

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria Junio del 2018

**Intervención ecológica basada en la motivación del paciente con afasia:
estudio de un caso clínico**

Autora: Yael Nelea Velasco Collado

Tutora: Dra. María Teresa Daza González

Cotutora: Dra. María del Carmen Martínez Cortés

RESUMEN

El presente trabajo tiene dos grandes apartados: en el primero se realiza una revisión bibliográfica sobre el Daño Cerebral Sobrevenido. Se describen los diferentes tipos de afasia, el modelo de procesamiento psicolingüístico, el impacto que tiene la afasia en la esfera emocional y motivacional del paciente y finalmente se mencionan algunos programas de intervención para personas con afasia; en el segundo apartado, se describe un caso de una paciente de 44 años con afasia mixta de predominio motor a consecuencia de un tumor intraventricular izquierdo y con negativa para asistir al Centro de Neurorehabilitación CerNep de la Universidad de Almería. Se diseñó una intervención orientada a dos objetivos: aumentar el nivel de motivación de la paciente, en cuanto a su participación en las actividades del centro y a incrementar la producción oral de un vocabulario funcional relacionado y no relacionado con una actividad motivadora para ella. El programa tuvo una duración de 7 semanas. En la primera semana se aplicó un cuestionario a la paciente y a un familiar para identificar una actividad motivadora y que pudiera realizarse en entorno natural (desayunar en la cafetería con compañeros). Durante las semanas 2, 3 y 4, en las sesiones individuales, se trabajó con vocabulario relacionado con la actividad motivadora, la cual se realizó 2 veces por semana. Durante las semanas 5, 6 y 7 se utilizó otro vocabulario no relacionado con la actividad motivadora. Se hizo un registro de consecución de las palabras entrenadas y otro sobre las respuestas positivas de la paciente para asistir al centro. Los resultados mostraron un incremento de la participación en las terapias, así como la adquisición y utilización funcional del vocabulario entrenado. Estos resultados sugieren que es fundamental para la eficacia del proceso rehabilitador tener en cuenta los aspectos motivacionales y emocionales del paciente.

Palabras clave: daño cerebral sobrevenido, afasia, neurorehabilitación, motivación, contexto ecológico.

Motivation-based rehabilitation program on ecological contexts for Aphasia: Study of a clinical case

ABSTRACT

This work is formed by two main parts. The first one describes an overview about acquired brain damage, the different types of aphasia, psycholinguistic processing models, the emotional impact of Aphasia and finally, some intervention programs. The second part, focuses on a clinical case of an aphasic client subjected to speech and Neuropsychological therapy in CerNep Neuro-Rehabilitation Center of the University of Almeria. The studied subject was a female patient, aged 44, with mixed non-fluent aphasia as result of a left intraventricular tumor surgery. The client was unmotivated and uncooperative with therapies. A 7 weeks motivation-based intervention program was designed based on two main goals: firstly, to increase the patient's level of participation and commitment with her rehabilitation program and, secondly, to increase her oral production of two vocabulary sets (motivating and neutral). In the first week a motivational interview was carried out with the patient and her caregiver in order to identify a key motivating activity that could be performed in an ecological environment (breakfast in the cafeteria with colleagues). Afterwards, in stage 2 (weeks 2, 3 and 4) vocabulary related with the motivating activity was trained twice a day. In addition, the patient went to the cafeteria twice a week. Afterwards, in stage 3 (weeks 5, 6 and 7, the clothes-related vocabulary set (neutral) was trained. In both stages 2 and 3, two variables were controlled, firstly, the achievement of the words trained and, secondly, her motivation to come to the clinic and her cooperation in therapies. The results showed an increase in motivation about her rehabilitation process, and the achievement of most of the words trained in both stages 2 and 3. These results enhance the importance of motivation as a critical key for effectiveness of the rehabilitation processes.

Key words: Acquired Brain Damage, Aphasia, Neuro-Rehabilitation, Motivation, Ecological context

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN: MARCO TEÓRICO	5
1.1 El Daño Cerebral Sobrevenido: definición, incidencia, prevalencia y fases.....	5
1.2 Alteración del lenguaje como consecuencia del Daño Cerebral Sobrevenido: la afasia...	6
1.2.1 Principales síndromes afásicos.....	7
1.2.2 Aportaciones de la Neuropsicología Cognitiva: modelo de procesamiento psicolingüístico.	8
1.3 Cambios emocionales y conductuales derivados del Daño Cerebral Sobrevenido: importancia de la motivación y de la adherencia terapéutica.....	10
1.4 Programas de Intervención para personas con afasia.	12
2. ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO	14
2.1 Caso MVB: Historia clínica resumida.....	14
2.2 Evaluación neuropsicológica del lenguaje	15
2.2.1 Instrumento de evaluación	15
2.2.2 Resultados	17
2.3 Diseño e implementación de un programa de intervención ecológica basada en la motivación del paciente.....	19
2.3.1 Objetivos	20
2.3.2 Procedimiento	20
2.3.2.1 Fase I: identificación de motivaciones	20
2.3.2.2 Fase II: experimental.....	21
2.3.2.3 Fase III: control.....	22
2.3.3 Resultados y conclusiones.....	23
3. CONCLUSIONES FINALES	26
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
5. ANEXOS.....	31
<i>Anexo 1</i>	31
<i>Anexo 2</i>	32
<i>Anexo 3</i>	33
<i>Anexo 4</i>	35
<i>Anexo 5</i>	38

1. INTRODUCCIÓN: MARCO TEÓRICO

1.1 El Daño Cerebral Sobrevenido: definición, incidencia, prevalencia y fases

El Daño Cerebral Adquirido o Sobrevenido (DCS en adelante), es una alteración súbita que se produce en el cerebro y que ocurre a consecuencia de diferentes patologías, entre las cuales se encuentran: los accidentes cerebrovasculares (ACV), los traumatismos craneoencefálicos (TCE), los tumores cerebrales, las infecciones y la anoxia (Castellanos-Pinedo, Cid-Gala, Duque, Ramírez-Moreno & Zurdo-Hernández, 2012).

Tras sufrir un DCS, la persona puede presentar alteraciones físicas, cognitivas y emocionales. La gravedad de la afectación dependerá de diversas variables, como son la localización de la lesión, la magnitud de las áreas afectadas, la severidad inicial, así como de la influencia de otro tipo de variables indirectas, como pueden ser el nivel sociocultural, la personalidad premórbida, la edad, etc.

Entre los déficits cognitivos que se producen de manera más frecuente se encuentran los problemas de lenguaje, memoria, las dificultades de atención y concentración, los problemas viso-manipulativos y viso-espaciales, y la afectación de las funciones ejecutivas como las habilidades de razonamiento, organización y planificación.

Del mismo modo, tras el DCS pueden aparecer diferentes sintomatologías referentes a la esfera emocional y conductual como la apatía, la irritabilidad e impulsividad, la falta de iniciativa, la escasa tolerancia a la frustración, etc.

Según los últimos datos obtenidos en la “Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia”, viven en España 420.064 personas con DCS y la incidencia anual es 104.701 personas (FEDACE, 2015).

Además, tras sufrir un DCS, el paciente y su entorno atraviesan las siguientes fases:

- Fase crítica: se caracteriza por la estabilización médica y preservación de la vida del afectado/a.
- Fase aguda: en ella se sigue un tratamiento hospitalario, siendo conveniente realizar una rehabilitación a nivel funcional, emocional, cognitiva y conductual

de la persona afectada y el acompañamiento/psicoeducación de los familiares y/o cuidadores.

- Fase subaguda y postaguda: el paciente ya puede ir a su casa, realizar un tratamiento médico ambulatorio y continuar con la rehabilitación si es necesaria.
- Fase crónica: la persona se encuentra neurológicamente estable, sin embargo, en función del grado de afectación puede ser necesario continuar con la rehabilitación neuropsicológica, logopédica, fisioterápica y de terapia ocupacional, según las debilidades y fortalezas del paciente.

1.2 Alteración del lenguaje como consecuencia del Daño Cerebral Sobrevenido: la afasia

Una de las consecuencias del DCS puede ser una pérdida total o parcial de los procesos implicados en el lenguaje, produciéndose dificultades tanto en la comprensión como en la producción en cualquiera de sus formas, oral o escrita; y en cada persona, el lenguaje puede verse afectado de manera diferente. A esta alteración se la conoce con el nombre de afasia (Ardila & Benson, 1996).

Cabe señalar, que dentro del cuadro de afectación de la persona con DCS, la afasia es uno de los déficits cognitivos más devastadores, ya que ocasiona una marcada dificultad en la comunicación, la autoestima, el estado de ánimo, la vida laboral y las relaciones sociales y familiares de la persona que la padece. Algunos pacientes consideran que con la alteración del lenguaje han perdido su identidad personal (Albert, 1998).

Además, la comunicación y el establecimiento de relaciones sociales son fundamentales para los individuos. La persona que tiene afasia puede tener dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), por lo que puede verse afectada su autonomía, experimentar cambios de roles o tener sentimientos de soledad (Simons- Mackie, Threats & Kagan, 2005; Parr, 2007).

1.2.1 Principales síndromes afásicos

En la actualidad, de acuerdo con la clasificación de Jiménez de la Peña (2018), podemos diferenciar entre los siguientes tipos de afasia (ver Tabla 1):

- Afasia de Broca: las personas presentan un habla no fluente, dificultades en la repetición, denominación, lectura y escritura. La comprensión se encuentra relativamente preservada. También se han observado pacientes con una pérdida del lenguaje tal, que les lleva a emplear únicamente vocalizaciones inarticuladas, además de estereotipias del tipo /ta/, /ta/, /elo/, /elo/, etc. Un rasgo característico de esta afasia es el agramatismo, donde el habla proposicional se encuentra afectada al verse formada básicamente por palabras de contenido, como pueden ser los nombres y verbos principales, e insuficientes palabras de función. Además, suele ser bastante frecuente que estos pacientes también presenten hemiparesia.
- Afasia global: se considera una de las formas más graves de afasia, ya que afecta a todas las modalidades del lenguaje; siendo también bastante frecuente la presencia de hemiplejía, hemianopsia y habla no fluente.
- Afasia transcortical mixta: al igual que en la afasia global, se encuentran alteradas todas las modalidades del lenguaje y presentan hemiparesia en miembro inferior y habla no fluente.
- Afasia de Wernicke: las personas que la padecen presentan un lenguaje fluente aunque con manifestaciones de parafasias fonológicas y semánticas, una comprensión oral anormal, dificultad a la hora de repetir palabras y frases, la denominación es defectuosa al igual que la lectura y la escritura. Su lenguaje es jergafásico (o ininteligible), ya que está formado por un conjunto de transformaciones verbales que desembocan en un habla que resulta difícil de comprender. También es frecuente que estos pacientes presenten apraxia, agrafía y cuadrantapnosia.
- Afasia de conducción: las personas presentan un lenguaje fluente, dificultades en la repetición, escritura y denominación, mientras que la comprensión y la lectura se encuentran preservadas. Al igual que en el caso anterior, tienen apraxia, agrafía y cuadrantapnosia.

Tabla 1. Principales características de los distintos tipos de síndromes afásicos.

	Afasia de Broca	Afasia Global	Afasia de Wernicke	Afasia de conducción
Fluencia del habla	Habla no fluente	Habla no fluente	Habla fluente	Habla fluente
Comprensión	Relativamente preservada	Alterada	Alterada	Preservada
Denominación	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada
Lectura	Alterada	Alterada	Alterada	Preservada
Escritura	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada
Otras alteraciones frecuentes	Hemiparesia	Hemiparesia Hemianopsia	Apraxia Agrafía Cuadrantapnosia	Apraxia Agrafía Cuadrantapnosia

1.2.2 Aportaciones de la Neuropsicología Cognitiva: modelo de procesamiento psicolingüístico.

Conocer el tipo de afasia que tiene un paciente, de acuerdo con los descritos anteriormente por Jiménez de la Peña (2018), no es suficiente para poder realizar un programa de intervención concreto para esa persona, ya que el paciente puede presentar muchos síntomas diferentes que no se correspondan con el tipo de afasia que tiene. Por este motivo, se suele decir que hay tantos tipos de afasia como pacientes (Cuetos, 2004).

Por esta razón, la evaluación del lenguaje en estos pacientes desde la aproximación de la neuropsicología cognitiva no pretende localizar las zona cerebral que se encuentra dañada y/o buscar una etiqueta diagnóstica o síndrome afásico, sino que trata de dar una explicación a los problemas del lenguaje que presenta el paciente analizando los procesos (Benedet, 2002).

Además, un aspecto fundamental para la elaboración de un buen programa de rehabilitación es conseguir un conocimiento detallado de todos los procesos psicolingüísticos que se han alterado en el paciente como consecuencia del DCS.

En este sentido, el modelo de procesamiento lingüístico de Patterson & Shewell (1987), describe mecanismos que nos permiten percibir, comprender y producir el

lenguaje, tanto de manera oral como escrita. En otras palabras, nos permite conocer cómo funciona el sistema de procesamiento lingüístico en condiciones normales (ver Figura 1).

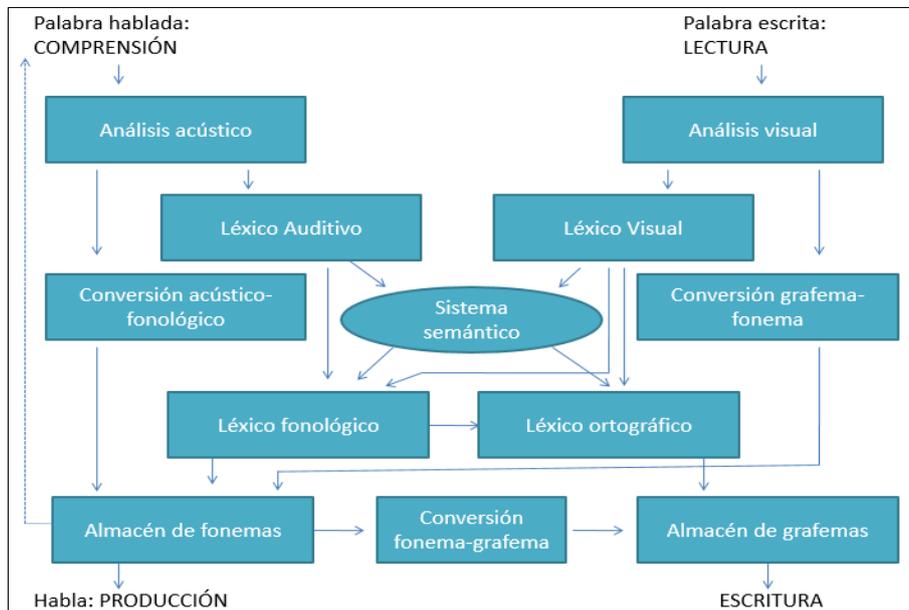


Figura 1. Adaptación de Withworth, Webster & Howard (2005) del Modelo de logogen de Reconocimiento y comprensión de palabras de Patterson & Shewell (1987).

De acuerdo con este modelo, en lo referente a la comprensión oral, los componentes de procesamiento que intervienen serían los siguientes:

1. Análisis acústico: hace referencia a la capacidad de una persona para identificar los fonemas, por lo tanto, si este mecanismo está dañado, la persona no podrá entender el lenguaje oral y tendrá sordera verbal pura.
2. Léxico auditivo: cuando el paciente identifica los fonemas, pero tiene dañado el léxico auditivo, no podrá reconocer las palabras y presentará sordera específica para las palabras.
3. Sistema semántico: cuando la persona reconoce las palabras, pero no entiende su significado, tiene dañado su sistema semántico y presentará agnosia semántica.
4. Conversión acústico- fonológico: Si hay un daño aquí, la persona no puede repetir pseudopalabras, es decir palabras que no existen y tendrá agnosia fonológica.

En lo referente a la producción oral:

1. Sistema semántico: cuando hay un daño en el sistema semántico se produce la anomia semántica, ya que este sistema es el que se encarga del acceso al significado.
2. Léxico fonológico: cuando hay alteraciones fonológicas, se ve afectada el habla espontánea, la repetición y la lectura y se produce anomia fonológica.
3. Almacén de fonemas: almacén de memoria a corto plazo en el que se encuentran activos los fonemas de la palabra dispuestos para ser articulados

En lo referente a la lectura:

1. Análisis visual: en los casos en los que los pacientes tienen que identificar letra a letra para reconocer la palabra se habla de alexia pura.
2. Conversión grafema-fonema: cuando no leen las palabras desconocidas o las pseudopalabras presentan dislexia fonológica
3. Léxico visual: cuando los pacientes leen sólo las palabras conocidas por ellos y son incapaces de leer las palabras irregulares presentan dislexia superficial.
4. Si se daña completamente el mecanismo de conversión grafema- fonema y parcialmente el sistema semántico presentará dislexia profunda.

Respecto a la escritura:

1. Conversión grafema- fonema: cuando la persona no puede escribir al dictado las palabras desconocidas y pseudopalabras por una lesión en este mecanismo la persona presentará disgrafía fonológica.
2. Léxico ortográfico: si comete fallos ortográficos, presentará disgrafía superficial.
3. Si la lesión afecta completamente al sistema de conversión fonema- grafema y parcialmente al sistema semántico presentará disgrafía profunda.
4. Almacén de grafemas: almacén de memoria a corto plazo en el que se encuentran activas las formas de las letras.

1.3 Cambios emocionales y conductuales derivados del Daño Cerebral Sobrevenido: importancia de la motivación y de la adherencia terapéutica

Como se dijo anteriormente, tras sufrir una lesión cerebral, las personas pueden experimentar cambios en su personalidad y diversas alteraciones conductuales y emocionales, como son las alteraciones frecuentes de humor, la apatía, la irritabilidad, la

agresividad, la falta de juicio social, los problemas motivaciones, la euforia, la desinhibición, el infantilismo, la falta de iniciativa y de espontaneidad. También pueden producirse problemas de ansiedad y depresión, siendo ambas muy frecuentes tras el DCS (Hackett & Anderson, 2005).

Los cambios emocionales y conductuales pueden deberse, por un lado, a la lesión neurológica, ya que pueden verse afectadas numerosas estructuras encargadas de regular la conducta emocional y social, y por otro lado, a los factores psicológicos relacionados con las actitudes hacia la discapacidad y los problemas de adaptación a la nueva situación.

En muchas ocasiones los pacientes no saben reconocer los déficits y tampoco pueden, ni tienen, las herramientas para modificar su conducta, ya que las demandas de la situación son superiores a los recursos cognitivos que poseen en ese momento. En la nueva situación de dependencia, pueden inhibirse al no conseguir un manejo adecuado de la situación o frustrarse y mostrarse agresivos e irritables por no poder realizar con éxito las tareas que realizaban habitualmente.

En el ámbito terapéutico, considerar la motivación que tiene una persona supone tener en cuenta aquellas variables que repercuten sobre el inicio, la dirección, la intensidad y la persistencia de la conducta; se trata de variables que desde una perspectiva socio-cognitiva, giran en torno a tres componentes: componente de expectativa, relacionado con la pregunta ¿puedo hacer esta tarea?; componente de valor, relacionado con la cuestión ¿por qué hago esta tarea?; y componente afectivo asociado a la pregunta ¿cómo me siento? (Pintrich & De Groot, 1990; Byrnes, 1998; Harter, 1999; Paris, Byrnes & Paris, 2001).

Otro aspecto a tener en cuenta en la rehabilitación de personas con DCS, es la adherencia terapéutica, es decir, el grado de implicación del paciente en la terapia, ya que existen diversas condiciones que hacen que no se consiga dicha adherencia. Entre estas condiciones, encontramos la duración de los tratamientos largos y complejos, la falta de apoyo social en el cumplimiento de la terapia, la conciencia de la enfermedad del paciente y la percepción de la gravedad de su propia patología, las consideraciones de carácter cultural acerca de la poca utilidad de la medicina moderna, la creencia del paciente de que su comportamiento no influye en su salud, la mala comunicación entre terapeuta-paciente (Brannon & Feist, 2001). Por lo tanto, todos estos factores hay que tenerlos en cuenta a la hora de realizar una intervención terapéutica.

Así mismo, es de gran importancia realizar actividades funcionales y motivadoras para conseguir dicha adherencia terapéutica. Martínez- Zarzuela & cols. (2013) llevaron a cabo un programa de intervención basado en la realidad virtual para la rehabilitación de funciones cognitivas, físicas y de adaptación social en personas con DCS, y hallaron que, en actividades de la vida diaria, como hacer la compra, las personas obtenían mejores resultados en comparación con programas basados en estrategias de entrenamiento mediante ejercicios convencionales. Además, encontraron que los participantes estaban más motivados, tenían un mayor afán de superación (o motivación de logro) y consiguieron generalizar la tarea en su vida de una manera más rápida.

1.4 Programas de Intervención para personas con afasia.

Brady, Kelly & Enderby en su revisión de 2012 señalan que el objetivo principal de la rehabilitación en pacientes con afasia deber ser maximizar la comunicación en las interacciones de la vida diaria. Para ello, es necesario establecer los objetivos de tratamiento teniendo en cuenta el contexto del paciente y de su familia, las demandas del entorno y la recuperación del lenguaje (Hersh, Worrall, Howe, Sherratt, & Davidson, 2012).

En cuanto al tipo de intervenciones que se utilizan en pacientes con afasia, actualmente existen numerosos programas estandarizados, sin embargo, la mayoría no están hechos en España. La mayoría de estos programas están destinados a tratar los problemas de comunicación del paciente, son funcionales, ecológicos y flexibles y están centrados en la intervención en los interlocutores cercanos. El terapeuta debe ser un agente facilitador de comunicación, en el que, por un lado, identifique conductas contraproducentes y por otro lado conductas facilitadoras que se dan durante la comunicación.

Un ejemplo de un programa de entrenamiento en conversación es el *Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation* (SPPARC), desarrollado por Lock, Wilkinson & Bryan (2001). El objetivo de este programa es ofrecer estrategias a las parejas de las personas con afasia para adaptarse a la nueva situación. En dicho programa se analiza cómo se comunica la persona con afasia con su

pareja, y posteriormente se desarrollan de manera conjunta formas de interactuar eficaces para ambos.

Otro programa de entrenamiento conversacional para que la persona con afasia se comunique con su pareja, es el *Conversation Coaching* (Hopper, Holland, & Rewega, 2002). En este caso el terapeuta ofrece herramientas al paciente y a su pareja, para que puedan comunicarse. Así, en una primera fase se identifican las estrategias de comunicación efectivas que cada uno tiene y después se crea una situación de comunicación para ponerlas en marcha.

Igualmente, un programa de intervención funcional es el *Promotin Aphasic Communicative Effectiveness* (PACE), fue creado por Davis & Wilcox (1985) y revisado posteriormente por Davis (2005). En este programa durante las sesiones se describen, utilizando libremente el medio de comunicación deseado, diferentes tarjetas (objetos cotidianos, palabras y secuencias). También se expone al paciente a situaciones reales de comunicación y se da mucha importancia a los aspectos pragmáticos (sostener la mirada, el turno de palabra, etc.).

Otro de los programas utilizados actualmente es el *Talking Mats* (Murphu & Boa, 2012), en el que el terapeuta ayuda al paciente a expresar ideas, a tomar decisiones y a participar activamente en la fijación de objetivos funcionales en la terapia, a la vez que le proporciona una retroalimentación visual instantánea.

Por último, otro ejemplo de un programa más especialmente ecológico es el de “Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia” (REGIA) (Berthier, 2013), se trata de la adaptación española de la *Constraint-Induced Aphasia Therapy* (CIAT). Este programa parte de la premisa de que la intensidad y la focalización de la terapia dan lugar a un incremento de la plasticidad neuronal. Se lleva a cabo de manera grupal, ya que participan dos o tres pacientes con la asistencia de un terapeuta y un co-terapeuta (de manera opcional). Este programa tiene formato de juego lingüístico en el que los pacientes se intercambian y emparejan tarjetas relacionadas con vocabulario de la vida cotidiana (números, colores, adjetivos, verbos, etc.). Se aplica de manera intensiva, en sesiones de 3 horas diarias durante 10 días consecutivos y tiene como objetivo la estimulación del lenguaje oral y la restricción de otras modalidades compensatorias de comunicación. En relación con el perfil de los participantes y para que la terapia sea efectiva, el grupo debe ser lo más homogéneo posible, atendiendo a la severidad, características de su lenguaje y tiempo de evolución.

En definitiva, los programas descritos anteriormente, aunque son ecológicos, flexibles y centrados en vocabulario de la vida diaria, en algunas ocasiones no tienen en cuenta las motivaciones e intereses de los pacientes. En la mayoría de los casos, se emplean palabras y conceptos generales que no resultan útiles para la terapia, pues no siempre se adaptan a las necesidades y motivaciones reales de los pacientes.

En la siguiente parte del presente trabajo se presentará una descripción de un caso clínico de afasia, para el cual se diseñó e implementó un programa específico de rehabilitación orientado a incentivar el interés y la participación activa en la terapia, empleando un vocabulario específico y adaptado a las necesidades y motivaciones de la paciente.

2 ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO

2.1 Caso MVB: Historia clínica resumida

Se trata de una mujer de 44 años de edad que fue intervenida a los 38 años de un meningioma intraventricular de atrio izquierdo. Dos meses después de la intervención se le realizó craniectomía por edema cerebral, y un mes después se procedió a la recolocación de la calota. Tras la intervención se observó hemiplejía derecha y afasia mixta de predominio motor, por lo que comenzó con tratamiento de fisioterapia y logopedia dos veces por semana.

Dos años después de la primera intervención comenzó con crisis comiciales, por lo que se le realizó una Resonancia Magnética (RNM) y se observó una imagen quística en fosa media. Nuevamente se le hizo una craneotomía para exeresis de fenestración de cavidad porencefálica con colocación de válvula.

Un año después comenzó con crisis en miembro superior derecho, en RNM se observaron 4 grandes cavidades líquidas intraparenquimatosas tabicadas. Una de las cavidades quísticas, a nivel temporal, se vio aumentada de manera considerable provocando un desplazamiento de línea media unos 8 mm a nivel del tercer ventrículo. La arteria cerebral media estaba desplazada. Se observó un desplazamiento del pedúnculo cerebral izquierdo y borramiento de la cisterna perimesencefálica con herniación transtentorial. También se vio un aumento de la colección más posterior a nivel occipital.

Por lo tanto, un mes después se le realizó una nueva intervención para fenestración de cavidad porencefálica y colocación en la zona de la válvula programable. En los TAC posteriores se apreció una restitución de la línea media y la completa reabsorción del hematoma (ver en *Anexo I* el glosario de términos médicos nombrados anteriormente).

Después de 6 años de su primera intervención, comenzó a acudir a la Unidad de Estancia Diurna CerNep que se encuentra situada en la Universidad de Almería. En este centro comenzó un programa de intervención transdisciplinar, en el que se realizaban diversos talleres como el de memoria, respiración, relajación, huerto ecológico y música. También recibía 2 veces por semana sesiones individuales de 45 minutos de neuropsicología y 30 minutos de logopedia y fisioterapia.

Se trataba de una persona dependiente, que necesitaba apoyo y supervisión constante para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Utilizaba la silla de ruedas para su desplazamiento. La familia refirió que la paciente tenía una desgana generalizada e inestabilidad emocional que hacía que no participara en algunas de las actividades que se le proponían.

2.2 Evaluación neuropsicológica del lenguaje

2.2.1 Instrumento de evaluación

Para realizar una evaluación completa de su lenguaje se empleó la Batería de Evaluación y Tratamiento de la Afasia (BETA) de Cuetos y González Nosti (2009).

Se utilizó la BETA porque es una herramienta de evaluación basada en los modelos actuales de procesamiento lingüístico, en la que se pueden explorar cómo se encuentran todos los procesos que intervienen en el lenguaje en todas sus modalidades tanto oral como escrita, y tanto en comprensión como en producción.

La batería está formada por 30 pruebas, agrupadas en 6 bloques de 5 pruebas cada uno. Los bloques son:

1. Comprensión oral: se evalúa a través de las siguientes tareas:
 - Discriminación de fonemas
 - Decisión léxica auditiva
 - Emparejamiento palabra-dibujo

- Repetición de palabras
 - Repetición de pseudopalabras
2. Producción oral: se evalúa a través de las siguientes tareas:
- Denominación de dibujos de objetos
 - Denominación de dibujos de acciones
 - Denominación de personajes famosos
 - Nombrar a definiciones
 - Fluidez verbal
3. Lectura: se evalúa a través de las siguientes tareas:
- Nombramiento de letras
 - Decisión léxica visual
 - Emparejamiento palabra dibujo
 - Lectura de palabras de alta y baja frecuencia
 - Lectura de pseudopalabras
4. Escritura: se evalúa a través de las siguientes tareas:
- Señalar la letra
 - Denominación escrita de objetos
 - Copia de mayúscula a minúscula
 - Dictado de palabras ortografía arbitraria
 - Dictado de pseudopalabras
5. Semántica: se evalúa a través de las siguientes tareas:
- Asociación semántica
 - Asociación objeto-acción
 - Emparejamiento definición-palabra
 - Emparejamiento de sinónimos
 - Señalar el diferente
6. Oraciones: se evalúa a través de las siguientes tareas:
- Emparejamiento oración hablada-dibujo
 - Emparejamiento oración escrita-dibujo
 - Comprensión de frases
 - Prueba de dígitos
 - Descripción de una lámina

2.2.2 Resultados

Tal y como se muestra en la Tabla 2, los resultados obtenidos por la paciente en la batería BETA muestran que la comprensión verbal estaba relativamente preservada. La paciente era capaz de identificar sonidos y palabras, y accedió sin dificultad a su significado, por lo que su sistema semántico se encontraba preservado. Sin embargo, cuando se le decían frases largas comenzaban los problemas de comprensión. Tuvo dificultades para repetir palabras conocidas, pseudopalabras y frases.

Presentó muchas dificultades a nivel de producción del lenguaje oral, ya que las únicas palabras que era capaz de producir se limitaban a “hola” y “Marina”. No denominó objetos ni acciones, y su fluidez verbal estaba alterada.

Se observaron dificultades en la lectura y escritura. Su léxico visual estaba preservado, ya que fue capaz de leer palabras conocidas por ella, sin embargo no fue capaz de leer palabras no conocidas o pseudopalabras. En la escritura tuvo dificultades para copiar, escribir al dictado y escribir su nombre.

Tabla 2 Resultados de la evaluación del lenguaje con la BETA

L E N G U A J E	BETA	Tarea		
	Comprensión oral.	1) Discriminación de fonemas.	29/30	Normal
		2) Decisión léxico auditiva.	29/32	Normal
		3) Emparejamiento palabra hablada- dibujo.	29/30	Normal
		4) Repetición de palabras.	1/32	Alterado
		5) Repetición de pseudopalabras.	0/30	Alterado
	Producción oral.	6) Denominación de objetos.	0/30	Alterado
		7) Denominación de acciones.	0/30	Alterado
		8) Nombrar definiciones.	0/30	Alterado
		9) Fluidez verbal.	0	Alterado
		10) Fluidez verbal de nombres de personas.	0	Alterado
	Lectura.	11) Nombrado de letras.	0/20	Alterado
		12) Decisión léxica visual.	0/32	Alterado
		13) Lectura de palabras.	0/32	Alterado
14) Lectura de pseudopalabras.		0/30	Alterado	

		15) Emparejamiento palabra escrita- dibujo.	29/30	Normal
Escritura.		16) Señalar la letra.	9/20	Alterado
		17) Copia de mayúscula a minúscula.	1/8	Alterado
		18) Denominación escrita de dibujos.	0/10	Alterado
		19) Dictado de palabras.	0/10	Alterado
		20) Dictado de pseudopalabras.	0/10	Alterado
	Semántica.		21) Asociación semántica.	29/30
		22) Asociación objeto- acción.	29/30	Normal
		23) Emparejamiento definición- palabra.	19/30	Alterado
		24) Emparejamiento de sinónimos.	0/30	Alterado
		25) Señalar el diferente.	2/30	Alterado
Oraciones.		26) Emparejamiento oración hablada- dibujo	8/20	Alterado
		27) Emparejamiento oración escrita- dibujo.	0/20	Alterado
		28) Juicios de gramaticalidad.	29/40	Alterado
		29) Prueba de dígitos.	0	Alterado
		30) Descripción de una lámina.	0	Alterado

En la Figura 2 se pueden observar los componentes del modelo de procesamiento psicolingüístico de Withworth et al., (2005) que se mostraron preservados y alterados.

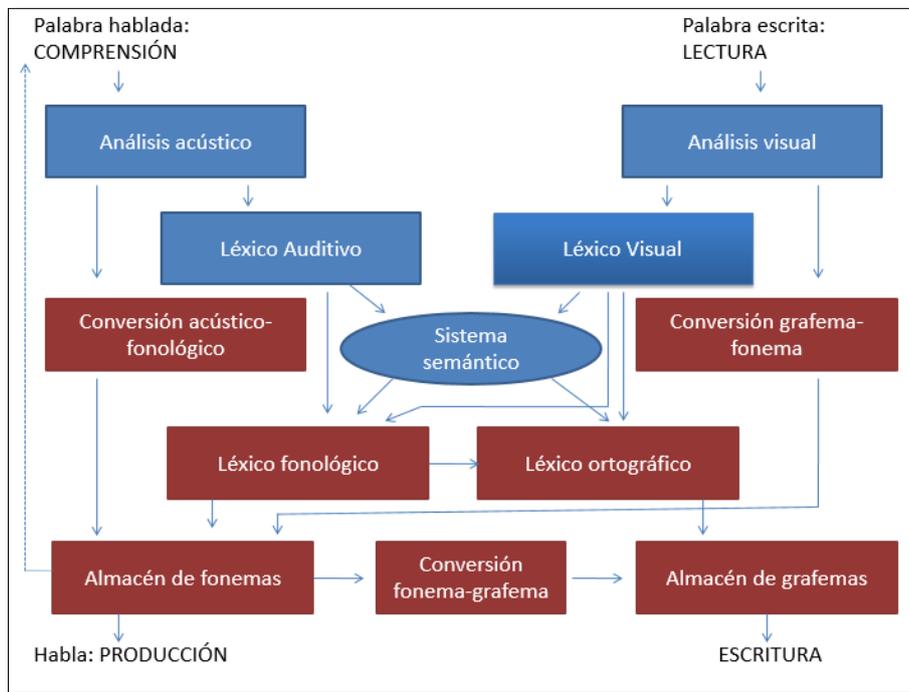


Figura 2. Componentes del modelo de Withworth et al., (2005) que se mostraron alterados (rojo) y preservados (azul) en la paciente MVB según los resultados obtenidos con la batería BETA.

2.3 Diseño e implementación de un programa de intervención ecológica basada en la motivación del paciente

Además de las importantes alteraciones del lenguaje que presentaba la paciente, tenía problemas relacionados con la esfera motivacional y emocional; se encontraba muy desmotivada y no mostraba ninguna actitud positiva ante la realización de las actividades que se le proponían en el centro. Fue precisamente este hecho lo que llevó al diseño de una intervención específica para esta paciente, cuyos objetivos se describen a continuación.

2.3.1 Objetivos

Objetivos generales:

1. Aumentar el nivel de motivación de la paciente.
2. Fomentar la autonomía en actividades motivadoras para ella.
3. Mejorar la producción del lenguaje oral.

Objetivos específicos:

1. Realizar diariamente una actividad funcional y “motivadora” para la paciente.
2. Crear una rutina específica que incluya la actividad motivadora.
3. Ir incrementando el nivel de autonomía en la actividad “motivadora”
4. Aumentar la producción oral de un vocabulario funcional relacionado con la actividad motivadora.
5. Aumentar la producción oral de otras palabras funcionales (no relacionadas con la actividad motivadora).

2.3.2 Procedimiento

El programa de intervención tuvo una duración de 7 semanas, divididas en las siguientes 3 fases.

2.3.2.1 Fase I: identificación de motivaciones

Esta fase tuvo una duración de 1 semana (semana 1), en ella se emplearon dos estrategias centradas en la motivación: en primer lugar, se administró un cuestionario a la paciente y a su marido (cuidador principal) sobre sus intereses y motivaciones actuales (ver Anexo 2). En segundo lugar, se comenzó a realizar un registro diario de las respuestas positivas y negativas por parte de la paciente para asistir al centro (ver Anexo 3), entendiéndose como respuesta positiva el querer acudir al centro y negativa, lo contrario.

En función de los resultados del cuestionario, se seleccionó una actividad motivadora para la paciente, la cual podía además realizarse en su contexto natural durante sus horas de estancia en el centro: asistir a la cafetería con sus compañeros y terapeutas para desayunar.

2.3.2.2 Fase II: experimental

Esta fase tuvo una duración de 3 semanas (semanas 2, 3 y 4). Se trata de la fase de intervención transdisciplinar (logopedia y neuropsicología) sobre dos áreas principales: la motivación y el lenguaje.

Se realizó de lunes a viernes en sesión individual de 15 minutos de logopedia y 15 de neuropsicología. En ambas sesiones diarias, las palabras entrenadas se dividieron en palabras adquiridas como “hola”; palabras que solo podía producir con ayuda fonológica, como “adiós”, “sí” y “no”; y palabras sin adquirir relacionadas con la actividad motivadora para la usuaria. Las palabras trabajadas fueron el desayuno preferido de ella: “café”, “tostada”, “tomate”, “azúcar” y “sal”. Se realizó un registro diario sobre la consecución de las palabras trabajadas (ver Anexo 4).

En esta fase se utilizó el siguiente material de elaboración propia (ver Figura 3), en el que aparecen fotos de imágenes reales y palabras escritas.

FASE II -EXPERIMENTAL- VOCABULARIO CAFETERÍA					
	CAFÉ	TOSTADA	TOMATE	AZÚCAR	SAL

Figura 3. Fotos de imágenes reales y palabras escritas de la fase II

Durante esta fase, se acudió a desayunar a una cafetería (contexto ecológico) con una frecuencia de dos veces por semana (martes y jueves de 10:00 a 11:00 horas), con dos objetivos: en primer lugar, favorecer un nivel de motivación elevado en la paciente y en segundo, fomentar el uso funcional de las palabras entrenadas. El día anterior a salir se le decía a la usuaria: “El martes/jueves que viene vamos a desayunar a la cafetería. Vamos a practicar las palabras para que pidas tu desayuno”. Durante el desayuno se realizó un video-registro (ver Anexo 5) para registrar en la cafetería la adquisición de palabras.

Durante estas 3 semanas se continuó realizando el registro diario de las respuestas positivas y negativas por parte de la paciente para asistir al centro (ver Anexo 3).

2.3.2.3 Fase III: control

Esta fase de control tuvo una duración de 3 semanas (semanas 5, 6 y 7), en las que se trabajó de lunes a viernes en una sesión individual de 15 minutos de logopedia y 15 de neuropsicología. En todas las sesiones de esta fase se entrenaron palabras relacionadas con otra categoría semántica, en este caso aunque de la misma manera que en la fase anterior, fueron palabras funcionales para la paciente, éstas eran de carácter neutral con respecto a la actividad motivadora (prendas de vestir).

Las palabras que se entrenaron fueron equivalentes en longitud y complejidad fonética a las de la cafetería y estas palabras son gorro, vestido, zapato, anillo y chal. Se realizó un registro diario sobre la consecución de las palabras trabajadas (ver Anexo 4).

En esta fase se utilizó el siguiente material de elaboración propia (ver Figura 4) en el que aparecen fotos de imágenes reales y palabras escritas.

FASE III -CONTROL- VOCABULARIO NEUTRO					
	GORRO	VESTIDO	ZAPATO	ANILLO	CHAL

Figura 4. Fotos de imágenes reales y palabras escritas de la fase III

En esta fase se continuó reforzando las palabras de la fase II y se siguió yendo a la cafetería 1 vez por semana, con objetivo de mantener la motivación y adherencia terapéutica.

Durante estas 3 semanas se continuó realizando el registro diario de las respuestas positivas y negativas por parte de la paciente para asistir al centro (ver Anexo 3).

2.3.3 Resultados y conclusiones

Tras el desarrollo de las tres fases, se obtuvieron datos referentes al nivel de motivación de la paciente por acudir al centro y realizar las diferentes actividades, y sobre sus avances en cuanto a la producción del vocabulario entrenado.

A continuación, se presentan los datos obtenidos en las diferentes fases:

En la fase I, tras administrar el cuestionario a la usuaria y a su marido sobre los intereses y motivaciones actuales de la usuaria (ver Anexo 2), se observó la importancia que la usuaria le daba a realizar actividades sociales, por lo tanto, ante la propuesta de ir a la cafetería con las terapeutas y algunos compañeros presentó una actitud muy receptiva y positiva.

En la fase II, atendiendo al aprendizaje del vocabulario funcional (“hola”, “adiós”, “sí” y “no”), se observó que la paciente ya era capaz de producir una de las palabras (“hola”) sin ayudas fonológicas al comenzar la fase (línea base), y al finalizarla adquirió las otras 3 palabras entrenadas (ver Figura 5).

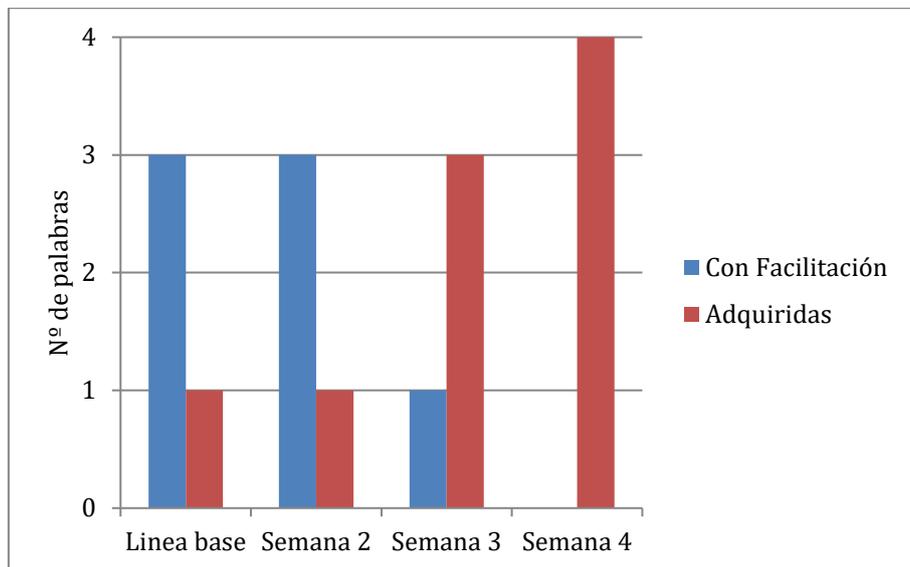


Figura 5. Fase II. Adquisición del vocabulario funcional (HOLA, ADIOS, SI, NO)

Con respecto al aprendizaje de las palabras relacionadas con la actividad motivadora, se observa que la paciente en la línea base tenía 4 palabras sin adquirir, solo era capaz de producir una palabra con facilitación fonológica (“café”). Al finalizar la semana 4, se observa que adquirió todas las palabras entrenadas en la Fase II Experimental (ver Figura 6).

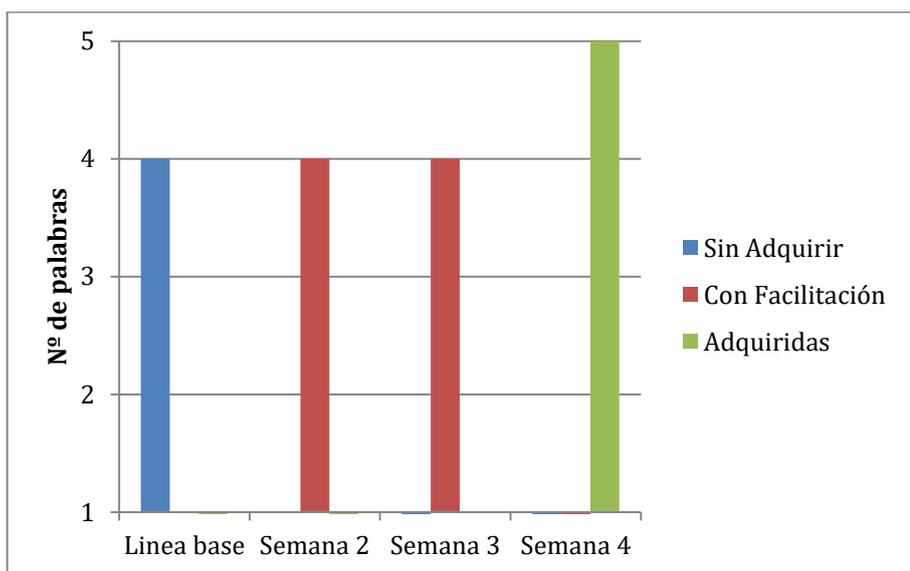


Figura 6. Fase II. Adquisición del vocabulario relacionado con la actividad motivadora (TOSTADA, TOMATE, CAFÉ, AZÚCAR, SAL).

En la fase III, con respecto al vocabulario funcional, se observa que la paciente mantenía todas las palabras adquiridas en la fase II (“hola”, “adiós”, “si” y “no”).

Con respecto a las palabras relacionadas con otra categoría semántica (prendas de vestir), se observa que en la línea base la paciente no era capaz de producir ninguna de las palabras seleccionadas, y al finalizar la semana 7 ya era capaz de producir 4/5 palabras entrenadas en la Fase III Control (ver Figura 7).

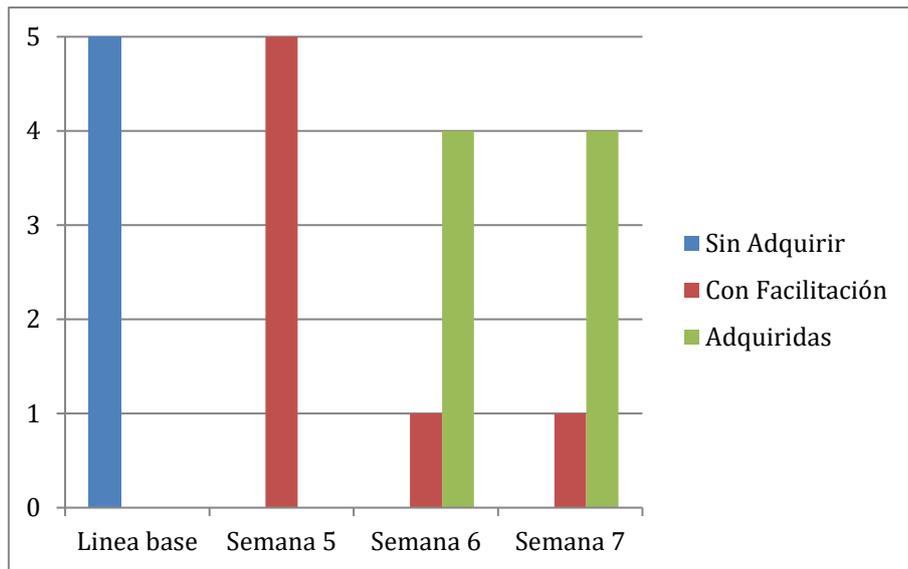


Figura 7. Fase III. Adquisición del vocabulario no relacionado con la actividad motivadora (GORRO, VESTIDO, ANILLO, ZAPATO, CHAL)

Los resultados del registro diario de las respuestas positivas y negativas por acudir al centro, muestran que las respuestas positivas por parte de la paciente para asistir al centro fueron incrementando a medida que avanzan las fases de la intervención, llegando a querer venir al centro todos los días a partir de la semana 4 (ver Figura 8).

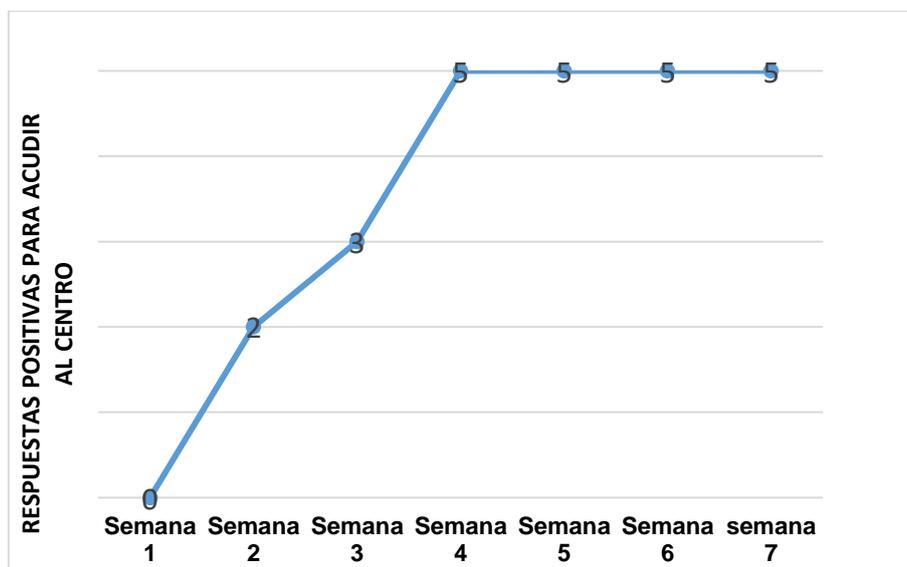


Figura 8. Resultados del registro diario de respuesta positivas para asistir al centro durante las 7 semanas.

A modo de resumen, es importante señalar que en la Fase I la paciente mostró una actitud muy positiva a la hora de realizar la tarea motivadora (ir a la cafetería).

Durante la fase II también mostró una actitud muy favorable ante la terapia; y las sesiones de entrenamiento individual resultaron efectivas para que la paciente pudiera adquirir todas las palabras relacionadas con la actividad motivadora, en este caso ir a la cafetería. También se consiguió el uso del saludo de manera funcional y la mejora de la autonomía, ya que era ella la que pedía oralmente y pagaba su desayuno.

En la fase III, se observó una mejora de la producción oral, ya que adquirió 4 palabras de las 5 trabajadas. Además, a nivel motivacional, en las sesiones individuales de neuropsicología y logopedia tuvo una actitud muy positiva y colaboradora, por lo tanto, los datos sugieren que la alta motivación conseguida en fase II pudo repercutir positivamente en el aprendizaje de las palabras de la fase III.

Se observó que en ambas fases (II y III) se consiguió una alta producción de palabras, y que la fase II resultó fundamental para aumentar la motivación de la paciente por acudir a las terapias. En la fase III se mantuvo esta motivación, por lo que también pudo repercutir en la adquisición de las palabras.

Los datos sugieren que para trabajar con personas con afasia es más efectivo un trabajo diario e intensivo a un trabajo espaciado en el tiempo.

3 CONCLUSIONES FINALES

Para finalizar, me gustaría decir algunas conclusiones a las que he llegado tras la elaboración del trabajo.

En la intervención de pacientes con afasia, es de gran importancia partir de un marco de funcionamiento y realizar un análisis de las capacidades y limitaciones de la persona, incluyendo el entorno y la realidad social en el que se desenvuelve, ya que puede ayudar al entendimiento de la situación real del paciente y, con ello, a lograr una consecución de objetivos encaminados al aumento de la participación comunicativa del paciente. Por lo tanto, tal y como dicen los autores Brady, Kelly y Enderby (2012), es de gran importancia darle un enfoque funcional a la terapia ya que el objetivo principal de la rehabilitación es maximizar la comunicación en las interacciones de la vida diaria.

Entre los programas de intervención disponibles, hay diversos diseñados especialmente para pacientes con afasia que presentan unas características concretas. Al ser programas tan específicos, no pueden utilizarse con muchos de los pacientes, debido

a la variabilidad de su sintomatología. Por lo tanto, he comprobado que, a pesar de que la bibliografía nos ofrece numerosos programas de tratamiento, en la práctica no son aplicables en muchos de los casos.

Un aspecto a tener en cuenta, es que el neuropsicólogo no debe considerarse un profesional aislado, sino parte de un equipo de trabajo transdisciplinar, en el que cada profesional aporta sus conocimientos y se crean objetivos comunes de intervención, centrados en la persona que padece el DCS. Los objetivos planteados son elaborados conjuntamente tanto por el terapeuta como por el paciente, en definitiva lo que se pretende es que el paciente tenga un papel activo en su rehabilitación.

En muchas ocasiones, cuando se trabaja con pacientes crónicos, los avances no son rápidos ni visibles, por lo que es muy importante establecer objetivos concretos y medibles, para que poco a poco se vayan consiguiendo y que, tanto el paciente como su entorno, noten los progresos y no pierdan el interés en la terapia.

Otro aspecto a tener en cuenta es el vínculo de confianza que se debe crear entre el terapeuta- paciente, ya que es de suma importancia para que los avances de la terapia sean mayores.

Para concluir, los resultados de este trabajo sugieren que las estrategias de intervención en pacientes con afasia que tienen en cuenta los aspectos emocionales y motivaciones, pueden ser fundamentales para la eficacia del proceso rehabilitador.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, M.L. (1998). Treatment of Aphasia. *Arch Neurol.* 55(11), 1417–1419. doi:10.1001/archneur.55.11.1417.
- Benedet, M.J. (2002). *Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva*. En 216-261. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Benson, D.F. & Ardila, A. (1996). *Aphasia: a clinical perspective*. New York: Oxford University Press.
- Berthier, M. L., Green Heredia, C., Juárez Ruiz de Mier, R., Lara, J. P. & Pulvermüller, F. (2013). *REGIA Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia*. Madrid: TEA Ediciones.
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., & Enderby, P. (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Systematic Review*, 5(22), 420-425. doi:10.1002/14651858
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Byrnes, J. P. (1998). *The nature and development of decisionmaking: A self-regulation perspective*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Castellanos-Pinedo F., Cid-Gala M., Duque P., Ramírez-Moreno J.M. & Zurdo-Hernández J.M. (2012). Daño cerebral sobrevenido: propuesta de definición, criterios diagnósticos y clasificación. *Rev Neurol.* 54:357–66.
- Cuetos, F. (2004). *Evaluación y Rehabilitación de las afasias: aproximación cognitiva*. Madrid: Médica Panamericana.
- Cuetos, F., & González-Nosti, M. (2009). *BETA: Batería para la Evaluación de los Trastornos Afásicos*. Madrid: EOS.
- Davis, G. A. (2005). PACE revisited. *Aphasiology*, 19(1), 21-38. Doi:10.1080/02687030444000598.
- Davis, G. A., & Wilcox, M. J. (1985). *Adult aphasia rehabilitation: Applied pragmatics*. London, U.K.: College-Hill Press.
- Federación Española de Daño Cerebral, FEDACE. (2015). El DCA en cifras. Madrid: Una vida salvada merece ser vivida. Recuperado de: https://fedace.org/epidemiologia_dano_cerebral.html
- Hackett M.L. & Anderson C.S. (2005). Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke.* 36, 296-301.

- Harter, J. (1999). *The construction of self*. New Cork: Guilford Press.
- Hersh, D., Worrall, L., Howe, T., Sherratt, S., & Davidson, B. (2012). SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26(2), 220-233. doi:10.1080/02687038.2011.640392.
- Hopper, T., Holland, A., & Rewega, M. (2002). Conversational coaching: Treatment outcomes and future directions. *Aphasiology*, 16(7), 745-761. doi:10.1080/02687030244000059
- Jiménez de la Peña, M.M., Gomez Vicente L., Garcia Cobos R. & Martinez de Vega V. (2018). Correlación neurorradiológica de las afasias. Mapa corticosubcortical del lenguaje. *Radiología*. 60 (3) 250-261. doi.10.1016/j.rx.2017.12.008.
- Lock, S., Wilkinson, R., & Bryan, K. (2001). Supporting partners and people with aphasia in relationships and conversation (SPPARC). *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36(S1), 25-30. doi:10.3109/13682820109177853.
- Martínez-Zarzuela, M., Díaz-Piernas, F.J., Alonso, A., González-Ortega, D. & Antón-Rodríguez, M. (2013). Cocina virtual para ayudar en la rehabilitación de personas con lesiones cerebrales mediante entrenamiento en una actividad cotidiana. *RevistaeSalud.com* 9 (35).
- Murphy, J., & Boa, S. (2012). Using the WHO-ICF with Talking Mats to enable adults with longterm communication difficulties to participate in goal setting. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(1), 52-60. doi:10.3109/07434618.2011.653828.
- Paris, S. G., Byrnes, J. P. & Paris, A. H. (2001). *Theoretical perspectives*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123. doi: 10.1080/02687030600798337.
- Patterson K., & Shewell C. (1987) *The cognitive neuropsychology of language*. Londres: LEA.
- Pintrich, P. R. & De Groot, E. V. (1990). Motivational and selfregulated learning components of classroom performance. *Journal of Educational Psychology*, 82, 33-40.

Simmons-Mackie, N., Threats, T. T., & Kagan, A. (2005). Outcome assessment in aphasia: A survey. *Journal of Communication Disorders*, 38(1), 1-27. doi: 10.1016/j.jcomdis.2004.03.007.

Whitworth, A., Webster, J., & Howard, D. (2005). *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia*. Hove: Psychology Press.

5. ANEXOS

Anexo 1

Glosario de términos médicos

Calota: parte superior de la bóveda craneal.

Cavidad porencefálica: trastorno médico extremadamente raro del sistema nervioso central que involucra un quiste o una cavidad en un hemisferio cerebral.

Craniectomía: es un procedimiento quirúrgico en el que parte del cráneo se elimina para otorgar espacio para expandirse a una inflamación del cerebro.

Exeresis de fenestración: procedimiento quirúrgico por el cual se realiza una abertura para extirpar un órgano o tejido corporal.

Herniación transtentorial: la hernia cerebral es una protrusión de un compartimento craneal a otro a consecuencia de una expansión rápida de la presión intracraneal. Cuando se produce hernia transtentorial, el lóbulo temporal en su porción interna, produce una hernia hacia abajo, sobre la tienda del cerebelo, comprimiendo los pedúnculos cerebrales y la arteria cerebral posterior.

Anexo 3

Registro diario de las respuestas positivas y negativas por parte de la paciente para asistir al centro

Día	Fecha	¿Quiere venir al centro?	Observaciones de su estancia en el centro	Otras Observaciones
1		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
2		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
4		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
5		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
6		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
7		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
8		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
9		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
10		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
11		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
12		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

13		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
14		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
15		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Anexo 4

Registro semanal de las palabras entrenadas

SEMANA 1	
DÍA 1	
Sesión de logopedia	Sesión de neuropsicología
<u>Registro de palabras trabajadas:</u>	<u>Registro de palabras trabajadas:</u>
DÍA 2	
Sesión de logopedia	Sesión de neuropsicología
<u>Registro de palabras trabajadas:</u>	<u>Registro de palabras trabajadas:</u>

DÍA 3	
Sesión de logopedia	Sesión de neuropsicología
<u>Registro de palabras trabajadas:</u>	<u>Registro de palabras trabajadas:</u>
DÍA 4	
Sesión de logopedia	Sesión de neuropsicología
<u>Registro de palabras trabajadas:</u>	<u>Registro de palabras trabajadas:</u>
DÍA 5	
Sesión de logopedia	Sesión de neuropsicología

Registro de palabras trabajadas:

Registro de palabras trabajadas:

Anexo 5

Guion del video-registro.

Se elaboran unas preguntas para hacérselas en la cafetería después de desayunar.

- Hola, hoy hemos venido a desayunar a la cafetería,
- ¿Estás contenta por haber venido a la cafetería? {si/no}
- ¿Te gusta el desayuno? {si/no}
- ¿Qué vas a desayunar?..... (con *facilitación si es necesaria*)
- ¿Un café con leche? {**si**/no}
- ¿Le has echado al café cola cao? {si/**no**}
- ¿Qué le has puesto para que esté dulce? *Azúcar (con *facilitación si es necesaria*)*
- ¿Vas a desayunar una magdalena? {si/**no**}
- ¿Vas a tomar una tostada de tomate? {**si**/no}
- ¿Le has echado sal a la tostada? {**si**/no}
- ¿Quieres venir la semana que viene? {si/no}