

## Terapia funcional para la persona con afasia: en que consiste?

SAGE, Karen and TERRADILLOS, E.

Available from Sheffield Hallam University Research Archive (SHURA) at:

<http://shura.shu.ac.uk/13386/>

---

This document is the author deposited version. You are advised to consult the publisher's version if you wish to cite from it.

### Published version

SAGE, Karen and TERRADILLOS, E. (2016). Terapia funcional para la persona con afasia: en que consiste? In: MARTÍN-ARAGONESES, María Teresa and LÓPEZ-HIGES, Ramón, (eds.) Claves de la logopedia en el siglo XXI. Madrid, UNED, 231-249.

---

### Repository use policy

Copyright © and Moral Rights for the papers on this site are retained by the individual authors and/or other copyright owners. Users may download and/or print one copy of any article(s) in SHURA to facilitate their private study or for non-commercial research. You may not engage in further distribution of the material or use it for any profit-making activities or any commercial gain.

UNED

# Claves de la logopedia en el siglo XXI

María Teresa Martín-Aragoneses  
Ramón López-Higes  
(Coordinadores)





# CLAVES DE LA LOGOPEDIA EN EL SIGLO XXI

María Teresa Martín-Aragoneses

Ramón López-Higes

*(Coordinadores)*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA (UNED)

SERIE CIENCIAS DE LA SALUD  
CLAVES DE LA LOGOPEDIA EN EL SIGLO XXI  
Madrid, julio de 2016

*Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.*

© Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)  
Madrid 2016

Librería UNED: c/ Bravo Murillo, 38 – 28015 Madrid  
Tels.: 91 398 75 60 / 73 73  
e-mail: [libreria@adm.uned.es](mailto:libreria@adm.uned.es)  
[www.uned.es/publicaciones](http://www.uned.es/publicaciones)

© María Teresa Martín-Aragoneses y Ramón López-Higes  
© Autores de las contribuciones individuales

ISBN electrónico: 978-84-608-7328-0

Edición digital: julio 2016

## ÍNDICE

Prólogo.....	9
--------------	---

### AUDICIÓN Y LENGUAJE

EL IMPLANTE COCLEAR EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN A LA DEFICIENCIA AUDITIVA José Manuel Gorospe Arocena y Carmen Muñoz Navarro.....	15
VARIABILIDAD EN EL DESARROLLO DE LA LENGUA ORAL DE LOS ALUMNOS CON IMPLANTE COCLEAR. ALGUNAS REFLEXIONES PARA EL ÁMBITO EDUCATIVO Marian Valmaseda Balanzategui.....	37

### BILINGÜISMO Y MULTILINGÜISMO

COMPETENCIA CULTURAL DEL LOGOPEDA CON FAMILIAS LINGÜÍSTICA Y CULTURALMENTE DIVERSAS Silvia Nieva.....	55
BILINGÜISMO INFANTIL Y PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA Barbara T. Conboy.....	73

### COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y/O ALTERNATIVA

ACTUALIDAD Y FUTURO DE LA COMUNICACIÓN ALTERNATIVA Y AUMENTATIVA Francisco Cabello, José Antonio Calvo y Joaquín Galiana.....	93
NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL MARCO DE LA COMUNICACIÓN ALTERNATIVA Clara I. Delgado Santos, José Manuel Marcos Rodrigo y David Romero Corral.....	105

### COGNICIÓN Y LENGUAJE

DE LA PRAGMÁTICA A LA TEORÍA DE LA MENTE Ignasi Ivern.....	115
LENGUAJE Y APRENDIZAJE EN LOS NIÑOS PROCEDENTES DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL Mireia Sala Torrent.....	131

### DISFAGIA

DIAGNÓSTICO EN DISFAGIA INFANTIL. RECOMENDACIONES BÁSICAS Marcia Adrião-Briz.....	147
--	-----

## ÍNDICE

### **INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

LOGOPEDIA Y PRÁCTICAS CENTRADAS EN LA FAMILIA Y EN ENTORNOS NATURALES. EJEMPLOS DE ACTUACIÓN Claudia Tatiana Escorcía Mora.....	157
FAMILY CENTERED PRACTICES: PRACTICES THAT ENABLE, DEVELOP AND PROMOTE LISTENING AND PARTICIPATION Ana María Serrano.....	175
POWERFUL LEARNING EXPERIENCES IN SPEECH THERAPY: INVOLVING STUDENTS IN PERSON-CENTRED APHASIA REHABILITATION Madeline Cruice.....	193
LA CONSTRUCCIÓN DE MODELOS DE INTERVENCIÓN RESPETUOSOS CON LA FAMILIA: FAMILY-FRIENDLY PRACTICE Lidia Rodríguez.....	207

### **NEUROLOGÍA Y LENGUAJE**

TERAPIA FUNCIONAL PARA LA PERSONA CON AFASIA: ¿EN QUÉ CONSISTE? Estibaliz Terradillos y Karen Sage.....	231
PAPEL DE LA NEURO-REHABILITACIÓN EN LA NEUROCIRUGÍA CON EL PACIENTE DESPIERTO Leire Ortiz Fernández e Itziar Galarza Ibarondo.....	251
UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL EN UN HOSPITAL DE SUBAGUDOS: UNA EXPERIENCIA DE CAMBIO Susana Pinedo Otaola.....	265

### **PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA**

FUENTES DE EVIDENCIA SOBRE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA Gerardo Aguado y Juan Cruz Ripoll.....	277
--	-----

### **TRASTORNOS DE APRENDIZAJE**

LA DISCALCULIA Josetxu Orrantía y Sara San Romualdo.....	287
---	-----

### **TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE**

EL DEBATE ACTUAL EN TORNO AL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE Elvira Mendoza.....	303
MEMORIA EPISÓDICA EN NIÑOS CON TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE Luis Martínez.....	317
USO DE LAS NARRACIONES PARA LA EVALUACIÓN Y LA INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL) Víctor M. Acosta Rodríguez, Nayarit del Valle Hernández y Gustavo M. Ramírez Santana.....	337

**VOZ**

<b>CLAVES DE LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LAS ALTERACIONES DE LA VOZ EN EL SIGLO XXI</b> Josep M. Vila-Rovira.....	355
<b>LA FISIOLÓGÍA VOCAL AL SERVICIO DE LA REEDUCACIÓN LOGOPÉDICA</b> Gemma Solà Serra.....	363
<b>TERAPIA GRUPAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS DISFONÍAS</b> Jone Zorriketa Gorroño, María Aránzazu Ibarbuchi Álvarez, Aitor Zabala López de Maturana, Francisco Santaolalla Montoya, Francisco Javier Martín Arregui, Miren Arizti Zabaleta, Sonia García Gutiérrez, Kiara Tudela Cabello, Asier Lekue Madinabeitia y Leire Escobal Sarazibar.....	379



## **TERAPIA FUNCIONAL PARA LA PERSONA CON AFASIA:**

### **¿EN QUÉ CONSISTE?**

Estibaliz Terradillos

Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos).  
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, España.

Karen Sage

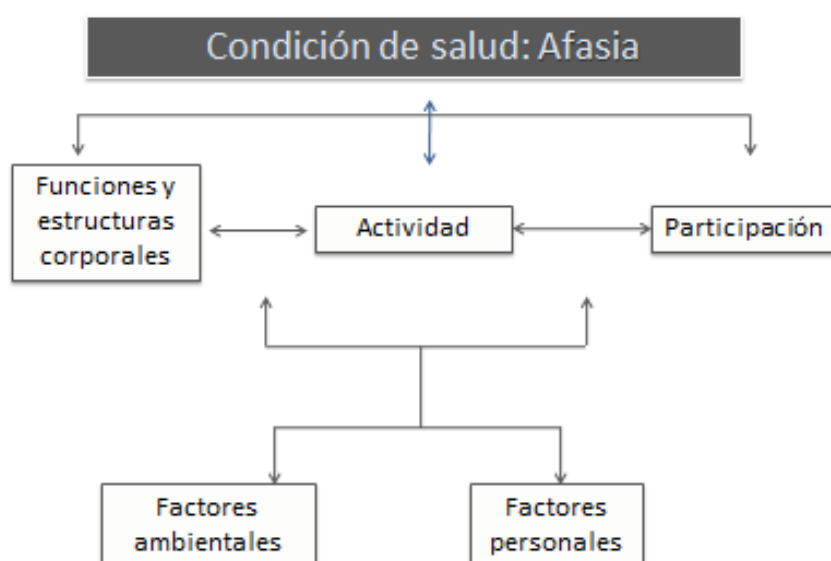
Centre for Health and Social Care Research.  
Faculty of Health and Wellbeing. Sheffield Hallam University, United Kingdom.

En el presente capítulo tratamos de describir la valoración e intervención de las afasias desde un enfoque funcional en el que se tiene en cuenta a la persona con afasia pero también a las personas con las que se comunica, las situaciones a las que se enfrenta o las actitudes de sus interlocutores cercanos. Nuestro objetivo es acercar al lector a comprender el funcionamiento de este tipo de abordaje en la terapia. Conceptos como “funcional” e “interacción” están estrechamente relacionados desde esta orientación terapéutica, por lo que se parte de una breve definición de ambos para, posteriormente, describir dos apartados vinculados a cada concepto. En primer lugar, se profundiza sobre qué instrumentos pueden resultar útiles en la valoración del paciente y qué conductas son necesarias tener en cuenta para establecer una línea base antes del tratamiento. En segundo lugar, se detallan algunos programas de intervención específicos que existen desde el punto de vista funcional, donde prima la necesidad de transmitir el mensaje frente a la modalidad comunicativa, así como desde el punto de vista de la interacción, en los que se presta especial atención al interlocutor de la persona con afasia, como agente facilitador de estrategias dentro de la conversación. Por último, se aúnan unas conclusiones que pretenden guiar al logopeda en su práctica clínica para alcanzar la generalización de los logros en la comunicación a las interacciones de la vida diaria de la persona con afasia.

**Palabras clave:** evaluación, funcional, interacción, terapia.

El propósito del presente trabajo es describir una modalidad terapéutica en pacientes con afasia desde un enfoque funcional. Para ello, a lo largo del capítulo, tomamos de referencia el marco propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y

de la Salud – CIF (Figura 1) para diferenciar, por un lado, los aspectos vinculados a las funciones del lenguaje en el paciente y, por otro, la implicación de dichas alteraciones en las actividades comunicativas del sujeto. En este sentido, el grado de participación comunicativa vendrá determinado también por las circunstancias y preferencias del individuo (factores personales y factores ambientales).



**Figura 1.** Esquema según OMS. Adaptado de *International of Functioning, Disability and Health* de World Health Organization, 2001, Geneva, Switzerland: Author. Copyright 2001 de la WHO.

La conversación es la actividad comunicativa más frecuente en la vida cotidiana (Davidson, Worrall, & Hickson, 2003) y, por tanto, representa una situación potencialmente diaria en la que la persona con afasia debe gestionar sus déficits lingüísticos. La gama de interacciones que encuentra el afásico, sin duda, puede variar (familiares, amigos, dependientes de comercios, contestar las llamadas de teléfono...), sin embargo, todas estas interacciones comparten un rasgo fundamental: la conversación implica necesariamente al menos dos personas que construyen el diálogo y dan forma al contenido de acuerdo a sus características individuales.

Nuestro objetivo a lo largo de este capítulo es acercar al lector a comprender el funcionamiento de este tipo de abordaje en la terapia. Para ello, partimos de conceptos muy interrelacionados: la terapia funcional y la terapia de interacción, definiendo

primero ambos enfoques, para continuar con la evaluación de base y algunas orientaciones terapéuticas en cada uno de ellos.

*¿A qué nos referimos con «funcional»?*

Concretamente estamos hablando de la actividad real de la persona con afasia en su entorno. Elman y Bernstein-Ellis (1995) describen los cambios de entendimiento de diversos autores a lo largo de la trayectoria de la terapia funcional. Así, Holland (1982) insiste en el hecho de que la comunicación funcional se basa en transmitir mensajes (transaccional) por medio de cualquier formato (habla, dibujo, gesto, etc.), alejándose de la necesidad de expresarse con estructuras gramaticales correctas y completas. Smith (1985) añade la importancia de construir la terapia basándose en las tareas comunicativas más significativas para el paciente. Ambas posturas implican una nueva manera de evaluar la situación de base del paciente como la manera de medir el efecto de terapia. Se insiste en que no solo se evalúa al paciente sino también su contexto, incluyendo en este las situaciones comunicativas a las que se enfrenta la persona con afasia (e.g., encontrarse con un vecino en la calle y hablar de la próxima revisión del gas en la comunidad), así como a los interlocutores próximos, poniéndoles a ellos como enfoque de tratamiento (e.g., parejas, hijos o compañeros de trabajo). Trabajar desde un enfoque funcional implica para el logopeda un cambio radical de la postura filosófica que se aleja del modelo médico (positivista) para aproximarse a un modelo sociológico (interpretativo). En la práctica clínica, esto requiere que el logopeda tome una posición de ayudante pero en igualdad, y no tanto de solucionar el problema, como figura que se posiciona encima del paciente. La diferencia entre ambos miembros de esta relación sería que uno sabe lo que es afasia porque la vive en primera persona y el otro porque estudia la temática y aplica su conocimiento en la práctica clínica con el paciente. Los dos son expertos pero desde diferentes prismas. Además, la evaluación y tratamiento desde este enfoque se dirigirá hacia las capacidades de la persona (no sus limitaciones).

*¿Qué implica el concepto de «interacción»?*

La interacción forma parte de la terapia funcional en el sentido de que el enfoque se basa en insistir que la afasia se sitúa en un contexto de, al menos, dos personas. La

evaluación y terapia de conversación en afasia de hoy en día tiene sus raíces en los estudios de análisis conversacional de Schegloff, Jefferson y Sacks (1977), que nos muestran la existencia de estructura en la conversación y que esta es sistemática (e.g., organización de toma de turno, de secuencia, rectificaciones, temática). Desde los años 1980, algunas líneas de investigación en afasia (Gallardo-Paúls, 2005; Wilkinson, Lock, Bryan, & Sage, 2011) han destacado la importancia de mostrar las capacidades que tiene la persona con afasia en la conversación. Ampliar el concepto de la terapia funcional a la conversación significa que tanto el logopeda como la persona con afasia se enfrentan no solo a actos transaccionales sino también a actos interaccionales como son, por ejemplo, hacer amigos, compartir experiencias, mostrar sentimientos de alegría o manifestar tristeza sobre algo que se comparte.

### **Terapia funcional**

La afasia tiene un profundo efecto en la vida de una persona, causando angustia emocional, depresión (Hackett, Yapa, Parag, & Anderson, 2005; Kauhanen et al. 2000) y aislamiento social (Parr, 2007), debido a la pérdida de las funciones del lenguaje. Estudios realizados sobre la calidad de vida en pacientes con afasia indican que estos tienen reducidas sus actividades sociales y de ocio (Cruice, Worrall, & Hickson, 2006), los contactos sociales son limitados (Hilari & Northcott, 2006) y sus niveles de calidad de vida son bajos (Hilari, Wiggins, Roy, Byng, & Smith, 2003; Ross & Wertz, 2003), existiendo correlaciones significativas entre el grado de la afasia y el desarrollo social, emocional y la medida de calidad de vida (Franzén-Dahlin, Karlsson, Mejhert, & Laska, 2010).

La afasia es una causa importante de limitación de las actividades de comunicación. Puede tener relativamente poco impacto directo en la rentabilidad de las actividades domésticas de la vida diaria, pero afectará particularmente a actividades sociales complejas, como la participación en actividades de la comunidad, actividades de ocio que involucran a otras personas o la reincorporación a un trabajo. Esta variedad de limitaciones hace que se requiera un tratamiento basado en las necesidades específicas de la persona. Elman (1994) afirma que no existen planes universales de tratamiento

funcional. "los planes... son aquellos que son relevantes a las circunstancias y a las necesidades de cada paciente. Lo que es deseado, posible y funcional para un paciente, probablemente pueda resultar inadecuado para otro (p. 12)"<sup>1</sup>.

### *Funcionamiento. Evaluación de base*

Resulta necesario utilizar medidas de valoración que permitan mostrar el funcionamiento comunicativo real de la persona con afasia dentro de su entorno actual, así como los avances terapéuticos que se van produciendo tras la intervención. Esta recogida de información incluye al paciente pero también a las personas con las que se comunica y las situaciones a las que se enfrenta. Existen diferentes tipos de medidas (perfiles, pruebas y escalas), la mayor parte elaboradas originalmente en inglés u holandés. En el campo del comportamiento funcional es más apropiado utilizar perfiles y escalas frente a pruebas tipo test. Esto viene del hecho de que la tarea funcional puede realizarse de maneras diferentes y lo que se pretende evaluar es su eficacia y no si es correcto o incorrecto. Así, por ejemplo, el perfil australiano Functional Communication Profile – R (Sarno, 1969) es una herramienta basada en la observación de la persona con afasia en relación a su situación. Hay dos registros: uno para cuando la persona está en el hospital y el segundo para cuando ya está en su casa. Esto permite al logopeda tener en cuenta las necesidades funcionales del paciente en cada lugar. En los Estados Unidos, la revisión del Communicative Abilities in Daily-Living (Holland, 1980) ha resultado ser una herramienta más apropiada a las necesidades del siglo XXI. CADL-2 (Holland, Frattali, & Fromm, 1999) pretende valorar la eficacia comunicativa de adultos con afasia, utilizando escenarios que permiten al sujeto mostrar su capacidad a partir de actividades simuladas (e.g., concertar una cita con el médico, ir de compras, etc.). Utiliza una escala de 3 puntos (0 = respuesta errónea, 1 = respuesta adecuada y 2 = respuesta correcta) y se permite el desempeño de la actividad de cualquier forma (oral, escrita, gestual o por cualquier otra modalidad expresiva combinada). Entre las medidas de valoración holandesas se distinguen las utilizadas para los pacientes con afasia que emplean

---

<sup>1</sup>As Elman (1994) stated "there are no universal functional treatment plans. Functional treatment plans are those that are relevant to the circumstances and needs of an individual patient. What is desired, possible, and functional for one patient may very likely prove to be inadequate for the next" (p. 12).

fundamentalmente el lenguaje oral para comunicarse y las personas con afasia que hacen un uso combinado de la palabra oral con otras maneras comunicativas, como escritura, gesto, dibujo, etc. Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test – ANELT (Blomert, 1997) mide capacidades funcionales en las personas que ya tienen cierto nivel de lenguaje oral porque exige una contestación de forma hablada. Hay 10 preguntas sobre diferentes situaciones (e.g., *“El perro del vecino ladra todo el día. Tú estás realmente cansado. Decides hablar con él sobre el asunto. ¿Qué le dices?”*) y el logopeda puntúa dos categorías: inteligibilidad y comunicación eficaz. Cuando la persona con afasia tiene capacidad comunicativa pero no se puede recoger con el ANELT, el logopeda holandés elige el Scenario Test (van der Meulen, van de Sandt-Koenderman, Duivenvoorden, & Ribbers, 2010). Utiliza un sistema de ayudas estructuradas para mostrar qué nivel de soporte (*scaffolding*) necesita la persona. Así, además de obtener una puntuación, aporta información útil para dar a la familia (que tipo de ayuda le conviene más). Esta prueba es capaz de distinguir entre personas con afasias globales cuando otras pruebas no pueden mostrar capacidades variadas (normalmente muestran que no pueden acceder a la prueba).

También se puede tomar en cuenta las capacidades de la persona con afasia desde el punto de vista que da la pareja o el familiar de la persona con afasia. El Communicative Effectiveness Index – CETI (Lomas et al., 1989) es una de las herramientas que capturan esta información. Las parejas y familiares cercanos muestran, a través de una escala Likert que tiene en un extremo "no, en absoluto capaz" (*“not at all able”*) y "tan capaz como antes de la lesión" (*“as able as before the stroke”*) en el otro, su opinión sobre la participación de su familiar afectado. Hay 16 situaciones cotidianas y permite hacer una evaluación de cómo era el comportamiento comunicativo de la persona antes de su afasia, así como decidir cuál es el actual a partir de la opinión del familiar (e.g., se pregunta *“¿qué capacidad tiene para comenzar una conversación con alguien que no es muy cercano?”*). La escala se administra en sucesivas ocasiones para comparar los cambios en la persona con afasia.

Otro tipo de evaluaciones (EEUU, España) buscan describir las habilidades pragmáticas más extensas de la comunicación funcional diaria. Uno de los instrumentos

más emblemáticos es Porch Index of Communicative Ability – PICA (Porch, 1971). Los ingleses Prutting y Kirchner (1983, 1987) han basado su Perfil Pragmático en la teoría más amplia de la pragmática, incluyendo aspectos verbales (actos de habla, temas de conversación, toma de turno, selección léxica, variaciones estilísticas e inteligibilidad y prosodia) y aspectos no verbales (kinésica y proxémica). Se evalúa a partir de dos conversaciones grabadas al paciente (con un interlocutor próximo elegido por él y con un interlocutor no familiar) y se completa el cuestionario según lo que se observa en las grabaciones. Esta evaluación también se puede repetir para buscar cambios en la persona después de una terapia dirigida a capacidades pragmáticas.

Por último, obtener información acerca de la percepción del paciente sobre su propio bienestar nos permitirá conocer el nivel de satisfacción en la realización de determinadas actividades, así como el nivel de autoestima. La calidad de vida (CV) puede ser evaluada indirectamente a través de diversas herramientas de medición completadas por un auto-informe (la persona con afasia) o un informe de un interlocutor cercano (cónyuge, familia, amigos), a través de una entrevista estructurada, cuestionarios, formatos de elección forzada o escalas visuales analógicas (Visual Analogue Scales – VAS). Entre las escalas de calidad de vida en la afasia destacamos: Stroke and Aphasia Quality of Life Scale – SAQOL (Hilari et al., 2003), Quality of Life Inventory – QOLI (Frisch, 1999), ASHA Quality of Communication Life – ASHA-QCL (Paul et al., 2004) y Visual Analogue Self-Esteem Scale – VASES (Brumfitt & Sheeran, 1999).

#### *Funcionamiento. Orientaciones terapéuticas*

En términos generales, la terapia de la afasia se esfuerza por mejorar la capacidad de una persona para comunicarse a través de múltiples estrategias con el objetivo de ayudar a la persona a utilizar habilidades preservadas; en otros casos, restablecer las habilidades lingüísticas tanto como sea posible mediante el desarrollo de estrategias; compensar las alteraciones del lenguaje, aprendiendo otros métodos de comunicación, así como entrenar a personas cercanas (familia, amigos, profesionales de la salud) para aprender habilidades de comunicación efectivas que logren maximizar la competencia del paciente afásico.

Una reciente revisión Cochrane de Brady, Kelly, Godwin y Enderby (2012) hace hincapié en la importancia de los enfoques funcionales en la terapia, afirmando que "El objetivo principal de la rehabilitación en la afasia se centra en maximizar el éxito de la comunicación en las interacciones de la vida diaria" (p. 5)<sup>2</sup>. Para poder lograrlo, el establecimiento de objetivos debe ser un proceso dinámico que se revise a través de la continuidad del tratamiento con el fin de reflejar el contexto del paciente y su familia, las demandas de ambos y la recuperación del lenguaje (Hersh, Worrall, Howe, Sherratt, & Davidson, 2012). Herramientas de comunicación como Talking Mats o "felpudo hablante" (Murphy & Boa, 2012) ayudan al paciente a expresar sus ideas y, en definitiva, a participar activamente en la fijación de objetivos de la terapia, facilitando la toma de decisiones, a la vez que le proporciona una retroalimentación visual instantánea. Existen dos versiones (manipulable y *app*) y consta de tres series de imágenes/símbolos (tema, opciones, escala visual de valoración) que el logopeda va presentando de una manera estructurada para que el paciente vaya colocando sus preferencias. El resultado final se registra para recordar el punto de partida de los objetivos y poder realizar una evaluación posterior.

Dentro de los programas de rehabilitación basados en la comunicación funcional, se encuentra Promoting Aphasic Communicative Effectiveness – PACE. El método PACE fue desarrollado por Davis y Wilcox (1985), pero cuenta con una versión revisada (Davis, 2005). Se basa en desarrollar la capacidad comunicativa de los pacientes, fomentando siempre un intercambio de información entre logopeda–paciente pero desde una posición de igualdad participativa dentro de la conversación (el logopeda proporciona *feedback* pero no comentarios evaluativos). Para ello, a lo largo de varias sesiones de práctica conversacional, se utilizan diferentes tarjetas (objetos cotidianos, palabras y secuencias narrativas) para describirlas, pudiéndose elegir libremente el medio de comunicación. El método requiere relativa capacidad cognitiva por parte del paciente para que logre transferir de manera independiente a su comunicación las estrategias ofrecidas.

---

<sup>2</sup>As Brady, Kelly, Godwin and Enderby (2012) stated "The primary outcome chosen to indicate the effectiveness of an intervention that aims to improve communicative ability must reflect the ability to communicate in real world settings that is functional communication" (p. 5).



Supliendo algunas carencias de este método que se apoya en la descripción de estímulos, se encuentra el programa Conversation Coaching (Hopper, Holland, & Rewega, 2002), un programa de entrenamiento conversacional para personas con afasia, donde se incluye la participación de un familiar. El logopeda actúa como facilitador de estrategias de comunicación para ambos miembros de la pareja (con y sin afasia) para que, tras entrenamiento, ambos logren implementarlas en la conversación. El método sigue un procedimiento jerarquizado, donde primero se identifican conjuntamente las estrategias efectivas para cada miembro de la pareja. A continuación, se crea una situación de comunicación (e.g., visualización de un vídeo corto), donde el paciente debe observar lo que ocurre y, posteriormente, ser capaz de transmitir a su pareja el contenido a partir de unas estrategias trabajadas con el logopeda. La idea es que ambos utilicen dichas estrategias en la puesta en común y así lograr un resultado de colaboración. El entrenamiento conversacional en estrategias se dirige tanto al uso de facilitaciones verbales (e.g., saber formular preguntas) como no verbales (realizar un gesto de apoyo a un dibujo que ha hecho el paciente). Las sesiones de entrenamiento pueden ser grabadas para posibilitar la visualización conjunta y mejorar el aprendizaje.

### **Terapia de interacción**

Existen numerosos estudios que defienden la importancia de la interacción social en la recuperación del lenguaje de las personas que sufren afasia (Elman, 2007; Hopper et al., 2002). Los grupos de apoyo para pacientes y la terapia grupal facilitan la socialización y el uso del lenguaje (Elman, 2007). Actividades como estas, enfocadas a la participación, cubren el vacío social que padecen muchas personas con afasia. Por ello, una sólida red de amigos puede disminuir este aislamiento, reducir la depresión ante las dificultades para comunicar y, como resultado, facilitar un aumento en la participación de actividades en su vida diaria (Davidson, Howe, Worrall, Hickson, & Togher, 2008). También es conocido que las actitudes de sobreprotección frecuentes en las parejas limitan las oportunidades de interacción comunicativa en el entorno de la persona con afasia. Los completamientos y las correcciones son frecuentes y no favorecen potenciar

la eficacia conversacional del paciente (Manzo, Blonder, & Burns, 1995), contribuyendo a su vez a la pérdida del rol de pareja del afectado de afasia (Blonder, 2000).

Paralelamente, estudios realizados acerca de las demandas de las personas con afasia (Worrall et al., 2011) muestran su necesidad de tener mayor información acerca de la patología, con el fin de explicar sus dificultades a amigos y personas cercanas y tener más acceso a servicios de la comunidad. Dotar de independencia al paciente en la toma de decisiones permitirá que participe en las decisiones sobre su propia terapia (Worrall et al., 2011) y contribuirá al logro de la participación en las actividades y relaciones del paciente.

#### *Interacción. Evaluación de base*

Tanto el logopeda como la persona con afasia parten de la premisa de informarse mutuamente a lo largo de la terapia, de acuerdo a los objetivos planteados. Ambos deben observar y evaluar (cada uno desde su punto de vista), por ejemplo, el efecto de la fatiga en el mantenimiento de la conversación con una persona o, en cambio, el esfuerzo e irritación que le provoca no poder seguir conversaciones en grupo en un momento determinado. La persona con afasia tiene la responsabilidad de informar al logopeda de su frustración cuando, por ejemplo, no puede evitar decir “tacos” o cuando otros hablan en su nombre o le interrumpen para hacer algún tipo de ajuste conversacional. En definitiva, compartir información es lo que buscan tanto el logopeda como el paciente. Del mismo modo, también resulta necesario informarse sobre el efecto de la afasia en el contexto familiar, pudiéndose contemplar desde rupturas en las relaciones de pareja, pérdida de autoridad con los hijos, falta de relación con amigos y ansiedad al conocer nuevas personas. A partir de la recogida de esta información, se trazarán de manera conjunta, entre logopeda y paciente, los objetivos funcionales, esto es, se trabajarán las necesidades específicas para enfrentarse a las dificultades de comunicación en su entorno diario.

El planteamiento teórico y metodológico que subyace al análisis conversacional (Sacks, Schegloff, & Jefferson, 1974) para la intervención tiene sus raíces en la etnografía de la comunicación o, lo que es lo mismo, el uso que hacen del lenguaje los miembros de

un determinado grupo, relacionándolo con su contexto social y con la situación comunicativa. Dentro de la toma de turno conversacional, estos autores describen 14 rasgos típicos de la conversación normal: (1) cambio(s) de hablantes recurrente(s); (2) en general, cada vez habla un solo participante; (3) los solapamientos (habla simultánea), son frecuentes pero breves; (4) con frecuencia, las transiciones entre los turnos no son espaciadas; (5) el orden de los turnos no es fijo, sino variable; (6) la duración de los turnos no es fija, sino variable; (7) la longitud de la conversación no se especifica previamente; (8) lo que dicen las partes no se especifica previamente; (9) la distribución relativa de los turnos no se especifica previamente; (10) el número de participantes puede variar; (11) el habla puede ser continua o discontinua; (12) existen técnicas de distribución del turno; (13) se utilizan distintas unidades construccionales del turno, y (14) hay mecanismos de rectificación para los errores y violaciones de la toma de turno. Conocer cómo usan los participantes cooperativamente la conversación y las situaciones en que se producen ese uso, permitirá establecer una línea base para la intervención de la persona con afasia.

Dentro de este enfoque de la evaluación interactiva se enmarca el Perfil de Análisis Conversacional CAPP (Conversational Analysis Profile for People with Aphasia) desarrollado por Whitworth, Perkins y Lesser en 1997. Consta de un análisis de una conversación entre la persona con afasia y su interlocutor cercano (grabada en la casa del paciente), de una entrevista al interlocutor y de otra al paciente. Todo ello posibilita recoger información acerca de la conducta verbal del paciente y las estrategias utilizadas por ambos en la conversación. Además, se solicita información sobre la conducta comunicativa premórbida del paciente (e.g., situaciones e interlocutores con los que se desenvolvía) para comprobar si esta ha cambiado. El CAPP gira en torno a un conjunto de conductas identificadas dentro de cuatro categorías: capacidades lingüísticas, inicio y toma de turno, la gestión temática y las rectificaciones, anotándose, por un lado, la frecuencia de aparición y, por otro, las estrategias utilizadas por ambos ante esa conducta durante la conversación. Este perfil permite obtener, por tanto, un análisis cualitativo de la interacción además de poder cuantificar comportamientos (perfil numérico).

Otra de las medidas utilizadas en España para evaluar este desempeño conversacional es el Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática – PREP (Gallardo, 2009). Elaborado a partir del Perfil PerLA de evaluación pragmática, el PREP es un modelo de cuestionario rápido que posibilita valorar en la práctica diaria el lenguaje conversacional espontáneo (verbal y no verbal) de las personas con afasia. Partiendo de una muestra de conversación grabada del paciente y su interlocutor cercano lo más ecológica posible (e.g., tertulia en casa), se analizan las conductas de la persona con afasia a partir de tres niveles pragmáticos diferenciados: (1) pragmática interactiva; (2) pragmática textual, y (3) pragmática enunciativa, permitiendo obtener tres medidas en porcentaje de habilidad pragmática (general, específica y de base gramatical).

#### *Interacción. Orientaciones terapéuticas*

Existen diversos programas de intervención dirigidos a abordar las dificultades de comunicación de la persona con afasia, focalizando la intervención sobre los interlocutores cercanos del paciente o sobre ambos miembros de la pareja. Estos programas se basan fundamentalmente en la identificación, por un lado, de conductas contraproducentes o entorpecedoras (e.g., interrupciones, solapamientos, acoso de preguntas) para conseguir eliminarlas y, por otro, en la identificación de conductas facilitadoras para alcanzar la generalización. La idea que subyace en este planteamiento es que el logopeda sea un “agente facilitador” del uso de estrategias compensatorias, con el fin de impulsar la interacción conversacional. Estamos hablando de un enfoque funcional, ecológico y flexible a las diferencias individuales y a las necesidades de cada persona entrenada.

Del mismo modo que con la terapia funcional, mostramos algunos programas de intervención basados en la interacción. Uno de los más conocidos es la Terapia de Conversación Asistida de Aura Kagan (Supported Conversation for Adults with Aphasia – SCA; Kagan et al., 2004), llevada a cabo en el Aphasia Institute de Toronto. Consiste en el entrenamiento de voluntarios conversacionales para facilitar la interacción de los hablantes con afasia. Estos voluntarios previamente entrenados por logopedas son los que facilitan diferentes estrategias de comunicación a los pacientes. La terapia se realiza

a partir de grupos de conversación de personas con afasia (divididos por niveles y competencias del lenguaje que se pretenden trabajar) y apoyándose en unos materiales específicos (papel y rotulador para escribir palabras claves mientras se conversa, iPads para realizar búsquedas concretas, etc.). El hablante afásico es el centro de la conversación y los interlocutores voluntarios entrenados o, incluso, otras personas con afasia que participan de la conversación y presentan más capacidades, son los asistentes facilitadores. No es, estrictamente, un programa de rehabilitación logopédica, sino que adopta una visión más social fomentando la interacción entre los miembros del grupo, a través del uso de estrategias comunes. La repetición de estas técnicas conversacionales reforzará al paciente en el uso de estrategias particulares en interacciones posteriores.

Otro de los programas destacados de formación en conversación es Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation – SPPARC, desarrollado por Lock y sus colaboradores desde el año 2001. Se trata de un programa de formación en conversación que tiene como objetivo ayudar a las parejas de personas con afasia a adaptarse a la nueva situación conversacional. El tratamiento se basa en analizar cómo actúan los participantes y cómo reaccionan entre sí para, posteriormente, desarrollar de manera conjunta formas de interactuar eficaces para ambos. Conductas barrera en la conversación ya mencionadas anteriormente como son los solapamientos, las correcciones o las preguntas invasivas se trabajan para modificarlas o eliminarlas, pero esta vez dentro del contexto de la pareja, teniendo en cuenta el estilo comunicativo previo de cada integrante. El programa consta de seis pasos definidos: (1) preparación; (2) grabación de la conversación; (3) visualización preliminar y transcripción de la conversación; (4) evaluación de la conversación; (5) paso de la evaluación al entrenamiento, y (6) entrenamiento en conversación.

En 2012, Wielaert y Wilkinson realizan Partners of Aphasic clients Conversation Training – PACT, una adaptación del programa anterior con un triple objetivo: aumentar la conciencia tanto en la persona con afasia como en el interlocutor sobre el estilo comunicativo que utilizan; explorar nuevas estrategias que les ayuden a ambos a ser más eficaces en las conversaciones y permitirles, por último, incorporar esas estrategias nuevas en su comunicación diaria.

El programa incluye explicaciones y ejercicios escritos, tareas de *role play* y otras para realizar en casa. También contiene un formulario de análisis de la conversación con la descripción de 20 comportamientos de conversación diferentes que se producen habitualmente en las parejas donde uno de los interlocutores tiene afasia. Estos comportamientos se basan en los siguientes dominios: (1) rectificaciones; (2) toma de turno y secuencias, y (3) temas y conversación global, siendo los mismos que se presentan en la versión original en inglés (SPPARC; Lock et al., 2001) descrita anteriormente.

Una de las novedades de la adaptación holandesa es la posibilidad de utilizar el programa solo con el interlocutor, con la pareja o en un grupo de interlocutores. La formación está basada en tres conversaciones de la pareja de unos 15 minutos, previamente grabadas en días diferentes y en un entorno natural, para analizar las conductas descritas y seleccionar, después, la formación específica a cada interlocutor para que la intervención se adapte a las necesidades individuales de cada uno. La duración de la formación individual de un interlocutor está en un promedio de cinco sesiones.

## **Conclusiones**

La comunicación es fundamental para las personas y el establecimiento de relaciones sociales. La persona que tiene afasia, con independencia del grado de afectación del lenguaje puede tener grandes dificultades funcionales en las actividades de su vida cotidiana llegando, incluso, a sufrir la pérdida de autonomía, experimentar cambios de roles o sentir la soledad (Parr, 2007; Simmons-Mackie, Threats, & Kagan, 2005). De este hecho surge la necesidad de completar las evaluaciones formales del lenguaje de los test estandarizados habituales con otras herramientas de medición necesarias que describan el tipo de participación que realiza la persona con afasia en su entorno habitual, incluyendo en este a las personas con las que se comunica, las situaciones a las que se enfrenta o las actitudes de sus interlocutores cercanos.

En este sentido, el entorno tiene una importante influencia en el proceso terapéutico de la persona con afasia y se evidencia que el mantenimiento de la competencia

comunicativa depende de los comportamientos de los pacientes con afasia, pero también de los de sus parejas.

La idea que subyace es que los interlocutores pueden ser entrenados para facilitar y mejorar la interacción social. Cada uno de los programas de intervención presta, desde el punto de vista de la interacción, especial atención al interlocutor del hablante afásico, identificándolo como agente fundamental en la rehabilitación del mismo, en su doble papel de informante de las deficiencias comunicativas y de facilitador de la interacción efectiva.

Creemos que este trabajo aporta, desde un marco del funcionamiento, un análisis diferente de la persona con afasia (incluyendo sus limitaciones, sus capacidades y el entorno en el que se desenvuelve), 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.

## REFERENCIAS

- Blomert, L. (1997). *Everyday-Language-Test (ANELT)*. Lisse, The Netherlands: Swets Test Services.
- Blonder, L. X. (2000). Language use. In S. E. Nadeau, L. J. Rothi & B. Crosson (Eds.), *Aphasia and language: Theory to practice* (pp. 284-295). New York, NY: Guilford Press.
- 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
- Brumfitt, S. M., & Sheeran, P. (1999). The development and validation of the Visual Analogue Self-Esteem Scale (VASES) 1. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 387-400. doi:10.1348/014466599162980
- Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20(12), 1210-1225. doi:10.1080/02687030600790136
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: The impact of communication disability on friendships. *Topics in stroke rehabilitation*, 15(4), 325-340. doi:10.1310/tsr1504-325

- Davidson, B., Worrall, L., & Hickson, L. (2003). Identifying the communication activities of older people with aphasia: Evidence from naturalistic observation. *Aphasiology*, 17(3), 243-264. doi:10.1080/729255457
- 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.
- Elman, R. J. (1994). Aphasia treatment planning in an outpatient medical rehabilitation center: Where do we go from here. *Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders Special Interest Division*, 2, 9-13.
- Elman, R. J. (2007). The importance of aphasia group treatment for rebuilding community and health. *Topics in Language Disorders*, 27(4), 300-308. doi:10.1097/01.TLD.0000299884.31864.99
- Elman, R. J., & Bernstein-Ellis, E. (1995). What is functional?. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 4(4), 115-117. doi:0.1044/1058-0360.0404.115
- Franzén-Dahlin, Å., Karlsson, M. R., Mejhert, M., & Laska, A. C. (2010). Quality of life in chronic disease: a comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1855-1860. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03219.x
- Frisch, M. B. (1999). Quality of Life Assessment/Intervention and the Quality of Life Inventory TM (QOLI®). In M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment (2<sup>nd</sup> ed.)* (pp. 1277-1331). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Gallardo-Paúls, B. (2005). *Afasia y conversación. Las habilidades comunicativas del interlocutor-clave*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Gallardo-Paúls, B. (2009). Valoración del componente pragmático a partir de datos orales. *Revista de Neurología*, 2009, 48(2), 57-61.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., & Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke a systematic review of observational studies. *Stroke*, 36(6), 1330-1340. doi:10.1161/01.STR.0000165928.19135.35



- 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
- Hilari, K., Byng, S., Lamping, D. L., & Smith, S. C. (2003). Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39) evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke*, *34*(8), 1944-1950. doi:10.1161/01.STR.0000081987.46660.ED
- Hilari, K., & Northcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, *20*(1), 17-36. doi:10.1080/02687030500279982
- Hilari, K., Wiggins, R., Roy, P., Byng, S., & Smith, S. (2003). Predictors of health-related quality of life (HRQL) in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, *17*(4), 365-381. doi:10.1080/02687030244000725
- Holland, A. L. (1980). *CADL communicative abilities in daily living: A test of functional communication for aphasic adults*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Holland, A. L. (1982). Observing functional communication of aphasic adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, *47*(1), 50-56. doi:10.1044/jshd.4701.50
- Holland, A., Fratalli, C., & Fromm, D. S. (1999). *CADL-2: Communication Activities for Daily Living - Revised*. London, U.K.: Psychological Corp.
- Hopper, T., Holland, A., & Rewega, M. (2002). Conversational coaching: Treatment outcomes and future directions. *Aphasiology*, *16*(7), 745-761. doi:10.1080/02687030244000059
- Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2004). A Set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *11*(1), 67-83. doi:10.1310/CL3V-A94A-DE5C-CVBE
- Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., ... & Myllylä, V. (2000). Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, *10*(6), 455-461. doi:10.1159/000016107
- 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
- Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989). The communicative effectiveness index. Development and psychometric evaluation of a

- functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54(1), 113-124. doi:0.1044/jshd.5401.113
- Manzo, J. F., Blonder, L. X., & Bums, A. F. (1995). The social-interactive organisation of narrative and narrating among stroke patients and their spouses. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 307-327. doi:10.1111/1467-9566.ep10933323
- Murphy, J., & Boa, S. (2012). Using the WHO-ICF with Talking Mats to enable adults with long-term communication difficulties to participate in goal setting. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(1), 52-60. doi:10.3109/07434618.2011.653828
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123. doi:10.1080/02687030600798337
- Paul, D. R., Frattali, C. M., Holland, A. L., Thompson, C. K., Caperton, C. J., & Slater, S. C. (2004). *Quality of communication life scale (ASHA QCL)*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.
- Porch, B. E. (1971). *Porch index of communicative ability: Theory and development* (Vol. 1). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Prutting, C. A., & Kittchner, D. M. (1983). Applied pragmatics. In T.M. Gallagher & C.A. Prutting (Eds.), *Pragmatic assessment and intervention issues in language*, (pp. 29-64). London, U.K.: College Hill Press.
- Prutting, C. A., & Kittchner, D. M. (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52(2), 105-119. doi:10.1044/jshd.5202.105
- Ross, K., & Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, 17(4), 355-364. doi:10.1080/02687030244000716
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50(4), 696-735. doi:10.2307/412243
- Sarno, M. T. (1969). *The functional communication profile: Manual of directions (Rehabilitation Monograph 42)*. New York: New York University Medical Center, Institute of Rehabilitation Medicine.
- Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53(2), 361-382. doi:10.2307/413107

- 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
- Smith, L. (1985). Communicative activities of dysphasic adults: A survey. *British Journal of Disorders of Communication, 20*(1), 31-44. doi:10.3109/13682828509012247
- van der Meulen, I., van de Sandt-Koenderman, W. M. E., Duivenvoorden, H. J., & Ribbers, G. M. (2010). Measuring verbal and non-verbal communication in aphasia: reliability, validity, and sensitivity to change of the Scenario Test. *International Journal of Language and Communication Disorders, 45*(4), 424-435. doi:10.3109/13682820903111952
- Whitworth, A., Perkins, L., & Lesser, R. (1997). *Conversation analysis profile for people with aphasia (CAPPA)*. London, U.K.: Whurr.
- Wielandt, S. & Wilkinson, R. (2012). *Partners van Afasiepatiënten Conversatie Training (PACT)*. [Conversation training for partners of people with aphasia]. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wilkinson, R., Lock, S., Bryan, K., & Sage, K. (2011). Interaction-focused intervention for acquired language disorders: Facilitating mutual adaptation in couples where one partner has aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology, 13*(1), 74-87. doi:10.3109/17549507.2011.551140
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva, Switzerland: Author.
- Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology, 25*(3), 309-322. doi:10.1080/02687038.2010.508530



Juan del Rosal, 14  
28040 MADRID  
Tel. Dirección Editorial: 913 987 521