empieza a adoptar una actitud un tanto defensiva. Aunque le cuesta, le salían algunas palabras. Sin embargo, parece que es cuestión de ajuste de expectativas. V. V. quiere ver resultados inmediatos. Se decide intentar calmar al usuario, con el objetivo de que la sesión transcurra con toda la normalidad posible. No obstante, se decide finalizar la sesión unos minutos antes, con el objetivo de dedicar unas palabras a los usuarios, en especial al usuario V. V. Se le pregunta al usuario si últimamente le ha ocurrido algo que pudiera explicar su actitud. Después, se le explica que los cambios no se pueden conseguir de la noche a la mañana. Para ayudar a que los usuarios lo entendieran mejor, se hizo la siguiente comparación: se les preguntó a todos los usuarios cuántos años llevaban conviviendo con la lesión. Después, se les preguntó si después de tantos años con la lesión, ven factible que en dos semanas se logren tantos cambios. De esta manera lo entendieron mucho mejor, incluido V. V. Después de esta charla que perseguía restablecer y aumentar la motivación hacia la terapia, se les pidió a los jugadores que descansaran lo que quedaba de día, así como también el día siguiente, y que el viernes vinieran con las máximas fuerzas y dispuestos a trabajar.</p>
15 – Abril – 2016	<p>Octava sesión del juego terapéutico. La sesión empieza a la manera prevista, y transcurre con total normalidad, sin ningún tipo de imprevisto. Hacia el final de la terapia, se les avisa que en cuanto se descarten de las cartas que les quedan (3), se dará por finalizada la sesión. Se incide, por tanto, en la motivación de los jugadores. Cuando se les informa de esto (ya no solo en esta sesión, sino también en las sesiones anteriores), tanto los intentos de pronunciar la palabra, como el desempeño de los jugadores aumenta considerablemente. En cuestión de poco minutos vocalizaron las 3 palabras</p>

	que les quedaban, y pudieron dar por finalizada la sesión.
18 – Abril – 2016	<p>Novena sesión de la terapia. En esta ocasión, los usuarios no participaron en el juego terapéutico. Dado que uno de los objetivos principales de la terapia es que se logren generalizar los resultados a las funciones del lenguaje de la vida cotidiana, para el día 18 de Abril se programó una salida a Leroy Merlin. Esto proporcionó a los usuarios un campo de entrenamiento completamente real, en el que debían de utilizar las estrategias de comunicación que cualquier persona utilizaría en la vida real. En esta sesión los usuarios pudieron practicar sus funciones del lenguaje, con palabras como (“grapadora”, “madera”, “martillo”, “destornillador”, etc).</p> <p>La furgoneta salió del centro a las 10:15, llegando a Leroy Merlin a las 10:30. A las 12:30, se volvió a la fundación.</p>
19 – Abril – 2016	<p>Décima sesión del juego terapéutico. Debido a motivos de horarios académicos, la sesión del martes debía iniciarse a las 9:00 y finalizar a las 11:00. No obstante, debido a algunos motivos ajenos al control de la persona responsable del estudio, durante gran parte de la sesión no se pudo contar con la presencia del usuario P. B. Además, debido a la gran actividad que se estaba llevando a cabo ese día en el centro, hubieron dificultades para poder localizar una sala en condiciones para llevar a cabo la sesión. Es por eso que, finalmente, la sesión empezó a las 9:30, y terminó a las 11:00.</p>
20 – Abril – 2016	<p>Undécima sesión del juego terapéutico. La sesión se inicia a la hora prevista (10:30), y finaliza a las 12:30. En esta sesión se decide incluir una recompensa para los usuarios, con el objetivo de aumentar su motivación hacia el juego, así como también su competitividad, ya que si se logra aumentar estas dos variables, el número de intentos de los usuarios aumentará, y, por tanto, también aumentará el número de aciertos. Es por eso que antes de iniciar la sesión se les indica a los usuarios que quien ganase estaba invitado a almorzar el viernes. Nada más se les explicó esto, se pudo observar como a los usuarios les pareció muy bien esta idea, y como se preparaban para jugar. Se miraban entre ellos, como desafiándose, pero siempre en una actitud muy positiva. Fue algo que se consideró muy adecuado para el correcto funcionamiento de la terapia. Es importante tener en mente que, tanto en esta sesión, como en prácticamente la mayoría de las sesiones anteriores, reina un muy buen ambiente entre los jugadores y la persona responsable. Siempre hay tiempo para bromas, y para las risas. Es muy importante que los usuarios estén a gusto tanto con la situación como con la persona responsable, y en ese sentido, el clima terapéutico en que se llevan a cabo las sesiones es magnífico.</p>

Fecha	Evento
22 – Abril – 2016	Tal y como se les prometió la sesión anterior, a las 10:30 salimos a almorzar a un bar cercano al centro ATENEU. El almuerzo ha ido bien, entre risas y bromas. A las 12:15 vuelta al centro. A las 12:30 se inicia la duodécima sesión de juego terapéutico. Esta sesión ha sido, sin lugar a dudas, la mejor hasta el momento. La actuación y la cantidad de aciertos de los tres usuarios ha sido extraordinaria. Han sido capaces de verbalizar prácticamente la totalidad de los sustantivos, así como también adjetivos, verbos y fórmulas de cortesía. También se han dirigido muchas veces a sus compañeros por su nombre. En esta sesión ha reinado el buen ambiente, entre muchas bromas y risas, que sin lugar a dudas, favorecen la buena dinámica de la sesión. Durante toda la sesión se les refuerza positivamente a los usuarios, diciéndoles que hoy lo están haciendo espectacularmente bien. Al abandonar la sesión, se les da la de nuevo la enhorabuena por lo extraordinariamente bien que lo han hecho en la sesión, y se les sugiere que este fin de semana descansen y que el lunes se trabajará más, ya que es la última sesión de juego terapéutico. Es en ese momento cuando uno de los usuarios dice que no, mientras hace el gesto de bailar. Esto da cuenta del buen ambiente que se respira. Los usuarios dejan la sesión contentos, alegres y motivados para afrontar la última semana de terapia.
25 – Abril – 2016	Inicio de la última semana de juego terapéutico, y decimotercera sesión del programa de tratamiento. Debido al progreso de los jugadores durante las últimas tres semanas, se decide incluir en este punto el juego de “proponer” actividades, o “pedir ayuda” ante diferentes actividades. Antes de iniciar la sesión, se les informa a los usuarios de dicho cambio, y se les explica el nuevo juego con instrucciones y modelado. Una vez los usuarios entendieron el procedimiento y la correcta dinámica del juego, se dio inicio al juego. La sesión transcurrió con total normalidad.
26 – Abril – 2016	Decimocuarta sesión de juego terapéutico. En esta sesión se continuó con el juego de “proponer actividades”, o de “búsqueda de ayuda”.
27 – Abril – 2016	Decimoquinta sesión de juego terapéutico. De nuevo se sigue con el mismo juego de los dos días anteriores. Sin incidencias destacables.
29 – Abril - 2016	Decimosexta y última sesión de juego terapéutico. La sesión transcurre con total normalidad y, al finalizar dicha sesión, los usuarios y la persona responsable del estudio se van a almorzar como recompensa. Muy buen ambiente entre los 4.
Semana del 2 al 6 de Mayo	Durante esta semana se realizaron las evaluaciones “post-tratamiento” tanto a los usuarios que participaron en el grupo experimental, como a los usuarios que formaron el grupo de no tratamiento. Además, se administró también el cuestionario CAL tanto a los profesionales del centro como a las familias, para que lo cumplimentaran, a modo de medida “post-tratamiento”. En este punto es importante mencionar que hubo un profesional que no pudo contestar el cuestionario CAL en el modo “post-tratamiento”, ya que causó baja en el centro ATENEU y, por tanto, no estaba en disposición de valorar los posibles resultados de la terapia. Por ello, no se solicitó su respuesta una vez el tratamiento hubo acabado.

ANEXO 9. Instrucciones específicas para los participantes del juego terapéutico.

"Buenos días a todos. Hoy vamos a empezar una nueva terapia. Es una terapia para que podáis entrenar vuestro lenguaje. La terapia la haréis con una o dos personas más. Hay unos objetivos que tenéis que cumplir todos. Pero, además, también hay algunos objetivos concretos para cada uno de vosotros. Por tanto, además de los objetivos que todos debéis cumplir, hay unos objetivos que serán para cada persona en especial. Como veis, aquí tengo una serie de cartas. Participaremos en un juego de cartas. En este juego tendremos que hablar, utilizar el lenguaje. Cada carta tiene dibujos de objetos y de personas. Cada carta está repetida dos veces. Cada jugador tendrá unas cartas. Pero ningún jugador tendrá las dos cartas iguales. Lo que tenéis que hacer es escoger una carta. Cuando la hayáis escogido, tenéis que buscar la otra carta igual. La otra carta igual la tendrá otro de los jugadores. Pero sabéis quién la tendrá. Entonces, debéis preguntar a alguien si tiene la carta que queréis. Este es uno de los dos juegos a los que jugaremos. Después, veis que también hay cartas con dibujos de personas haciendo cosas. En este juego, tenéis que coger una carta, y tenéis que pedir a otro jugador que os acompañe a hacer lo mismo que hay en la carta, ¿de acuerdo? ¿Tenéis alguna pregunta? ¿Hay algo que no entendéis?

Es muy importante que habléis. Cuantos menos gestos utilizéis, mejor. Cuantos menos dibujos, menos utilizéis el lápiz, y menos señaléis, mejor. Si habláis, entrenaréis el lenguaje, y eso será lo mejor.

Yo también jugaré con vosotros. No os preocupéis si no os sale alguna palabra. Estamos aquí para ayudaros. Pero tenéis que esforzaros lo máximo posible. La persona que más tarjetas tenga al final, será la ganadora. Empezaremos con cartas fáciles. Conforme lo vayamos haciendo bien, pondremos cartas más difíciles. ¿Tenéis alguna pregunta?

Bien, pues podemos empezar. Antes de empezar, vamos a ver un ejemplo, ¿de acuerdo?.

ANEXO 10. Cuestionario CAL, adaptado de Pulvermüller et al., (2001).

Cuestionario CAL, adaptado de Pulvermüller et al., (2001)

El siguiente cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de la comunicación de los usuarios del centro en la vida cotidiana. Este cuestionario está dirigido tanto a los familiares de los usuarios, como a los profesionales del centro que trabajan con ellos. Debe leer detenidamente cada una de las preguntas, y contestar de la siguiente manera. Debajo de cada ítem verá una serie de números, cada uno de los cuales significa: el 1 "nunca", el 2 quiere decir "casi nunca", el 3 expresa "raramente", el 4 "a veces", el 5 significa "frecuentemente", y por último, el 6, indica "muy frecuentemente". Después de leer cada pregunta, usted debe indicar el número que mejor refleje el comportamiento de la persona evaluada. Se ruega que se conteste con la máxima sinceridad posible, ya que no existen preguntas correctas ni preguntas incorrectas. En la medida en que usted conteste de la manera más sincera posible, contribuirá a conocer la realidad de la persona evaluada de una manera mucho más precisa y, por tanto, ajustar al máximo la terapia. El cuestionario es completamente anónimo. Este cuestionario se debe cumplimentar por la misma persona en dos ocasiones: antes de que los usuarios participen en la terapia, y una vez la hayan finalizado.

Nombre de la persona evaluada:

Fecha de la evaluación:

1. ¿Con qué frecuencia la persona se comunica con un familiar o con un buen amigo?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Con qué frecuencia la persona se comunica cuando está con un grupo de familiares o amigos?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Con qué frecuencia la persona se comunica con un extraño?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Con qué frecuencia la persona se comunica cuando está en un grupo junto con varias personas desconocidas?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Con qué frecuencia la persona se comunica en una tienda, oficina o institución pública?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Con qué frecuencia la persona usa el teléfono?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Con qué frecuencia la persona escucha las noticias en la radio o televisión?	1	2	3	4	5	6

8. ¿Con qué frecuencia la persona lee el periódico?

1 2 3 4 5 6

9. ¿Con qué frecuencia el paciente resuelve problemas aritméticos sencillos?

1 2 3 4 5 6

10. ¿Con qué frecuencia la persona se comunica cuando está estresado?

1 2 3 4 5 6

11. ¿Con qué frecuencia la persona se comunica cuando está relajado o no está bajo condiciones de estrés?

1 2 3 4 5 6

12. ¿Con qué frecuencia la persona se comunica cuando está cansado?

1 2 3 4 5 6

13. ¿Con qué frecuencia la persona hace afirmaciones o responde sobre hechos?

1 2 3 4 5 6

14. ¿Con qué frecuencia responde cuando se le hace una pregunta?

1 2 3 4 5 6

15. ¿Con qué frecuencia la persona hace preguntas o peticiones?

1 2 3 4 5 6

16. ¿Con qué frecuencia la persona responde preguntas de personas no conocidas?

1 2 3 4 5 6

17. ¿Con qué frecuencia la persona expresa verbalmente críticas o se queja?

1 2 3 4 5 6

18. ¿Con qué frecuencia la persona responde verbalmente a las críticas?

1 2 3 4 5 6

ANEXO 11. Aspectos específicos de cada juego terapéutico

La información que se puede encontrar en este apartado está basada prácticamente en su totalidad en el trabajo de Difrancesco et al., (2012). El procedimiento del juego es el siguiente. En un primer momento, todas las cartas se distribuyen, de manera que ninguno de los participantes tenga dos cartas idénticas, a la vez que nos aseguramos de que todos los participantes tengan el mismo número de cartas. El juego comienza (y a su vez, cada ronda dentro de un mismo juego también empieza así), cuando un jugador selecciona una carta de su baraja y la mantiene en su mano. Después, el jugador debe pedir mediante el habla la carta al jugador que decida. La petición se realiza sin enseñar la carta a los demás jugadores, y dirigiéndose específicamente a un jugador. Solo se permite comunicación verbal, en forma de palabras u oraciones, aunque, en algunos casos, se permite el uso de gestos. Es decir, los gestos son permitidos, siempre y cuando se considere que éstos están cumpliendo una función de complementar al lenguaje, y nunca, por tanto, lo están sustituyendo. En función del juego en que nos encontremos, este acto hablado puede ser en forma de petición de un objeto, o en forma de proposición a otro jugador de unirse a una actividad, o petición de ayuda. Un participante diferente puede responder a la acción verbal del jugador, por ejemplo, pasando la carta con el objeto descrito, o aceptando la propuesta de unirse a la acción descrita en la carta o ayudar y, por consiguiente, pasando la carta correcta al otro jugador. Esto se consideraría como un turno resuelto con éxito. Por otra parte, el jugador también puede responder rechazando la petición, debido a que él no tenga la carta que busca el participante. Después de un turno finalizado con éxito, el jugador que ha recibido la carta porque ha logrado pedir o proponer bien pone a un lado el par de cartas. Para cada jugador, el objetivo es lograr colocar todas las cartas a un lado.

Juego de petición del objeto

Objetivo terapéutico. Aprender a participar en diálogos que incluyan petición. Esto incluye hacer peticiones, y/o responder a ellas proporcionando la carta, o rechazando la petición de otro jugador (Difrancesco et al., 2012).

Objetivo del juego para los jugadores. Ser el primer jugador en librarse de todas las cartas, bien sea porque reciben las cartas idénticas por parte de otro jugador, o bien porque pasan las cartas a otros compañeros (Difrancesco et al., 2012).

Reglas del juego (tomado y adaptado de Difrancesco et al., 2012). El jugador que inicia la partida (que llamaré A a partir de ahora), elige y selecciona una carta de su baraja. Entonces, A pide la carta idéntica a otro jugador diferente (que llamaré B). El jugador A debe utilizar una serie de afirmaciones verbales, a la vez que se le restringen en la medida de lo posible los gestos, las señalizaciones u otros tipos de comunicación no verbal.

No obstante, es importante tener en cuenta que, en el caso de que el terapeuta considere que la comunicación no verbal se ha instaurado para complementar la comunicación verbal y, por lo tanto, no para sustituirla, se contará como válido. Después de esto, lo ideal es que el jugador B responda a la petición, bien facilitando la carta idéntica al jugador que se la ha pedido (en caso de que el jugador B tenga la carta idéntica), o bien rechazando la petición (en caso de que el jugador no tenga la carta idéntica que se le pide). No obstante, también puede ser que el jugador al que se le ha pedido la carta no haya entendido correctamente la petición del jugador A, por lo tanto, el jugador B le pide una clarificación al jugador A. Así pues, otra posible combinación sería que el jugador B pide una clarificación al jugador A, y entonces vuelve a empezar el proceso. En toda esta interacción se tendrán en cuenta en todo momento las fórmulas de cortesía (utilización de términos tales como "*por favor*", "*si no te importa*", "*muchas gracias*", etc...), así como también otros aspectos, como por ejemplo, si los jugadores se dirigen hacia el otro jugador por su nombre o no.

Si el jugador B ha identificado la carta que le pide el jugador A, ambos jugadores muestran sus cartas a cada uno, y a los demás jugadores para confirmar que realmente las cartas son idénticas. El jugador A, que ha pedido la carta y la ha recibido, podría agradecer al jugador B, y colocar sus cartas a un lado. El jugador B, entonces, empieza un nuevo turno, que seguiría de la misma manera que se ha explicado.

No obstante, si el jugador B no dispone la carta idéntica que le pide al jugador A, debe denegar la petición. El jugador A, entonces, puede dirigirse a otro jugador con la misma petición.

En otras ocasiones, se hace evidente de que ambos jugadores no han llegado a un entendimiento. En ese caso, mediante la comparación de cartas, A y B recogen sus propias cartas. Después de esta ronda no exitosa, A ha perdido el derecho a iniciar una nueva ronda. Es, entonces, el jugador B quien empieza una nueva ronda, seleccionando una carta de su propia baraja, y disponerse a realizar la petición.

Juego de planificación de acciones o petición de ayuda

En este juego, las cartas representan acciones. Estas acciones definen las actividades para ser propuestas y que los participantes pueden aceptar participar o ayudar en ellas.

Objetivo terapéutico. Aprender a participar en una planificación interactiva de actividades futuras, mediante la proposición de unión a las actividades, o de ayuda de las mismas, y respondiendo a tales propuestas, mediante la aceptación, el rechazo, o pidiendo una clarificación (Difrancesco et al., 2012).

Objetivo del juego para los jugadores. Ser el primer jugador que se quede sin cartas, ya sea bien porque recibe las dos cartas idénticas y se las puede dejar a un lado, o bien porque pasa las cartas a otro jugador (Difrancesco et al., 2012).

Reglas del juego (tomado y adaptado de DiFrancesco et al., 2012). De nuevo, el juego (y, posteriormente, cada turno), empieza cuando el jugador A recoge una carta de su propia baraja, y propone la acción descrita en la carta como una actividad a la que otro jugador se puede unir o ayudar. Algunos ejemplos del rango de afirmaciones que puede utilizar pueden ser: "*Jugar a dominó*"; "*¿Me ayudas a cortar la madera?*"; "*¿Sabes qué? Podríamos ir a dar un paseo*". De esta manera, el jugador B puede aceptar unirse a la actividad, y darle la carta idéntica que describa la actividad al jugador A, o puede, por el contrario, rechazar la propuesta, mencionando que no es capaz de participar o ayudar en la actividad (debido a que no dispone de la carta correspondiente e idéntica a la de la actividad del jugador A). Por último, también puede pedir una clarificación, en caso de que se den problemas de comunicación, o que el jugador B no entienda muy bien la propuesta de actividad del jugador A.

En este juego, de nuevo, si el jugador B tiene la carta idéntica a la del jugador A, debe aceptar la actividad, uniéndose. Entonces, el jugador A recibe ambas cartas, y las coloca en un lado. Entonces, el jugador B empieza una nueva ronda, seleccionando una carta de su propia baraja, y proponiendo unirse a la acción descrita en su carta.

En cambio, si el jugador B no tiene no tiene la carta idéntica, debería denegar la propuesta de participar en la actividad. El jugador A, entonces, realiza la misma propuesta, pero en este caso, dirigiéndose a otro jugador.

Si un ensayo es erróneo, mediante la comparación de cartas, los jugadores deberán concluir que no se ha tratado de un ensayo exitoso y, por tanto, cada jugador deberá añadir su correspondiente carta a su baraja. El jugador B, entonces, está en disposición de empezar una nueva ronda.

ANEXO 12. Cuestionarios CAL cumplimentados

*Este anexo sólo estará disponible en la versión en papel
del presente trabajo.*

ANEXO 13. Test de Vocabulario Boston (Goodglass, 2005) cumplimentado.

*Este anexo sólo estará disponible en la versión en papel
del presente trabajo.*

ANEXO 14. Relación de cartas utilizadas en el juego terapéutico

*Este anexo sólo estará disponible en la versión en papel
del presente trabajo.*