

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA

**DETERMINACIÓN DE LAS HABILIDADES NECESARIAS EN UN COMPAÑERO DE  
COMUNICACIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES QUE PROPICIAN  
UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN USUARIOS CON AFASIA**

**INTEGRANTES:**

Fernanda Barahona Fuentes  
Felipe Bravo Guerrero  
Natalie Gálvez Orellana  
Jorge Valdebenito Medel

**TUTOR PRINCIPAL:**

Claudia Olivares Matus

**TUTORES ASOCIADOS:**

Ilse López Bravo  
María Fernanda Salazar

Santiago – Chile  
2015





UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA

**DETERMINACIÓN DE LAS HABILIDADES NECESARIAS EN UN COMPAÑERO DE  
COMUNICACIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES QUE PROPICIAN  
UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA EN USUARIOS CON AFASIA**

**INTEGRANTES:**

Fernanda Barahona Fuentes  
Felipe Bravo Guerrero  
Natalie Gálvez Orellana  
Jorge Valdebenito Medel

**TUTOR PRINCIPAL:**

Claudia Olivares Matus

**TUTORES ASOCIADOS:**

Ilse López Bravo  
María Fernanda Salazar

Santiago – Chile  
2015

## **Agradecimientos**

Con las siguientes palabras queremos agradecer a todas personas que fueron parte de este largo proceso y que nos ayudaron a hacer posible el desarrollo de nuestro seminario de investigación.

Primeramente, le damos nuestros más profundos agradecimientos a nuestra estimada tutora, la fonoaudióloga Claudia Olivares, por todo el apoyo, compromiso y dedicación que tuvo con nosotros en todo momento, por responder nuestros mensajes en busca de ayuda a toda hora, por contactar a tantos de sus colegas, y principalmente por haber sido nuestra imprescindible guía.

Se nos hace indispensable agradecer a todos los fonoaudiólogos participantes del proceso, por su amabilidad y disposición para contactarnos con sus usuarios, junto con guiarnos en el proceso evaluativo y haberse dado el tiempo para participar del juicio de expertos al que fueron invitados. Nuestros más sinceros agradecimientos a cada uno de ellos.

También agradecer a los 21 usuarios que amablemente aceptaron participar de nuestro seminario de investigación. Queremos dar las gracias por su buena disposición y ánimo, por haber respondido un abundante número de preguntas, habernos tolerado cerca de una hora y, a pesar de todo, haberse ido contentos.

Además, nos gustaría agradecer a los bibliotecarios de la Biblioteca Central Dr. Amador Neghme, por ayudarnos a la búsqueda de material bibliográfico para la confección de nuestro marco teórico.

Finalmente, queremos agradecer a nuestras familias, fuente de apoyo incondicional, que nos motiva y aconseja en cada decisión de nuestras vidas. Muchas gracias por el constante apoyo en estos años de crecimiento académico y en la culminación de este proyecto de tesis.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	2
<b>II. Introducción:</b> .....	3
<b>III. Marco Teórico</b> .....	4
<b>3.1 Definición de Lenguaje y modelos</b> .....	4
<b>3.2 Trastornos de la comunicación</b> .....	8
<b>3.3 Causas de los trastornos comunicativos</b> .....	9
3.3.1 Accidente cerebrovascular (ACV).....	9
3.3.3 Tumores cerebrales .....	12
3.3.4 Infecciones .....	13
3.3.5 Enfermedades nutricionales y metabólicas.....	14
3.3.6 Otras enfermedades neurológicas asociadas a la afasia .....	14
<b>3.4 Trastornos de la Comunicación de origen adquirido: Contexto local y panorama a nivel nacional</b> .....	16
<b>3.5 Historia del concepto de afasia</b> .....	17
3.5.1 Período Preclásico .....	17
3.5.2 Período Clásico .....	18
3.5.3 Período Moderno.....	19
3.5.4 Período Contemporáneo.....	20
<b>3.6 Concepto de Afasia</b> .....	21
<b>3.7 Tipos de afasia</b> .....	21
3.7.1 Afasia de Broca: .....	22
3.7.2 Afasia Global:.....	22
3.7.3 Afasia no Fluente Mixta:.....	23
3.7.4 Afasia Transcortical Motora:.....	23
3.7.5 Afasia Transcortical Mixta:.....	23
3.7.6 Afasia de Wernicke: .....	24
3.7.7 Afasia de Conducción: .....	24
3.7.8 Afasia Transcortical Sensorial:.....	25

3.7.9 Afasia Anómica:.....	25
<b>8. Rol del Fonoaudiólogo en las afasias.....</b>	<b>26</b>
3.8.1 Evaluación de la afasia: .....	26
3.8.2 Intervención en la afasia: .....	28
<b>3.9 Discapacidad y afasia .....</b>	<b>30</b>
<b>3.10 Familia y redes.....</b>	<b>33</b>
<b>3.11 Importancia de los compañeros de comunicación.....</b>	<b>35</b>
<b>3.12 Factores contextuales que influyen en la comunicación.....</b>	<b>39</b>
<b>IV. Objetivos .....</b>	<b>42</b>
<b>V. Materiales y métodos .....</b>	<b>44</b>
5.1 Tipo de diseño.....	44
5.2 Variables.....	45
5.2.1 Operacionalización de las variables.....	46
5.3 Población y grupo de estudio .....	49
5.3.1 Muestra.....	50
5.3.2 Criterios de exclusión: .....	51
5.4 Forma de selección de unidad de análisis .....	53
5.5 Procedimientos para obtención de datos .....	54
5.6 Instrumento de Recolección de Datos .....	57
5.7. Juicio de Expertos .....	63
<b>VI. Resultados.....</b>	<b>69</b>
<b>VII. Discusión .....</b>	<b>82</b>
<b>VIII. Conclusiones .....</b>	<b>84</b>
<b>IX. Bibliografía.....</b>	<b>87</b>
<b>X. Anexos .....</b>	<b>93</b>
10.1 Consentimiento Informado.....	93
10.2 Mini Mental Test de Folstein (MMSE) .....	96
10.3 Ficha Clínica Fonoaudiológica .....	97
10.4 Pauta de expertos .....	99
10.5 Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia en 2° persona.....	110

10.6 Mini Protocolo Para Pacientes Afásicos .....	115
10.7 Manual de las habilidades necesarias en un compañero de comunicación, los factores ambientales y aspectos emocionales que propician una comunicación efectiva.....	116

## Resumen

La afasia es un trastorno de origen neurológico que altera la comprensión y la expresión del lenguaje. Por ende, las personas afectadas deben desarrollar estrategias comunicativas y/u otros apoyos como los compañeros de comunicación. A raíz de esto, surge la necesidad de determinar las características verbales y no verbales de un compañero comunicativo, junto con las características emocionales y ambientales que propician comunicación efectiva.

En el presente estudio se aplicó el “Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia” a 18 usuarios con afasia que asistían a terapia fonoaudiológica en cuatro Centros de Salud de la Región Metropolitana. Además del cuestionario, se les aplicó el Mini–Mental State Examination (MMSE) y el PLEPLAF (Protocolo de Lenguaje para Pacientes Afásicos).

Como resultados se pudo constatar que el uso de palabras conocidas y cotidianas para el usuario, repetición de lo dicho por el interlocutor y utilizar oraciones con poco detalle son facilitadores verbales. Mantener el contacto ocular, hablar con una persona a la vez y usar gestos y pausas son facilitadores no verbales. Establecer un diálogo en persona en un lugar tranquilo, cerrado y con poco ruido son facilitadores ambientales. En relación a aspectos emocionales, los usuarios sienten que logran comunicarse sin dificultades con los profesionales de la salud, disfrutan conversar a pesar de su dificultad, se sienten apoyados en su problema, sienten comodidad al preguntarles si comprenden el mensaje entregado y tranquilidad al expresarse con otras personas.

Finalmente, con los resultados se redactó un manual destinado a la comunidad.

## **Abstract**

Aphasia is a neurological disorder that affects language expression and comprehension language expression and comprehension. People that is affected by aphasia must develop communication strategies and/or another support as communication partners strategies. Because of this, is needed to determine verbal and nonverbal characteristics of a communication partner, along with emotional and environmental characteristics that promote effective communication.

In the present study, the "Questionnaire communication needs for patients with aphasia" was applied to 18 users with aphasia that assist to speech therapy in four health centers in the Metropolitan Region. In addition to the questionnaire, were administered the Mini-Mental State Examination (MMSE) and PLEPLAF (Protocolo de Lenguaje para Pacientes Afásicos).

As a result, it was found that the use of known and day-to-day words, repeating what was said by the interlocutor and use sentences with less detail are verbal facilitators. As well as keep eye contact, talk to one person at the time and use gestures and pauses are nonverbal facilitators. Establish a dialogue in person in a quiet and closed places and with less environmental noise are environmental facilitators. Regarding emotional aspects, users feel able to communicate seamlessly with health professionals, they enjoy the conversations despite their difficulties, they feel supported in their problem and comfort when the other asked if they understand the delivered message and feel calm to express with other persons.

Finally, with the results, a manual was drafted for the community.

## **II. Introducción:**

Los trastornos de la comunicación producen una situación de discapacidad importante en la sociedad chilena, en donde la causa de este estado se debe en un gran porcentaje a accidentes cerebrovasculares, los cuales producen un daño neurológico que altera las capacidades del usuario. Entre estos trastornos comunicativos se encuentra la afasia, un trastorno del lenguaje causado por una lesión en las áreas que controlan la emisión y comprensión de éste. Esto supone un problema tanto para los usuarios como para las personas que lo rodean, ya que necesitan generar nuevas estrategias o métodos alternativos para lograr comunicar sus necesidades. Por lo tanto, es de vital importancia que existan métodos alternativos de comunicación que sean finalmente una estrategia que facilite la inserción o reinserción tanto social, laboral y familiar a nivel comunicativo. Una de estas estrategias tiene relación con entrenar a compañeros de comunicación que cuenten con determinadas habilidades que permitan potenciar y utilizar de la mejor manera posible todos los recursos comunicativos que poseen, así con ello facilitar el intercambio de información con un usuario que se ve limitado por una afasia.

Es por esto que existe la necesidad de describir las habilidades comunicativas que debe tener este compañero, de acuerdo a las necesidades referidas por los usuarios que presentan un trastorno afásico de tipo no fluente, específicamente Afasia de Broca, Afasia Transcortical Motora, Afasia no Fluente Mixta y Afasia Global; y de tipo fluente, como es la Afasia Anómica, Afasia de Conducción, Afasia de Wernicke y Afasia Transcortical Sensorial.

Por medio de un cuestionario con preguntas de respuesta cerrada, se obtendrán las habilidades necesarias en un compañero de comunicación y las características ambientales que propician una comunicación efectiva en usuarios con afasia. Finalmente, con las respuestas dadas se confeccionará un manual que exponga los resultados obtenidos del estudio, destinado al ámbito fonoaudiológico.

### III. Marco Teórico

#### 3.1 Definición de Lenguaje y modelos

El lenguaje, según Lecours y Lhermitte (1979), es “el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estados psíquicos a través de materialización de signos multimodales que simbolizan estos estados de acuerdo con una convención propia de una comunidad lingüística”. Esta definición apunta a que el lenguaje tiene una base biológica, un componente expresivo y comprensivo, que se constituye de signos y combinaciones de éstos, y que además, tiene diferentes niveles de organización a partir de una convención (Peña-Casanova, 2001).

Existen diversos modelos que explican el lenguaje, uno de ellos es el propuesto por Bloom y Lahey, en donde se divide el lenguaje en 3 dimensiones: forma, contenido y uso (Bloom & Lahey, 1978). Este modelo plantea que la dimensión “contenido” hace referencia a los conceptos, a la semántica (significado de las palabras). La dimensión “uso” hace referencia al uso de las reglas del lenguaje, al nivel de la pragmática (respetar la alternancia de roles en un diálogo, considerar el contexto de la situación, entre otros). Por último, la dimensión “forma” hace referencia a los niveles fonológico, morfosintáctico y léxico del lenguaje, viéndose afectado principalmente en los trastornos de tipo afásico (Donoso & González, 2012).

En cuanto a la organización cerebral y funcionamiento del lenguaje, se sabe que además del hemisferio izquierdo, participa el hemisferio derecho, las áreas prefrontales, áreas perisilvianas y elementos subcorticales (Donoso, 1989).

El hemisferio cerebral izquierdo es el que alberga el lenguaje en el 90% de las personas diestras y en un 70% de las personas zurdas, por ende, su rol es fundamental para la organización del lenguaje, tanto en la comprensión como en la expresión. Para recepcionar los sonidos se necesita el área auditiva primaria, ubicada en el lóbulo temporal de ambos hemisferios, mientras que el área de Wernicke ubicada en el lóbulo temporal izquierdo es útil para la decodificación de estos sonidos en cuanto a lo lingüístico. Además, ésta última área está conectada a través de redes corticales con otras zonas del cerebro que también cooperan con la asignación de un significado a las palabras (Zarranz, 2008).

En el caso de la escritura, la información que se encuentra en el área de Wernicke y las áreas asociativas cercanas debe llegar a la corteza motora del lado dominante de la persona. Para la lectura, la información visual llega al área visual primaria, pasando a otras áreas asociativas parietooccipitales para reconocer las palabras y frases, y así finalmente alcanzar el giro angular que actúa como zona intermodal con la información lingüística auditiva (Zarranz, 2008).

El lenguaje entonces, es un sistema funcional, que depende de las distintas áreas corticales y subcorticales que se ven involucradas en el funcionamiento y procesamiento de éste (Diéguez & Peña-Casanova, 2012; González, 2011). Más detalladamente, pensando en un adulto diestro que aprendió a leer y escribir, las áreas cerebrales en las cuáles está representado el lenguaje y/o que interactúan con el sistema cerebral encargado de procesar el lenguaje son:

a) Pars orbitalis y corteza prefrontal dorsolateral: Corresponden a las áreas 47 y 46 de Brodmann respectivamente, y ambas se involucran en el procesamiento de la sintaxis. En el caso de la corteza prefrontal, se asocia también a la comprensión de oraciones (Chapey, 2008; Friederici, 2012; Ardila, 2014).

b) Área de Broca: Corresponde a las áreas 44 y 45 de Brodmann (pars triangularis y opercularis), la cual está ubicada en el lóbulo frontal. Esta área está relacionada con la comprensión y expresión de estructuras sintácticas y con el procesamiento de verbos (González, 2011; Chapey, 2008; Friederici, 2012; Ardila, 2014). Además, participa de la planificación y programación motora del habla y de la secuenciación de procesos motores (Webb & Adler, 2010).

c) Área de Wernicke: Corresponde a las áreas 22 y 42 de Brodmann, que se localizan en el lóbulo temporal izquierdo. Está relacionada con el ámbito expresivo del lenguaje, más específicamente con el procesamiento de la selección del léxico (selección de morfemas) y también participa de la comprensión del lenguaje, en la comprensión auditiva, haciendo una conexión entre el área auditiva y otras zonas (González, 2011; Ardila, 2006; Friederici, 2012; Ardila, 2014, Goodglass & Kaplan, 1986).

d) Áreas prefrontales: Se dividen en tres áreas: frontomedial, frontoorbitaria y frontodorsolateral. La primera estaría encargada de la motivación e iniciativa. La segunda zona se relaciona con el juicio social, la conducta reflexiva, el poder considerar el impacto de la conducta sobre un otro y con la habilidad de inferir acerca del estado mental de otra persona, relacionado directamente

con el discurso de tipo conversacional. Por último, la tercera área participa en el ámbito discursivo, relacionado con la iniciación, planificación, mantención, monitoreo, verificación, detención, entre otros, de la conducta verbal (Ardila, 2012). En definitiva se relacionan con la programación, regulación y verificación de la conducta (Luria, 1980; Kaczmareck, 1987).

e) Giro Supramarginal: Es el área 40 de Brodmann, alojada en el lóbulo parietal. Se relaciona con el procesamiento fonológico. Es parte del circuito fonológico, junto con el fascículo longitudinal superior (González, 2011; Chapey, 2008; Friederici, 2012). Una lesión en esta área se asocia a problemas de escritura como agrafia (Webb & Adler, 2010).

f) Giro Angular: Es el área 39 de Brodmann, ubicada en el lóbulo parietal izquierdo. Tiene una importante función en la integración multimodal (táctil, auditivo y visual), lectoescritura y procesamiento semántico (Davis, 1993, González, 2011; Chapey, 2008).

g) Fascículo longitudinal superior: Es un tracto que conecta varias zonas participantes del lenguaje. Se compone por 5 elementos encargados de estas interconexiones cerebrales y que se relacionan con la fonología, evocación léxica y articulación. Uno de estos componentes es el fascículo arqueado y conecta el área de Wernicke y Broca; conexión indispensable para la repetición de palabras y enunciados. Además, es un fascículo relevante para el aprendizaje y expresión del lenguaje (Chapey, 2008; Friederici, 2012; Catani, 2008, Galantucci, 2014).

h) Fascículo longitudinal inferior: Conecta la región donde se encuentra la memoria semántica con la región occipital y participa en la denominación de objetos vivos (Catani, 2008; Catani, 2012).

i) Fascículo Uncinado: Genera una conexión frontotemporal. Su participación estaría relacionada con la nominación de nombres propios y la comprensión auditiva (Catani, 2008; Catani, 2012; Papagno, 2011).

Se debe destacar que a pesar de estos fascículos anteriormente mencionados se encuentran presentes tanto en hemisferio cerebral derecho como izquierdo, tienen una mayor representación en el hemisferio dominante de cada persona (Catani, 2008; Catani, 2012).

j) Lóbulo temporal: Se constituye por las áreas de Brodmann 20, 21, 37 y 38, que respectivamente son el tercer y el segundo giro temporal, parte del giro fusiforme y el polo

temporal. Habría una conexión entre el primer giro temporal y estas zonas, que se encargaría del procesamiento léxico-semántico, el cual se hace necesario en la denominación y comprensión de las palabras. Además, la memoria semántica se ubica en este lóbulo (González, 2011; Friederici, 2012).

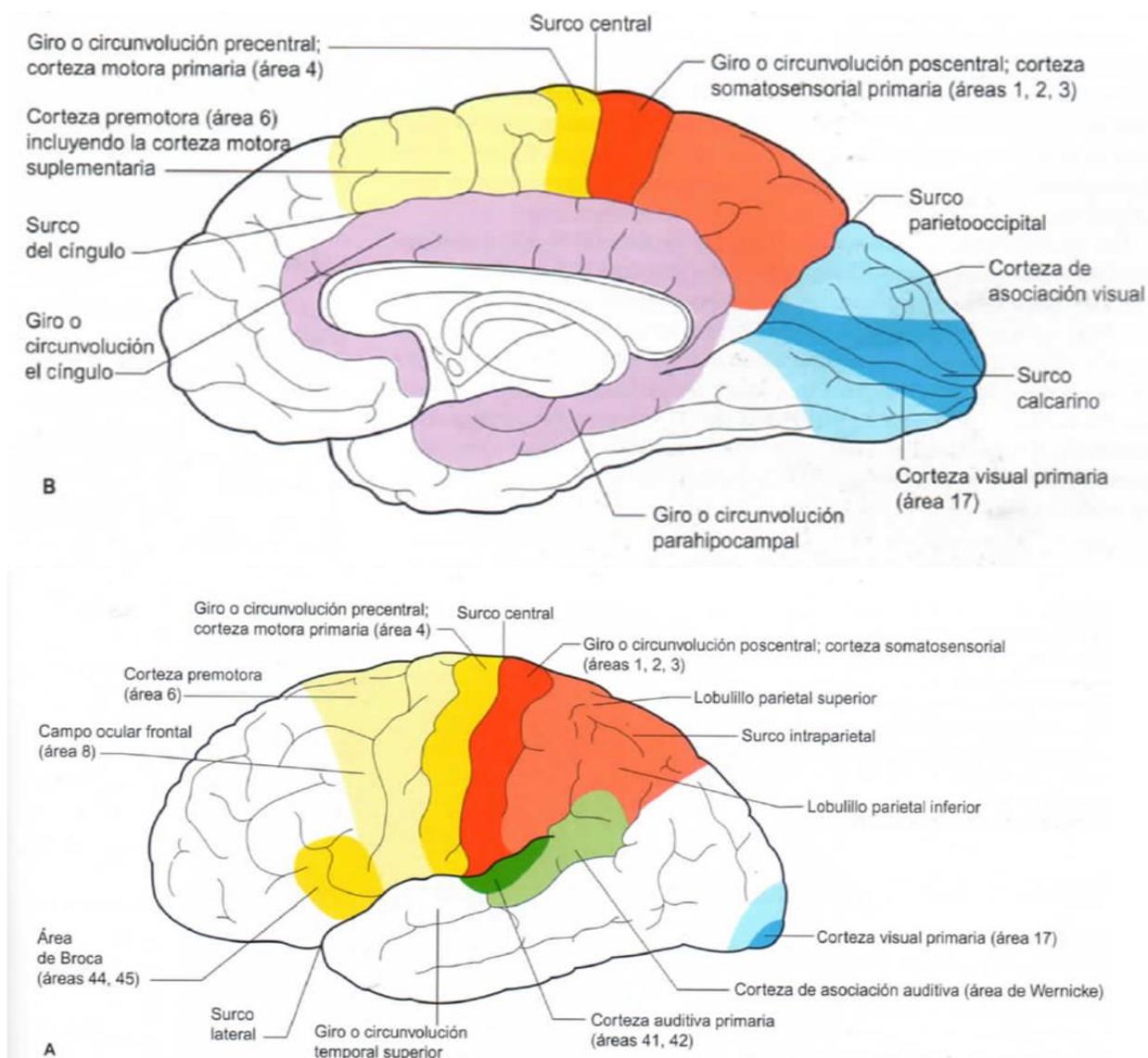
k) Ínsula: Su función sería realizar un procesamiento intermedio entre el lenguaje y el habla, ya que se ha planteado que tiene un papel en la conversión de los fonemas a información motora y con el procesamiento articulatorio complejo (González, 2011; Dogil, 2002). Su afección se traduciría en una apraxia del habla (Dronkers, 1996).

l) Hemisferio Derecho: Este hemisferio procesa la información de manera no secuencial y tiene una representación del lenguaje más difusa, en comparación al hemisferio izquierdo. Se relaciona con la pragmática y el discurso (tanto comprensión como expresión de éste). También se encarga de interpretar el lenguaje figurativo, identificar la prosodia, las emociones y el procesamiento semántico (Joannete, 2008; Donoso, 2012; Webber & Adler, 2010; Brookshire, 2007). Junto con esto, se relaciona con el procesamiento visuoespacial y la percepción visual (Webb & Adler, 2010).

m) Áreas subcorticales: También el tálamo y los ganglios de la base son participes del lenguaje. El circuito córtico-tálamo-cortical, compuesto por la interconexión de varias zonas corticales y subcorticales, se relaciona con el aspecto léxico-semántico. Además, existe otro circuito formado por las conexiones entre el área temporo-parietal, núcleo caudado, globo pálido y núcleo ventral anterior del tálamo, y dependiendo de la interacción que se produzca entre estas zonas, la persona pueda hablar o no (Crosson, 1985; Helm-Estabrooks, 2005).

n) Cerebelo: Además de su función en el aspecto motor, se relaciona con el monitoreo de lo verbal como la fluencia, evocación de palabras, sintaxis, lectoescritura y habilidades metalingüísticas (Murdoch, 2010).

Imágenes de las áreas cerebrales del lenguaje, Crossman, A., y Neary, D. (2007):



### 3.2 Trastornos de la comunicación

Para algunos profesionales, la comunicación implica necesariamente lenguaje y por ende, el tratamiento para personas con alteraciones de la comunicación se puede centrar en volver a recuperar o sustituir las habilidades del lenguaje, o bien reemplazar o compensar la función perdida. En realidad, la comunicación no es exclusivamente lenguaje, sino que incluye también otros comportamientos que le permiten a la persona el poder intercambiar información y

socializar con otros, incluso cuando hablan diferentes lenguas. Entender esto es crucial para poder tener en cuenta las diferencias entre los enfoques para abordar los trastornos de la comunicación que se adquieren en la adultez, que generalmente son resultado de injurias cerebrales ocurridas en personas que antes tenían lenguaje y comunicación normal (Kent, 2004).

Los trastornos de la comunicación como consecuencia de un daño cerebral adquirido pueden provocar alteraciones tanto motoras como neuropsicológicas. Dentro de las motoras, se encuentra la disartria, la apraxia del habla y la anartria; mientras que por el lado de las alteraciones neuropsicológicas se puede encontrar la afasia y otros trastornos cognitivo-comunicativos (Martinell, 2011).

Existen diversos cuadros neurológicos que pueden provocar alteraciones en la comunicación, como por ejemplo, lesiones a nivel del cerebelo o una lesión del hemisferio cerebral izquierdo que tiene una alta probabilidad de provocar afasia. Así también, una lesión en el hemisferio cerebral derecho genera dificultades para el procesamiento del lenguaje no literal, pragmática y en la organización del discurso. También encontramos enfermedades neurodegenerativas como la Enfermedad de Parkinson, que producto de alteraciones en funciones como la memoria, el lenguaje y la atención, provocan un trastorno cognitivo-comunicativo (Martinell, 2011).

### **3.3 Causas de los trastornos comunicativos**

El funcionamiento normal del sistema nervioso puede verse afectado por diversas causas, tales como los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos encéfalo craneanos, tumores, enfermedades infecciosas, nutricionales, metabólicas y neurológicas. Cada una de estas causas puede llegar a provocar distintos tipos y severidades de afasia, lo cual dependerá del lugar y la magnitud de la lesión que se genere (Ardila, 2007).

#### **3.3.1 Accidente cerebrovascular (ACV)**

Es una alteración a nivel cerebral, en la cual existe una interferencia del flujo sanguíneo en una estructura vascular. Esta interrupción puede ser producto de una hemorragia o por una oclusión arterial, también llamado ACV isquémico (Webb & Adler, 2010). De las causas de esta alteración cerebral, la más frecuente es la producida por el ACV isquémico, que en Chile representan un 65% de las enfermedades cerebro vasculares (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013).

Según el estudio realizado por Lavados en el 2005 y datos preliminares del Censo 2012, se estimó que 21.500 personas tendrían un ACV en nuestro país, mientras que 10.000 personas tendrían un primer ACV isquémico y que 12500 personas tendrían un ACV isquémico nuevo o recurrente al año. De acuerdo a la misma estimación, se estableció que 1800 personas quedarían en situación de discapacidad y dependientes por un primer ACV isquémico, y que alrededor de 3100 personas morirían por un primer ACV isquémico. Por otra parte, según la Encuesta Nacional de Salud del 2009-2010, el 2,2% de la población general tendría una ACV, en donde el 8% son personas mayores de 65 años, sin diferencias significativas por sexo (MINSAL, 2013).

El resultado de los ACV provocará signos neurológicos focales aproximadamente a los 10 segundos de ocurrido el evento, y la prolongación en el tiempo es de más de 24 horas. Estas manifestaciones clínicas dependerán del lugar de alteración cerebrovascular y del tamaño o severidad del área afectada (Litvinas, 2009). Si afecta territorios de irrigación de grandes vasos sanguíneos como lo es el de la arteria carótida, los signos que predominan son los unilaterales y las consecuencias más frecuentes son la hemiplejía, hemianestesia, hemianopsias, afasia y gnosias; mientras que la afección del tronco basilar origina alteraciones de ambos lados del cuerpo y el trastorno motor del habla sería una disartria (Ropper & Samuels, 2009).

Según la Guía del Ministerio de Salud (2013), dentro de los factores de riesgo del ACV se encuentran los no modificables y los modificables. Dentro del primer grupo, los factores no modificables serían la edad, el sexo masculino y los antecedentes familiares de ACV. Mientras que los factores modificables se dividen en fisiológicos como la hipertensión, la diabetes mellitus, la dislipidemia, fibrilación auricular, entre otros; y los conductuales, vinculados al estilo de vida de las personas como el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad y el sedentarismo.

Otro término relevante en la explicación del ACV, es el accidente isquémico transitorio o AIT, en el cual hay una disminución temporal del riego sanguíneo, lo que ocasiona síntomas neurológicos transitorios que duran menos de 24 horas (Webb & Adler, 2010). Este accidente, eleva las probabilidades de tener un ACV en la primera semana de ocurrida la alteración, por lo que es importante la intervención del usuario luego de producido el cuadro (Martini & Kent, 2010).

### 3.3.2 Traumatismo encéfalo craneano

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) es aquella lesión física, debido a un intercambio brusco de energía mecánica, entre el conjunto encéfalo craneano y el agente traumático (Ortiz, 2006). Datos estimativos en nuestro país indican que la tasa de hospitalización por TEC es de 200 por 100.000 habitantes por año. El TEC corresponde a la primera causa de muerte y discapacidad de la población menor de 45 años de edad, en donde se ven afectados principalmente los hombres (MINSAL, 2013).

Un TEC puede tener diversos efectos a nivel cerebral, pudiendo lesionar de forma directa el cerebro, provocar una interrupción del flujo sanguíneo, hemorragias, hematomas, una infección o un foco infeccioso a raíz de las cicatrices que puede dejar (Ardila, 2007). Las lesiones del encéfalo pueden ser de tipo primario o secundario. Las de tipo primario se producen al momento del fenómeno de contacto o impacto cerebral, como las fracturas de cráneo, contusiones y heridas a nivel del cuero cabelludo. Las lesiones de tipo secundario se producen posterior al fenómeno mecánico inicial, como el hematoma extradural, el hematoma subdural agudo y las contusiones hemorrágicas cerebrales (Yáñez, 2011).

Se pueden clasificar los traumatismos encéfalo craneanos en abiertos y cerrados de acuerdo a la indemnidad meníngea. Los primeros ocurren cuando ha sido penetrado el cráneo, y puede ocasionar que fragmentos de huesos se alojen a nivel del parénquima cerebral. Por lo general, este tipo de lesiones no provoca una pérdida de conciencia, y las alteraciones a nivel neurológico y neuropsicológico que pueden llegar a presentar, son secundarias a la lesión cortical focal (Ardila, 2007). Por otro lado, los TEC cerrados se producen por un mecanismo de aceleración y desaceleración de todo el encéfalo, como en accidentes de vehículos motorizados, aunque en casos ocasiones resultan de caídas y agresiones. Por lo general, los TEC cerrados producen pérdida de la conciencia como consecuencia de alteraciones de las estructuras que se encuentran a nivel del tallo cerebral (Love & Webb, 1999).

Existen diversas secuelas a raíz de un traumatismo encéfalo craneano. A nivel de secuelas neuroconductuales son visibles las deficiencias focales y las deficiencias difusas. Las primeras pueden manifestarse como deficiencias específicas del lenguaje, como también una parálisis de un músculo concreto o un conjunto muscular. Entre este tipo de deficiencias se pueden encasillar trastornos como el mutismo, la disartria, la palilalia, tartamudez, trastornos vocales, hipoacusia y disfunciones perceptivas de audición y de visión. Entre las deficiencias difusas, que son más comunes, se manifiestan principalmente como desorganización cognitiva. Procesos tales como la atención, la percepción, la memoria, el aprendizaje, la organización, el

razonamiento, la resolución de problemas y la capacidad de enjuiciamiento son los más comprometidos debido a los TEC (Love & Webb, 1999).

### 3.3.3 Tumores cerebrales

Son masas de tejido anómalo que se desarrollan en el organismo producto de un crecimiento anormal de células, que no cumplen una función dentro del organismo (Webb & Adler, 2010). Se conoce aquellos tumores que son originados primariamente dentro del sistema nervioso, envolturas o vainas como tumores primarios; mientras que los tumores que se originan en otras localizaciones y se expanden hacia el sistema nervioso, reciben el nombre de metástasis cerebral o tumores secundarios (Yáñez, 2011).

Los tumores primarios pueden afectar la cavidad craneana, el canal raquídeo, el cerebro y la médula espinal. Este tipo de tumores pueden ser benignos o malignos. El aumento del volumen de los tumores benignos es lento, y pueden llegar a alcanzar un gran tamaño sin que se observe una sintomatología evidente, la cual se produce debido a la compresión de estructuras nerviosas en forma progresiva, llegando a provocar déficit neurológico, convulsiones, cefalea y síndromes endocrinológicos (MINSAL, 2012). Los tumores primarios se encuentran bien definidos, por lo que no se infiltran dentro del parénquima cerebral, y una vez que son extraídos no vuelven a desarrollarse.

Los tumores malignos se desarrollan principalmente de células gliales, y su resección es más difícil debido a que se infiltran y se confunden con el tejido cerebral. Una vez que son extraídos, estos vuelven a reproducirse. Su malignidad y velocidad de crecimiento depende de la célula glial de la cual comenzó a reproducirse el tumor, donde los glioblastomas se consideran los de crecimiento más rápido y altamente malignos (Ardila, 2007).

Los tumores cerebrales metastásicos comienzan como cáncer en una zona extracerebral, y se propaga hacia el cerebro. Entre el 80-90% de los casos, la propagación de las células cancerígenas hacia el cerebro provoca múltiples tumores a nivel cerebral. Los cánceres de pulmón, piel, riñón, colon y mamas son los que tienden con mayor frecuencia a propagarse a nivel cerebral. El pronóstico suele ser malo, ya que sólo en menos del 10% de las metástasis cerebrales se encuentran antes de que se diagnostique el cáncer primario (American Brain Tumor Association, 2012).

La presentación clínica de los tumores depende de la localización de estos. Generalmente se presentan crisis convulsivas, problemas de concentración, cefalea, vómitos, diplopía y alteraciones neuropsicológicas. Si la lesión se produce directamente en las áreas del lenguaje o afecta de forma indirecta la función de los mecanismos que participan en el lenguaje, se puede producir una afasia. Entre menor sea la velocidad de crecimiento del tumor, menor será la sintomatología (Ardila, 2007).

#### 3.3.4 Infecciones

Se presentan cuando el organismo es invadido por un agente patógeno que produce una enfermedad, ya sea un virus, una bacteria, un hongo o parásito. Por lo general, las infecciones a nivel cerebral tienen como foco infecciones localizadas extracerebrales, aunque también pueden tener un origen hematógeno o introducida directamente a nivel cerebral producto de una punción lumbar, un procedimiento quirúrgico o un TEC (Ardila, 2007).

a) Encefalitis herpética: Se trata de una enfermedad infecciosa grave asociada al virus del herpes simple VHS1 o VHS2. Se presenta de forma endémica, sin estacionalidad y en usuarios inmunocompetentes. Entre sus manifestaciones clínicas se encuentra la presencia de fiebre, cefalea y alteraciones de la conciencia. Ésta enfermedad compromete al lóbulo temporal, por lo que puede provocar alucinaciones, cambios de personalidad y afasia. Se presenta con mayor frecuencia en personas mayores a 35 años, y suele tener una letalidad cercana al 70% si es que no recibe el tratamiento necesario (Fica, Pérez, Reyes, Gallardo, Calvo & Salinas, 2005).

b) Leucoencefalopatía multifocal progresiva: Corresponde a una infección desmielinizante que compromete gravemente al sistema nervioso central. La mayor parte de los infectados se contagian en la niñez, pero sólo se vuelve activo en personas que tienen un sistema inmunológico debilitado, como personas que están recibiendo quimioterapia contra el cáncer, o aquellas con un sistema inmunológico afectado por el VIH. Entre las manifestaciones de esta enfermedad, los usuarios muestran hemiparesia (42%), alteraciones cognitivas (36%), defectos del campo visual (32%), ataxia (21%), afasia (17%), déficit de pares craneales (13%) y déficit sensitivos (9%) (Lasso, & Cerón, 2012).

c) Absceso cerebral: Corresponde a la infección purulenta del parénquima cerebral de tipo focal, generalmente provocada por una infección del tipo bacteriana micótica o fúngica. Cuando las células cerebrales infectadas, los leucocitos y la bacteria u hongo generador de la infección

se acumulan en un área del cerebro, se forma una cápsula fibrosa alrededor de ellos creando una masa que genera presión sobre el tejido cerebral. Las manifestaciones clínicas del absceso dependen de la localización, evolución, agente patógeno, tamaño del absceso, número de abscesos, estado inmunológico del usuario, entre otros factores. Entre los síntomas que se manifiestan se menciona cambios en el estado mental, cefalea, ataxia y afasia, siendo esta última manifestación el signo clínico más común en el absceso cerebral (Molina, Armijo, & Mimenza, 2010).

d) Toxoplasmosis: Infección causada por el toxoplasma gondii, un protozoo parásito intracelular, del cual las personas se contagian al ingerir quistes eliminados con las heces del gato o carne con quistes (Zarranz, 2008). La infección aguda del toxoplasma es asintomática en individuos sanos, pero al existir una inmunosupresión, pueden comenzar a aparecer las primeras manifestaciones clínicas. El toxoplasma afecta difusamente todo el sistema nervioso central, y el crecimiento del protozoo parásito dentro de la cavidad intracraneana causa efecto de masa provocando la aparición de hemiparesia, hemihipoestesia, ataxia, aumento del tono muscular, respuesta del reflejo extensor plantar, disfunción cerebelosa, parálisis de pares craneales, afasia y convulsiones focales (Casanova Sotolongo, Casanova Carrillo, & Casanova Carrillo, 2002).

### 3.3.5 Enfermedades nutricionales y metabólicas

Una falta de nutrientes como las vitaminas, o anormalidades circulatorias secundarias a la desnutrición, pueden conllevar a producir defectos a nivel neurológico y neuropsicológico. El alcohol, además de asociarse a una disminución en la ingesta de alimentos, posee propiedades inhibitorias sobre la absorción de tiamina o vitamina B1, cuya carencia provoca enfermedades como el síndrome de Korsakoff, donde se evidencian problemas a nivel de la memoria, confabulación, alteraciones a nivel visual y deterioro de la fluidez verbal (Nardone, Höller, Storti, Christova, Tezzon, Golaszewski, Trinkka, & Brigo, 2013).

### 3.3.6 Otras enfermedades neurológicas asociadas a la afasia

a) Síndrome de Landau-Kleffner: También denominado “afasia adquirida con trastorno compulsivo” o “afasia infantil adquirida con epilepsia”. Suele aparecer entre los tres y los ocho años manifestándose una pérdida de la comprensión auditiva verbal, así como en los procesos expresivos, que se habían desarrollado previamente de forma adecuada. Los síntomas lingüísticos más comunes son la incapacidad para comprender el lenguaje hablado, problemas

articulatorios y un descenso muy significativo en su producción hablada (Lozano González, & Lozano Fernández, 2000). Anterior a la edad de presentación, los niños tienen un desarrollo típico. El Síndrome de Landau-Kleffner se caracteriza por la asociación de afasia adquirida, por lo general de tipo receptivo, y un trazado electroencefalográfico en el que se observan descargas de puntas y puntas-ondas focales, multifocales y generalizadas, que se incrementan durante el sueño. Las crisis epilépticas, los trastornos de conducta y la disfunción motora son frecuentes, aunque no están presentes en todos los niños. En estos usuarios se ha observado hipercinesia, estallidos de ira, rebeldía, manifestaciones agresivas y rasgos autistas. Se desconocen las causas de este síndrome, sin embargo se ha planteado que el mecanismo autoinmunitario y algunas infecciones, como las producidas por el virus del herpes simple, pudieran estar involucradas en su origen (Pozo Alonso, Pozo Lauzán, Blanca Valdés, Simón Chibás, Llanes Cepero, & Pozo Alonso, 2005).

b) Epilepsia: Es una enfermedad cerebral crónica que provoca la aparición de eventos paroxísticos o crisis epilépticas, generadas por la descarga sincrónica y exagerada de un grupo o la totalidad de las neuronas de la corteza cerebral. Debido a sus diversas etiologías, crisis, edades de presentación y alteraciones, se agrupa en un síndrome epiléptico. Cuando la descarga anómala ocurre en amplias zonas de ambos hemisferios cerebrales, se designa como crisis generalizada. Mientras que si la descarga anormal se da en un área cerebral determinada, se denomina crisis focal o parcial (Yáñez, 2011). Entre este tipo de crisis se encuentra las que tienen su inicio en el lóbulo frontal, que pueden ocasionar una detención del lenguaje y afasia si son en el hemisferio dominante (Forcadas-Berdusán, 2002).

c) Enfermedad de Alzheimer: Es la principal causa de demencia entre los adultos mayores, dada por una pérdida de neuronas y sinapsis, que provoca la atrofia de distintas zonas cerebrales. Se expresa como una demencia de inicio insidioso y lentamente progresivo, con problemas a la memoria de corto plazo en el amanecer de la enfermedad, y termina con el usuario totalmente dependiente y postrado. Tiene una mayor incidencia a medida que avanza la edad, y suele afectar con mayor frecuencia a mujeres que a hombres. Son muy frecuentes los trastornos a nivel conductual, como depresión, estados confusionales, trastornos del sueño, y ansiedad (Donoso, 2003). Desde el punto de vista del lenguaje, la persona con Alzheimer en sus etapas iniciales presenta una anomia asociada a parafasias semánticas, y posteriormente asociada también a parafasias fonológicas. La comprensión disminuye gradualmente, mientras que el lenguaje se simplifica, aunque se conservan la repetición y la gramática hasta periodos avanzados de la enfermedad (Nogales-Gaete, Donoso & Verdugo, 2005)

d) Demencia frontotemporal (DFT): Corresponde a un tipo de demencia, en que se ven afectados principalmente los lóbulos frontales y temporales del cerebro, predominando uno sobre otro y de forma asimétrica. Se caracteriza por un cambio en la personalidad y en el comportamiento, con una alteración temprana y progresiva del lenguaje. La memoria y las capacidades visuoespaciales se encuentran preservadas durante las etapas tempranas de la enfermedad. Afecta principalmente a personas sobre los 65 años, y la enfermedad tiene una duración entre 3 a 5 años (Charro-Gajate, Diéguez-Perdiguero, & González-Martínez, 2010). A nivel de lenguaje, los afectados con DFT presentan una afasia progresiva (con un habla no fluente, alteración en la expresión y comprensión conservada) si la lesión se encuentra predominantemente en el área perisilviana izquierda, o una demencia semántica (con una afasia anómica fluente con alteración en la comprensión y pérdida del significado) si la lesión se ubica a nivel de la corteza temporal inferolateral izquierda o bilateral (Iragorri, 2007).

#### **3.4 Trastornos de la Comunicación de origen adquirido: Contexto local y panorama a nivel nacional**

La etiología de la afasia es muy diversa, entre las que se encuentran el ACV, tumores y múltiples tipos de enfermedades como causante de este trastorno de la comunicación. Dentro de esto, el ACV es la principal causa de muerte en nuestro país, ya que al año 2010 representaba el 9% de las muertes en Chile (MINSAL, 2013). Además, según Berthier (2005) es la principal etiología de la afasia, ya que entre el 21-38% de los usuarios con ACV tendrán como consecuencia afasia, siendo ésta casi siempre consecuencia de lesiones en el hemisferio izquierdo.

La afasia secundaria al ACV se asocia directamente con el aumento de la mortalidad de los usuarios, tanto a corto como a largo plazo, ya que un tercio de los usuarios con afasia aguda fallecen durante la hospitalización. Mientras que aquellos usuarios que sobreviven los 6 primeros meses, sólo el 37% lo hacen de manera independiente, mientras que el 63% restante necesita algún tipo de ayuda, lo que significa un importante impacto económico y social para la familia y el país (Lavados, & Hoppe, 2005).

Otra de las causas importantes de afasia son los TEC, que se debe principalmente a accidentes automovilísticos y laborales, siendo la primera causa de muerte en la población entre 20-40 años de edad en nuestro país. En la población infantil, este tipo de traumatismo constituye el 3% de las consultas por urgencia, donde la mitad de los accidentes son del tipo doméstico,

mientras que el resto son en espacios públicos y accidentes de tránsito, llegando a ser la causa de muerte de alrededor de un tercio de los menores de 18 años. Así mismo, el TEC es una causa importante de secuelas neurológicas como deterioro de conciencia, cefalea y convulsiones, en la población económicamente activa. Cuando el traumatismo es grave, las lesiones secundarias son de alta prevalencia, por lo que pueden llevar a un grave daño encefálico e incluso la muerte (MINSAL, 2013).

Por otra parte los tumores, son otra causa de afasia producto de la compresión que se genera sobre áreas relacionadas con el lenguaje, presentan un número de 600 casos por año en nuestro país si se trata de un tumor producido en el encéfalo o el sistema nervioso; mientras que el número asciende a cerca de 35000 casos por año si se consideran todos los tipos de tumores que pueden existir en el organismo (MINSAL, 2012).

Otras causas de afasia, como enfermedades neurodegenerativas tales como la demencia también presentan una alta prevalencia en nuestro país, estimada entre 60000-120000 casos (Behrens, & Vergara, 2007). A estos casos, hay que agregar la población que sufre enfermedades del tipo infecciosas, metabólicas y neurológicas que podrían llegar a ser responsables de afasia, lo que se traduce en una gran cantidad de personas en nuestro país susceptibles de presentar un cuadro afásico.

### **3.5 Historia del concepto de afasia**

La organización cerebral del lenguaje ha sido estudiada desde diferentes perspectivas a lo largo del tiempo, con diversas técnicas y métodos. La neurociencia cognoscitiva nace de la confluencia de múltiples disciplinas, como la psicología experimental, la neurofisiología, la neuropsicología y las ciencias cognitivas, que se enfocaron en el mismo objeto de estudio. La idea de que el cerebro no era un órgano unitario indiferenciado, sino más bien un sistema topográfico relacionado con funciones psíquicas y mentales nació con los estudios de la neuropsicología, que con el arribo de las ciencias cognoscitivas dieron paso a la búsqueda sobre el conocimiento de las representaciones implicadas en los actos perceptivos, cognitivos y motores (Sierra-Fitzgerald & Munévar, 2007). En la literatura se distinguen cuatro períodos en la historia de la humanidad en donde se desarrolla la relación entre el cerebro y el lenguaje (Ardila, 2007).

#### **3.5.1 Período Preclásico**

La primera referencia clara que relaciona las pérdidas verbales con el cerebro se encuentra en el Corpus de Hipócrates, que data del año 400 A.C. En este se reconocen dos subtipos de alteraciones lingüísticas: áfonos y anaudios. Luego, durante el período Romano, la actividad cognoscitiva se relaciona más con los ventrículos cerebrales que con el cerebro, describiendo por primera vez una alexia traumática (Ardila, 2007).

Entre los Siglos XV y XIX se comienzan a obtener diferentes reportes acerca de los trastornos relacionados con el lenguaje, destacándose la descripción de diferentes trastornos cognoscitivos: usuarios con afasia con lenguaje fluido y no fluido, también con incapacidad para repetir y denominar, otros con anomia, agrafia, entre otras alteraciones (Ardila, 2007).

Ya en el siglo XIX, Bouillaud diferencia dos tipos de patologías del lenguaje, uno articulatorio y otro amnésico, al igual como lo hace Lordat en 1843, donde propone la dicotomía entre la pérdida de la habilidad para producir palabras y la pérdida de la habilidad para recordarlas (Ardila, 2007). A comienzos de este mismo siglo surge la Frenología propuesta por Franz Gall (1835), en donde explica que las cualidades intelectuales y morales de las personas están sustentadas en los hemisferios cerebrales, planteando de forma explícita que toda actividad cerebral es el soporte de las actividades cognoscitivas.

### 3.5.2 Período Clásico

La neurociencia cognoscitiva sufrió diferentes cambios a lo largo del tiempo, donde estuvo marcada por dos paradigmas sucesivos: el paradigma estructuralista y el paradigma funcionalista. El paradigma estructuralista se centró en comprender la estructura del cerebro humano a través de su etiquetado y descripción anatómica, correlacionando la lesión cerebral con la disfunción observable (Sierra-Fitzgerald & Munévar, 2007).

En el año 1861 el francés Pierre Paul Broca comenzó el desarrollo de la neurología clínica al estudiar los cerebros de dos usuarios que habían sufrido pérdida del lenguaje además de alteraciones motoras en el habla. En sus observaciones constató la asimetría funcional de los dos hemisferios cerebrales, y que además existía un área específica en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo para el habla expresiva. Los estudios de Broca marcaron un hito importante en la investigación de las bases neurológicas que subyacen al lenguaje y al habla, estimulando a otras investigaciones para el conocimiento de los mecanismos cerebrales del lenguaje y habla (Sierra-Fitzgerald & Munévar, 2007).

Siguiendo el enfoque localizacionista o estructuralista propuesto por Broca, en 1874 Karl Wernicke propone un modelo esquemático de los mecanismos del lenguaje en el cerebro, dándole importancia tanto a los centros funcionales como a los tractos de asociación de estos. En sus observaciones identificó la presencia de un centro auditivo del habla en el lóbulo temporal asociado a la comprensión (Webb & Adler, 2010).

Von Monakov (1914) propuso que toda patología cerebral se acompaña de muchas áreas circundantes afectadas, que provocan gran variabilidad de los cuadros clínicos afectados. Así mismo, la psicología de la Gestalt propuso que el daño cerebral presentaba una sintomatología inconstante por la variación de las alteraciones de la organización cerebral total, con un enfoque holístico en la neuropsicología (Von Monakov, en Ardila, 2007).

Durante los años siguientes surgieron muchos estudios e investigaciones de diversos casos de lesiones cerebrales focales, comenzando la identificación funcional con cada zona lesionada. Así, el desarrollo de la neuroanatomía y las concepciones psicológicas de la época permitieron diferenciar múltiples áreas cerebrales y mapas de localizaciones cerebrales (Donoso, 1998).

### 3.5.3 Período Moderno

La Segunda Guerra Mundial provocó un aumento de usuarios que presentaban alteraciones lingüísticas debido a lesiones cerebrales. Uno de los primeros trabajos realizados post-guerra fue el libro "Afasia Traumática", publicado por Luria en el año 1947. Siguiendo el paradigma funcionalista, este libro conserva la perspectiva topológica sobre la organización cerebral y patología del lenguaje, basándose en el estudio de centenares de personas heridas en la guerra (Ardila, 2007).

Luria introduce el concepto de sistema funcional, en el cual las estructuras cerebrales, corticales y subcorticales participaban en el lenguaje, pero que podían participar en funciones diferentes. Luria estableció una organización jerárquica del cerebro definiendo áreas primarias, secundarias y terciarias, donde la información se procesa en forma espacial y serial, pasando de un nivel a otro. Luria fue quien expresó de manera más clara que el cerebro es un sistema funcional, de composición compleja, funcionamiento variable y flexible a cambios. Además, introduce la interacción social como un elemento importante en la actividad cerebral (Donoso, 1998).

A mediados del siglo XX se realizaron destacados estudios sobre el campo del lenguaje y el habla, que han tenido una importante influencia en el estudio de la Afasia. El neurólogo norteamericano Norman Geschwind revitalizó el conocimiento e interés por la afasia y los trastornos relacionados, que volvieron a tomar un gran espacio dentro de la gama de enfermedades neurológicas, convirtiéndose en el fundador de la neurología comportamental (Webb & Adler, 2010). A través de sus estudios de los síndromes de desconexión, se ha podido concluir que las áreas cerebrales que intervienen en una función están intactas, pero que su desconexión determina defectos funcionales (Donoso, 1998).

Los aportes de la neurolingüística han permitido perfeccionar el estudio clínico de la organización del lenguaje. En 1964, Roman Jakobson propuso que la organización de un mensaje verbal consiste de un proceso de selección de las unidades lingüísticas y un segundo proceso que consiste en la combinación de estructuras más complejas, para poder formar enunciados con unidades relacionadas entre sí en una secuencia lineal determinada. En la segunda mitad del siglo XX, el lingüista Noam Chomsky revolucionó los conceptos de sintaxis y de otros componentes del lenguaje, afirmando que todo ser humano tiene la capacidad innata para adquirir lenguaje, con el concepto teórico de que la gramática está relacionada con conceptos neurológicos, biológicos y genéticos (Jakobson, en Webb & Adler, 2010).

#### 3.5.4 Período Contemporáneo

En este período hay que considerar que los estudios de Gazzaniga en 1989 proponen que el cerebro está organizado de forma estructural y funcional a través de módulos, que operan forma paralela e interactúan entre sí para poder realizar los procesos mentales (Sierra-Fitzgerald & Munévar, 2007). Con el paso del tiempo, los avances tecnológicos permitieron aplicar y corroborar el método clínico-patológico (propuesto por Jean Charcot) a través de técnicas no invasivas que definían con mucha claridad la ubicación real de las lesiones (Donoso, 1998).

El desarrollo de la Imagenología permitió tener una mejor visualización de las estructuras cerebrales, validando los diagnósticos clínicos y permitiendo además estudiar su estado funcional. Las técnicas más usadas son la Tomografía computarizada (TC), Tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía por emisión de fotón único (SPECT), resonancia nuclear magnética (RNM) y resonancia nuclear magnética dinámica (RNMD) (Webb & Adler, 2010).

Además del surgimiento de las imágenes cerebrales, comenzó la utilización de pruebas estandarizadas para la evaluación. Las pruebas y baterías más destacadas mundialmente son la Prueba de Boston para el Diagnóstico de las Afasias, el Token Test, la Prueba de Denominación de Boston, entre otras, que han seguido un camino de estandarización y normalización para los diferentes tipos de poblaciones (Ardila, 2007).

También han aumentado notablemente las técnicas de rehabilitación, centros de rehabilitación, publicaciones internacionales, libros y revistas que han aportado cada vez más al estudio de la Afasiología dentro del mundo científico (Ardila, 2007).

### **3.6 Concepto de Afasia**

La afasia se define como un trastorno del lenguaje causado por una lesión en las áreas que controlan la expresión y comprensión, como también sus componentes: el conocimiento fonológico, morfológico, sintáctico y semántico. Pues bien, las áreas corticales y subcorticales a cargo de las funciones lingüísticas se encuentran principalmente en el hemisferio izquierdo y están interconectadas para codificar el lenguaje; cualquier alteración o lesión en alguna de estas zonas o en las uniones de estas, producirá un cuadro específico de afasia (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

La afasia se puede manifestar de diversas formas según la localización de la lesión y qué componentes del lenguaje están afectados (Rosenbek, LaPointe, & Wertz, 1989). Los modelos clásicos localizacionistas-conexionistas proponen que una lesión en cualquiera de las regiones o conexiones entre dos de ellas, producirá una forma característica y predecible de afasia. Sin embargo, existen diversos factores que influyen en la variabilidad de los síndromes afásicos, como la edad del usuario, etiología, lateralidad, existencia de lesiones cerebrales anteriores, presencia de episodios epilépticos, depresión u otras manifestaciones médicas o psiquiátricas (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

### **3.7 Tipos de afasia**

Ardila (2007) clasifica los distintos tipos de afasia de acuerdo a las correlaciones entre la manifestaciones clínicas y el área anatómica afectada; por tanto, se pueden dividir en afasias fluentes (ubicadas posterior a la Cisura de Rolando o central) y las no fluentes (localizadas anterior a la Cisura de Rolando), en las que los usuarios pueden presentar agramatismo, apraxia del habla, reducción de los enunciados, entre otras. Así también, se definen si se

encuentran cerca de la Cisura de Silvio o región perisilviana, la cual dará un cuadro clínico en el que el usuario tiene una repetición seriamente alterada. Por otra parte están las lesiones que se encuentran en las regiones extrasilvianas, en donde los usuarios presentan conservación de la repetición.

Según la dicotomía planteada por Ardila en el año 2007, se establecerán los distintos cuadros afásicos no fluentes:

#### 3.7.1 Afasia de Broca:

Ha sido conocida por otros nombres a lo largo de la historia, como afasia motora mayor. La lesión de este trastorno del lenguaje generalmente abarca la región frontal lateral izquierda, la prerrolándica y el área superior de la zona perisilviana, y se despliega hacia la sustancia blanca periventricular subcortical adyacente (Yáñez, 2011). Una alteración restringida únicamente al área de Broca no produce este tipo de afasia, ya que las consecuencias de esta lesión causarían leves trastornos en la prosodia y la escritura (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Las características de esta afasia son: presencia de anomia, reducción de la longitud de los enunciados, comprensión auditiva parcialmente conservada y repetición seriamente alterada. El rasgo distintivo es el agramatismo, en donde hay presencia de palabras de contenido (sustantivos, verbos principales) con poco uso de pronombres, preposiciones, artículos (palabras funcionales); también existe esfuerzo en la producción del habla (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Por otro lado, hay otros trastornos asociados al cuadro como lo son la hemiparesia generalmente severa, disfagia, disartria y apraxia del habla, oral, ideomotora y constructiva, además de dificultades en el cálculo matemático (Yáñez, 2011).

#### 3.7.2 Afasia Global:

La lesión se encuentra ubicada en gran parte del área cercana a la Cisura de Silvio (perisilviana), la cual se extiende en su profundidad (Yáñez, 2011).

En este trastorno afásico puede existir mutismo o vocalizaciones-palabras repetitivas, además el usuario recurre a fonación con inflexiones (Webb & Adler, 2010). Según Yáñez (2011), el cuadro se presenta con una anomia profunda, mala repetición y una comprensión y lectoescritura muy afectadas. Otros trastornos que pueden aparecer son alteraciones de la sensibilidad, disfagia, disartria, distintos tipos de apraxia, agnosia visual, anosognosia, acalculia y hemiparesia severa.

### 3.7.3 Afasia no Fluente Mixta:

La lesión se ubica en gran parte de la zona perisilviana y se prolonga hacia la profundidad, sin embargo la dimensión de esta alteración es menor que en la afasia global (Yáñez, 2011).

Se establece que esta alteración podría ser consecuencia de una recuperación del trastorno global del lenguaje. Los usuarios presentan anomia grave, comprensión auditiva parcialmente afectada y mala repetición, mientras que la producción verbal puede restringirse a emisiones estereotipadas, o a un habla escasa con significado, con habla forzada, parafasias fonémicas y perseveraciones (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Así también, hay dificultades en la escritura, en la lectura oral y en el lenguaje automático. Algunos trastornos asociados a esta afasia son la hemiparesia, la disartria, y apraxia del habla, oral, ideomotora, y constructiva, y también, acalculia; pueden también presentarse alteraciones en la deglución y problemas de anosognosia (Yáñez, 2011).

### 3.7.4 Afasia Transcortical Motora:

La lesión se encuentra en la región prerrolándica, específicamente entre la conexión de la corteza motora suplementaria y el área de Broca, sin que esta última se afecte. También se puede dar por alteraciones en otros territorios, como lo son el área motora suplementaria específicamente, las vías de sustancia blanca que pasa por debajo de esta zona o la región anterosuperior al área de Broca en el hemisferio izquierdo (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

Se presenta con dificultades en la fluidez, un esfuerzo mayor que en la afasia de Broca para articular enunciados, además hay afección de la denominación y la lectoescritura; mientras la comprensión, la repetición, el lenguaje automático están generalmente normales (Webb & Adler, 2010). Otros trastornos que pueden estar asociados son la hemiparesia leve y problemas en el cálculo matemático. No presenta alteraciones en la sensibilidad, tampoco dificultades en la deglución, ni disartrias o apraxias (Yáñez, 2011).

### 3.7.5 Afasia Transcortical Mixta:

Es una alteración poco frecuente, en donde el daño que se produce es multifocal, en los lóbulos parietal y frontal, sin embargo la localización de este daño no afecta las áreas del lenguaje (Yáñez, 2011).

Lo más importante de este trastorno es que el lenguaje se encuentra seriamente afectado, exceptuando la repetición y el lenguaje automático; su lenguaje es en base a ecolalias o la repetición de enunciados oídos. La producción articulatoria es buena, sin embargo el lenguaje expresivo es no fluente; por otra parte, la comprensión se encuentra seriamente afectada (Webb & Adler, 2010). Los trastornos asociados al cuadro son apraxia del habla, ideomotora y constructiva, además de dificultades en el cálculo y anosognosia (Yáñez, 2011).

Por otra parte, según Webb y Adler (2010) en las afasias fluentes el lenguaje expresivo se encuentra generalmente normal, aunque existen algunos casos en los que hay un aumento de la fluidez. A continuación se revisarán los distintos tipos de trastornos afásicos fluentes.

#### 3.7.6 Afasia de Wernicke:

La lesión se localiza en el área de Wernicke, en el tercio posterior de la circunvolución temporal superior (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Una característica importante en este cuadro es que a pesar de tener un habla fluente, existe la presencia de parafasias en su discurso, que pueden ser verbales o semánticas y fonológicas. Además, se establece que hay una producción verbal excesiva o verborrea, en la cual hay menor uso de palabras de contenido (específicamente de sustantivos) (Webb & Adler, 2010). Por otra parte, hay una notable dificultad en la comprensión del lenguaje, en la repetición y también en la lectoescritura. En los casos más alterados de este tipo de afasia, hay una presencia excesiva de neologismos, en donde la jerga prosódica contiene sonidos fluidos (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Según Ardila (2007), no se establecen otros trastornos neurológicos como disartria, hemiparesia, agnosia visual, apraxia o alteración de la sensibilidad en esta afasia.

#### 3.7 .7 Afasia de Conducción:

El daño se encuentra en la circunvolución supramarginal y en las vías que conectan el área de Broca y Wernicke, que son el fascículo arqueado y longitudinal superior (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Esta afasia se diagnostica más por las manifestaciones clínicas que por las neuroanatómicas, ya que la localización de daño establecida hace ya varios años no siempre da este trastorno afásico (Webb & Adler, 2010). En este cuadro están la comprensión, la fluidez y la prosodia dentro de rangos normales, mientras la repetición, la nominación, la lectura oral y la escritura se encuentran alteradas. Además son frecuentes las sustituciones fonémicas debido a la desconexión de las áreas del lenguaje, las parafasias literales y conductas de ensayo y error que causan titubeos en el habla (Webb & Adler, 2010). Según Helm-Estabrooks & Albert (2005),

cuando se repiten los intentos, la producción verbal puede acercarse a la forma normal (conducta de aproximación) o puede alejarse de la articulación normal de la palabra (conducta de desviación). Los trastornos neurológicos asociados a esta afasia son una leve hemiparesia, pérdida de sensibilidad cortical y apraxia verbal e ideomotora (Ardila, 2007).

#### 3.7.8 Afasia Transcortical Sensorial:

La injuria se sitúa en la región posterior del cerebro, específicamente en el territorio parietotemporal, en donde hay irrigación de las arterias cerebrales media y posterior; no afectándose el área de Wernicke (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Es caracterizada por presentar dificultades de evocación de palabras, una deficiente comprensión auditiva y lectoescritura, mientras se mantiene conservada la repetición. El discurso que presentan es vacío, en donde hay un uso constante de palabras inespecíficas, también se aprecia el uso parafasias con sustituciones semánticas, neologismos e incluso perseveraciones (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Ardila (2007) menciona que estos usuarios presentan otras alteraciones neurológicas, como agnosia visual de leve a moderada y carencias en el campo visual derecho.

#### 3.7.9 Afasia Anómica:

La localización de la lesión se encuentra en la circunvolución angular, o también puede tener su origen en la segunda circunvolución temporal. Esta afasia es controversial, ya que la anomia se presenta en muchos de los cuadros afásicos que son provocados tanto en la región perisilviana como extrasilviana (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). El trastorno incluye alteraciones en la producción verbal en donde la denominación se encuentra seriamente afectada, provocando interrupciones abruptas en el discurso de estos usuarios, aun así la sintaxis se encuentra adecuada. Por otra parte, existen sustituciones léxicas por palabras inespecíficas, también siendo frecuentes las parafasias semánticas y los circunloquios. La comprensión está levemente alterada o normal, la repetición está intacta, mientras que la lectoescritura es variable (Webb & Adler, 2010).

Hay otros cuadros afásicos que tienen un habla semifluida, en donde el origen de la lesión es subcortical o preponderante de los ganglios basales; esta alteración generará una variabilidad de manifestaciones clínicas que dependerán de la localización específica de la lesión (Webb & Adler, 2010).

## **8. Rol del Fonoaudiólogo en las afasias**

### 3.8.1 Evaluación de la afasia:

Una de las primeras tareas que debe realizar el fonoaudiólogo frente a un usuario con afasia es realizar la evaluación de ésta. La evaluación inicial se realiza en la fase aguda de la afasia, cuando el usuario está hospitalizado. El objetivo de esta evaluación es fundamentalmente formular un diagnóstico, intentando diferenciar la afasia de otros trastornos de la comunicación, tales como la disartria, mutismo, anartria y síndromes frontales. Posteriormente, y cuando el usuario tiene una capacidad atencional suficiente, se le realizará una evaluación formal cuyo fin es diferenciar el tipo de afasia que le afecta, además de consignar los déficits asociados (Martinell, 2011). Al hacer esta evaluación, se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) Lenguaje expresivo: Por medio del discurso oral, se evalúan mediante tareas de conversación y descripción, donde se debe hacer una valoración de la fluidez oral, el contenido informativo de sus expresiones, la forma gramatical de los enunciados y la presencia de parafasias. También se debe evaluar el lenguaje expresivo por medio de la enunciación de series automáticas, como pueden ser el conteo de números o el nombrar los días de la semana (Jiménez, 2011). Otro aspecto que se debe considerar es la repetición, ya que esta capacidad puede utilizarse para distinguir el tipo de afasia que presenta la persona. La oportunidad de repetir palabras puede también desbloquear capacidades residuales del habla, información muy útil que puede utilizarse para guiar el enfoque terapéutico (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). En la evaluación, se le pide al usuario que repita sílabas, palabras, pseudopalabras y frases; así también se le pide la repetición de imágenes, partes del cuerpo, objetos y acciones, como también la emisión de series automáticas y la descripción de imágenes (Jiménez, 2011). Otra forma de evaluar la expresión verbal es por medio de la denominación, tanto por confrontación visual de objetos como por confrontación visual de acciones, capacidad que permite establecer un diagnóstico más certero sobre el tipo de afasia.

b) Comprensión auditiva: Al evaluar, se debe tener en cuenta que el usuario tenga preservadas las vías de salida y de entrada que le permitan demostrar de forma fehaciente que existe comprensión de la palabra hablada. La alteración de las vías podría traducirse en la existencia de apraxias, hemianopsias, problemas en la memoria verbal o una pérdida auditiva periférica (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Se debe evaluar por medio del señalamiento de objetos, acciones y otros; como también por medio de seguimiento de órdenes simples, medianamente

complejas y complejas, además del uso de órdenes descontextualizadas como las presentes en la evaluación de comprensión del Token Test (Jiménez, 2011).

c) Lectura: Su evaluación es muy útil cuando el usuario con afasia presenta una discriminación auditiva muy pobre, incluso de palabras aisladas. Permitirá determinar si la decodificación de los estímulos escritos es mejor para la comunicación, y así ser parte de la intervención a realizar (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Al momento de evaluar, se valorará la lectura en voz alta y la comprensión de lo leído (Jiménez, 2011).

d) Escritura: Al igual que la lectura, la escritura se evalúa para conocer si ésta posee un valor comunicativo para poder utilizarla en el momento de la intervención (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Se debe tener en cuenta tanto la escritura automática (como la firma), como también la escritura espontánea y descriptiva (Jiménez, 2011).

Helm-Estabrooks y Albert (2005) establecen que para diagnosticar el tipo de afasia de un usuario se deben considerar la determinación de la fluidez del habla y la longitud de la frase, la preservación de la capacidad de comprensión auditiva, y la capacidad de repetición. Es útil, además de la evaluación del lenguaje, hacer una evaluación general de las funciones cognitivas superiores, tales como la atención, memoria, funciones ejecutivas y capacidades visuoespaciales (Martinell, 2011).

Uno de los métodos utilizados para evaluar la afasia es la exploración clínica, donde se indaga sobre las capacidades lingüísticas del sujeto afectado, considerando si éstas se encuentran o no alteradas. Mediante este método, se puede establecer un diagnóstico y hacer una aproximación sobre la severidad del cuadro afásico. Como ventaja está que la exploración se puede aplicar con facilidad y poco tiempo por parte del evaluador; mientras que como desventajas están la escasa precisión y la gran variedad de protocolos dependiendo de la persona que evalúa (Jiménez, 2011).

Otro método útil para la evaluación de los usuarios con afasia es por medio de los diversos tests existentes. Pese a que los aspectos a evaluar son similares a los evaluados por medio de la exploración clínica, la diferencia radica en que los test dan una cuantificación de los aspectos evaluados, ofreciendo resultados más objetivos y confiables. Además, este tipo de evaluación permite comparar los resultados con futuros datos que se vayan obteniendo durante la intervención (Jiménez, 2011). Algunos de los test generales para la evaluación de la afasia son:

Test de Boston: Los objetivos de la prueba son diagnosticar la presencia y el tipo de cuadro afásico, permitiendo determinar el lugar de la lesión, determinar el rendimiento del usuario en diversas pruebas, y evaluar las capacidades lingüísticas para así diseñar un plan terapéutico. Por medio del lenguaje espontáneo que se produce al describir una escena compleja en una lámina, se puede determinar la gravedad de la afasia en función de las dificultades que presente la persona a la hora de comunicarse. Además, se puede determinar el perfil del usuario respecto a su comprensión auditiva, expresión oral, comprensión del lenguaje escrito y escritura (Jiménez, 2011).

Batería de las afasias de Western: Esta prueba incluye 4 subpruebas de lenguaje oral, que buscan conseguir una valoración global sobre el estado general del usuario con afasia (Jiménez, 2011).

Test de denominación de Boston: Prueba en donde el evaluado debe nombrar las 60 figuras que se le presenta, con ayudas semánticas y/o fonológicas de ser necesario. Tiene como principal utilidad una apreciación más precisa de la anomia (Jiménez, 2011).

### 3.8.2 Intervención en la afasia:

Luego de la anamnesis y de las evaluaciones iniciales, el fonoaudiólogo debe considerar una terapia individualizada para el usuario con afasia (Jiménez, 2011). Los objetivos a cumplir a lo largo de la intervención según Martinelli (2011) deben ser: restaurar o compensar la habilidad del usuario para comunicarse, la comprensión, la lectura y la escritura; integrarlo a desarrollar estrategias que compensen o minimicen los problemas de lenguaje; localizar los problemas psicológicos asociados que comprometen la calidad de vida de la persona afásica y su familia; e integrar la familia a involucrarse en la comunicación del usuario para su integración social.

A la hora de definir la intervención que se realizará, como también al estimar el pronóstico del usuario, se debe considerar la gravedad del cuadro, la presencia de trastornos neuropsicológicos asociados, el tamaño y ubicación de la lesión, como también antecedentes personales del afectado, tales como la edad, el sexo, la escolaridad y la lateralidad. La etiología de la afasia es otro aspecto importante a considerar, debido a que la afasia traumática tiene una recuperación más rápida que la vascular, y dentro de ésta última, la hemorrágica mejor que la isquémica (Martinelli, 2011).

Es importante tener en cuenta el inicio de la intervención, que puede considerarse entre los 15 y 30 primeros días desde el comienzo de la afasia, considerando también que la recuperación del lenguaje es más activa durante el primer año (Jiménez, 2011).

Al plantear la intervención, se deben considerar las habilidades comunicativas que se encuentran o no conservadas. Los que se trabajan con una mayor frecuencia debido a su importancia son la expresión verbal, comprensión y anomia (Jiménez, 2011).

1. Expresión verbal: Se deben tener en cuenta una serie de aspectos, como:

1.a) Mutismo y lenguaje automático: En las fases iniciales de la afasia puede existir la total ausencia de lenguaje oral. Al momento de plantear la intervención, se debe considerar la comprensión oral y escrita de la persona, como también si existen alteraciones a nivel de escritura. Si la comprensión no se encuentra alterada, puede ser útil para comunicarse por una vía alternativa a la oralidad, como lo es por medio de dibujos. También se puede utilizar el lenguaje automatizado para superar el estadio inicial del mutismo por medio de series automáticas, para luego extraer elementos que sean útiles para conseguir el lenguaje voluntario (Jiménez, 2011).

- 1.b) Agilidad articulatoria: Los problemas fonéticos-articulatorios son el principal problema en las afasias motoras, por lo que la instauración de un patrón articulatorio adecuado permite al usuario con afasia superar alteraciones como las estereotipias y problemas de repetición. Para lograrlo, se puede utilizar el lenguaje automatizado y la imitación para llegar a los gestos voluntarios. El uso de onomatopeyas y praxias pueden ayudar a mejorar la movilidad, el tono y la precisión de los órganos fonoarticulatorios. A nivel oral, es importante que se trabaje de forma jerarquizada, iniciando el trabajo de las vocales, y luego continuando con diptongos, fonemas consonánticos, sílabas, palabras, hasta finalmente trabajar con breves sintagmas (Jiménez, 2011).
- 1.c) Repetición: Puede deberse principalmente a la incapacidad de reconocimiento auditivo de las palabras o de trastornos articulatorios. El objetivo de tener una repetición indemne es que permite trabajar con series automáticas, para así conseguir la automatización de palabras o frases que posteriormente pueden ser incluidas en el discurso (Jiménez, 2011).
- 1.d) Agramatismo: Es muy común en la afasia de Broca. Es importante que el usuario con afasia pueda analizar la estructura sintáctica de la frase, ver los elementos relacionados y

captar el tipo de nexos utilizados. La dificultad utilizada en las frases debe ser progresiva, usando inicialmente sólo frases predicativas que se refieran a conceptos pero que carezcan de sustantivos, para luego ir incluyendo pronombres, adverbios, verbos y sustantivos (Jiménez, 2011).

2. Comprensión verbal: La capacidad para comprender el lenguaje es vital para una correcta comunicación funcional. Los problemas en este nivel pueden ir desde un leve problema en la comprensión del habla, a importantes problemas en la comprensión de palabras aisladas y órdenes breves o instrucciones sencillas. Broockshire (1974) propuso el uso de señales de advertencia, un incremento gradual de la longitud y complejidad de los enunciados, uso de pausas con una duración descendente entre los enunciados, entre otras. Duffy (1994) mientras tanto, propone que la terapia debe basarse en “una estimulación auditiva fuerte, controlada e intensa, de los sistemas simbólicos dañados como herramienta principal para facilitar y maximizar la reorganización y recuperación del lenguaje de los usuarios”.

Se propone también el uso de ejercicios extraverbal para el inicio de la intervención, tales como dibujos, trabajos manuales, secuencias, etcétera. El uso de respuestas del tipo sí/no y la designación de objetos también favorece la comprensión y el razonamiento verbal (Jiménez, 2011).

3. Anomia: Para su intervención, se debe tener en cuenta que la denominación directa se da rara vez en condiciones naturales, por lo que aunque la persona pueda nombrar palabras en el habla espontánea, puede existir dificultad para evocar palabras como referentes. Con el fin de trabajar en este aspecto, se debe aumentar el vocabulario básico, utilizar facilitaciones léxicas o estrategias alternativas, tales como la evocación de palabras a partir de contextos verbales o visuales, o bien a partir del gesto descriptivo del uso del objeto (Jiménez, 2011).

### **3.9 Discapacidad y afasia**

La discapacidad se entiende como un término neutral que toma en cuenta tanto las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, como las limitaciones para realizar actividades y las restricciones en la participación social de una persona, con una específica condición de salud (Suárez-Escudero, 2014). Esta definición es posible gracias a la Organización Mundial de la Salud, que el 21 de Mayo del 2001 aprobó la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Suárez-Escudero, 2014).

La CIF tiene múltiples propósitos, ya que puede ser utilizada en varias disciplinas y de forma transectorial, proporcionando una base científica que ayuda a la comprensión y estudio de la salud a través de un lenguaje común que mejora la comunicación entre los diferentes usuarios. Así, permite que se realicen comparaciones de datos de diferentes países, diferentes servicios sanitarios y en diferentes momentos a lo largo del tiempo (Chaná & Alburquerque, 2006).

Los objetivos de la CIF son aportar un lenguaje común, fiable y estandarizado que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad, ayudando a abordar a los usuarios desde una perspectiva integral, enlazando los diferentes componentes funcionales de su problemática (Chaná & Alburquerque, 2006). Por lo tanto, es más correcto entender la discapacidad como el resultado de barreras ambientales, sociales, familiares, educativas, laborales y del sistema de salud, que dan como resultado una condición particular de salud o de una deficiencia estructural o fisiológica (Suárez-Escudero, 2014). Desde esta perspectiva se deja de lado el modelo médico, donde los problemas están ubicados dentro del individuo, y comenzando a aparecer el modelo social (Chapey, 2008).

El modelo social propone que los problemas son el resultado de una interacción entre la condición orgánica de la persona y de su entorno social y físico. La discapacidad en el modelo social es una consecuencia de la desactivación de actitudes y barreras impuestas por la sociedad, y no simplemente un impedimento que reside dentro del individuo (Chapey, 2008).

Desde el modelo social, la afasia no es sólo un trastorno, sino que es una situación en que las oportunidades y derechos no están fácilmente disponibles (Chapey, 2008). Así, se puede decir que el ser un usuario con afasia requiere tener que realizar ciertos cambios en el diario vivir y aceptar ciertos desafíos para poder establecer y mantener un estilo de vida satisfactorio. A estos cambios y desafíos se les conoce como el handicap (discapacidad) en afasia (Blanc, Cariski, Coyn, Keisler, Kumpula, Levine, Lyon, Rosenbek, & Ryff, 1997).

Las metas de los usuarios con afasia son consideradas como un aspecto importante en la rehabilitación, y su identificación va a permitir una intervención significativa y eficaz. Establecer las metas de los usuarios con afasia es una tarea larga y complicada tanto para el terapeuta como para el usuario, ya que el deterioro del lenguaje hace difícil explicar sus necesidades y discutir sus experiencias. Los estudios de Linda Worrall et al. (2013), utilizaron la CIF para indagar sobre lo que las personas querían durante el proceso de rehabilitación, considerando

sus preocupaciones y prioridades en cada etapa. Además se realizaron entrevistas donde se reconocieron nueve tópicos que los usuarios con afasia consideraban importantes:

1. Retornar a la vida pre-ACV: La mayoría de los participantes querían retornar a la vida antes del ataque cerebrovascular, expresando el deseo de ser normales otra vez y volver a su antigua vida. La meta principal era liberarse de las consecuencias del ACV (Worral, 2013).

2. Comunicación: Consideraban importante recobrar la función comunicativa, y describieron intensos sentimientos de frustración, desesperanza, aislamiento y depresión al no poder expresar sus necesidades básicas ni sus opiniones. Muchos destacaron que la afasia tenía a menudo mayor importancia que sus impedimentos físicos (Worral, 2013).

3. Información: El acceso a la información fue un objetivo frecuente, ya que muchos usuarios explicaron que no fueron informados por sus terapeutas sobre el término utilizado para describir la dificultad de comunicación. Los participantes querían más información sobre la afasia y sobre el ACV, para su familia, amigos y la comunidad. Además el acceso a la información proporcionaba a las personas tomar el control y participar en su propia rehabilitación y tratamiento (Worral, 2013).

4. Terapia: La mayoría de los usuarios querían que la terapia del lenguaje respondiera a sus necesidades en diferentes etapas de la recuperación, ya que era muy relevante para su vida, querían que fuera más frecuente, y que continuara durante más tiempo. Además, querían relaciones e interacciones positivas con sus fonoaudiólogos y otros proveedores del servicio de salud (Worral, 2013).

5. Control e Independencia: Los participantes querían mayor control en sus vidas, ser más independientes y hacer cosas por sí mismos. Algunos expresaron su frustración por no ser parte de la toma de decisiones en su cuidado, buscando información de fuentes que no eran los profesionales de salud (Worral, 2013).

6. Dignidad y Respeto: Muchas personas reportaron que querían ser respetados, afirmando que eran personas competentes, a pesar de sus dificultades de comunicación, ya que perdieron autoridad debido a su afasia. Además, resaltaron sus habilidades y logros antes del ACV, y los progresos que habían tenido en el tratamiento (Worral, 2013).

7. Entorno social: Era muy común que las personas tuvieran metas sociales, incluyendo el poder conversar con la familia, charlar con los amigos, leer cuentos en la noche a los nietos, y sentirse cómodos en una multitud. Las personas de mayor edad estaban molestas por el aburrimiento y el aislamiento que sentían. Las personas más jóvenes con afasia eran particularmente conscientes de la pérdida de trabajo y carrera, pero tenían fuertes deseos de volver a algún empleo (Worral, 2013).

8. Contribución a la Sociedad: Pocas personas hablaron de las metas relacionadas con mejorar la vida de los demás, incluidas otros usuarios con afasia. Algunos participantes dedicaron tiempo a ayudar a los estudiantes que estudiaban su patología, otros se ofrecían como voluntarios en grupos y en prácticas clínicas, y algunos querían aumentar la conciencia de la afasia de las personas (Worral, 2013).

9. Salud física: Para muchos de los participantes la recuperación física fue un punto destacado en sus reportes, aunque las entrevistas se centraron con los objetivos y metas de la afasia. Por ejemplo, los objetivos una vez en casa incluyen la salud física, salir a caminar, mantenerse en forma, ir al gimnasio, gestión de su peso, entre otros (Worral, 2013).

Así, la mayoría de las metas de los usuarios con afasia estaban vinculadas a las Actividades y Participación social dentro de los componentes de la CIF, seguido por factores ambientales, estructurales-funcionales y factores personales (Worral, 2013).

Finalmente, cabe considerar que la rehabilitación en usuarios con afasia implica un proceso continuo, donde la identificación de los problemas y la definición de las necesidades son cruciales en la intervención (Chaná & Alburquerque, 2006).

### **3.10 Familia y redes**

La pérdida de la comunicación en usuarios con afasia genera una serie de alteraciones dentro de la vida familiar, social y laboral del usuario. Estas dificultades pueden ser aún más discapacitantes que los aspectos neuroconductuales, como la alteración de personalidad, emoción y cognición (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

El usuario con afasia puede presentar soledad, rechazo y aislamiento social, ya que muchas veces la imposibilidad de retomar las actividades laborales hace que se pierda el contacto diario con los compañeros de trabajo. Además, mucha gente se siente incómoda cuando trata de comunicarse con usuarios con afasia por las complejidades del cuadro, por lo que amigos y vecinos tienden a distanciarse de este (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

Además, se producen profundos cambios en la vida familiar, que comienzan según Donoso y González (2003) desde el momento en que el usuario tiene un accidente cerebrovascular, un TEC u otra alteración a nivel cerebral, en donde la evolución y el futuro del usuario y el de su familia generan muchas dudas y angustia. Por otra parte, la adaptación al desarrollo de esta enfermedad no siempre se logra, ya que sucesivamente los usuarios y su entorno más cercano se ven limitados por las alteraciones motoras, comunicativas y conductuales que se presentan. Un punto de inflexión importante en la adaptación es la edad del usuario, ya que las personas jóvenes que sufren este tipo de cuadro les es más complejo aceptar las consecuencias que conlleva (Donoso & González, 2003).

Ahora bien, la repercusión familiar también va a depender de la relación existente entre los cónyuges, hijos y otros miembros de la familia, ya que si la relación es buena se logrará una redistribución de las actividades como las del manejo de las finanzas y las actividades del hogar en pro de mejorar el ánimo del usuario y apoyar su rehabilitación. Así también, un punto importante es la edad de los hijos, donde la corta edad de estos puede afectar aún más al usuario, ya que muchas veces no son capaces de comprender la enfermedad y cuál será el futuro que les espera como familia, por lo que el cónyuge o cuidador tendrá que asistir al usuario con el trastorno afásico, a los niños y a sí mismo (Donoso & González, 2003).

Finalmente, el círculo de amigos es otro punto relevante a considerar, debido a que luego de la familia, es el entorno más cercano al usuario con afasia. Este cuadro en particular al afectar otras habilidades además del lenguaje, como las motoras y conductuales, genera que los amigos no sepan cómo reaccionar ante la persona con esta situación de salud porque no saben qué hacer cuando están con él, porque su amigo ya no se comunica ni comporta como lo hacía antes. Esto termina produciendo que los amigos dejen de visitarlo para no verlo en las condiciones que se encuentra, y así recordarlo como la persona que era previo al cuadro afásico (Donoso & González, 2003).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, es que Donoso y González (2003) explican que es necesario e imprescindible que la terapia y los cuidados sean delegados en más de una

persona, con el fin de que el usuario sienta el apoyo tanto de su familia, como también de sus amigos.

### **3.11 Importancia de los compañeros de comunicación**

La afasia conlleva consecuencias negativas tanto para los usuarios con afasia como para sus familias, influyendo sobre aspectos como lo social, educacional y recreativo, provocando a menudo soledad, aislamiento, pérdida de la autonomía, estigmatización, cambios en los roles dentro de la familia y limitación de las actividades (Armstrong, Cherney, Holland, Raymer & Simmons - Mackie, 2010). Además, cabe destacar que cada persona debe soportar bastante para poder restablecer el propósito y sentido de su vida diaria, junto con tener que luchar permanente contra la incapacidad de comunicar (Blanc, Cariski, Coyne, Keisler, Kumpula, Levine, Lyon, Rosenbek & Ryff, 1997).

Existen diversos enfoques de tratamiento para la afasia que se han estudiado con el fin de saber cuáles son los resultados que se obtienen con la puesta en práctica de éstos. Profundizando más en esto, se ha visto que las personas logran obtener beneficios de la intervención en el lenguaje, sin embargo otros tratamientos, como por ejemplo los con enfoque social, no han sido estudiados (Armstrong et al., 2010). Esto es importante, ya que enfocarse sólo en el tratamiento clínico para intervenir y mejorar el lenguaje y la comunicación en un usuario con afasia, no es suficiente para poder remediar todo lo que conlleva tener este trastorno (Blanc et al., 1997). Es más, Blanc et al. (1997) plantean que aunque una cierta actividad contemplada dentro del tratamiento no tenga que ver con el lenguaje o la intervención clínica de la afasia, el hecho de que ésta pueda reestablecer en la persona el sentido de sí mismo, es necesario para que pueda sentirse capaz de interactuar y comunicarse con otros.

El enfoque social se centra en lograr cambios relevantes a nivel personal, como lo es mejorar la participación o calidad de vida (Armstrong et al., 2010). Este enfoque no utiliza el énfasis médico que se hace en las dificultades de la persona, sino que se centra en la discapacidad como producto de factores ambientales, los cuales actuarían como barreras para la completa participación en la vida de las personas (Finkelstein & French, 1993). En el caso de quienes sufren de afasia, estas barreras serían aquellas que dificultan los intentos de comunicarse, es por eso que para poder derrocarlas, se necesita ampliar el foco de la intervención terapéutica y considerar que el usuario con afasia pertenece a un contexto social y pensar en cómo éste puede ser modificado para adaptarse a ella. Este tipo de enfoque se centra más en la autonomía como objetivo de rehabilitación del usuario con afasia, y para lograrlo se necesita la

colaboración tanto de la persona afectada como de aquellos que se encuentran en su ambiente comunicativo (Marshall & Raynert, 2003).

Existen varias intervenciones bajo el enfoque social, pero la más utilizada es la del “entrenamiento de compañeros de comunicación”, que se centra en hacer intervención directamente a las personas que se encuentran en el ambiente del usuario y que interactúan con él, pudiendo ser familiares, amigos, voluntarios, proveedores de servicios de salud, entre otros, con el fin de mejorar el lenguaje, comunicación, participación y bienestar del usuario con afasia. Un buen compañero de comunicación es capaz de facilitar y apoyar la comunicación de su compañero con afasia, y debería considerarse como método para proveer apoyo ambiental y acceso a la comunicación (Armstrong et al., 2010).

Este tipo de intervención incluye entrenamiento de las habilidades comunicativas, en donde se le enseña al compañero de comunicación a usar estrategias o recursos para dar soporte y facilitar la comunicación del usuario con el trastorno afásico, programas educacionales para aumentar el conocimiento acerca de la afasia y sus problemas asociados y consejería con el fin de que puedan poner atención a las consecuencias psicológicas que se pudieran generar y su relación con otras alteraciones como depresión, ansiedad y aislamiento (Armstrong et al., 2010).

Según un estudio de meta-análisis realizado por Armstrong et al. (2010), se vio que el compañero de comunicación podía ser desde un familiar cercano hasta una persona extraña. De todos los artículos revisados, y por ende, de todos los compañeros de comunicación que se incluyeron en la revisión, más de la mitad eran cuidadores o miembros de la familia y en el resto de los casos eran conocidos, voluntarios, estudiantes o extraños. También se vio que los compañeros de comunicación que tenían menos familiaridad con el usuario con afasia, tendían a ser personas jóvenes, generalmente estudiantes, mientras que aquellos que eran familiares, tendían a ser más adultos en cuanto a edad, siendo generalmente las esposas de los usuarios con afasia. Además, se obtuvo como resultado que la mayoría de los cuidadores son de sexo femenino y con enseñanza secundaria completa.

En esta misma revisión, dentro de los resultados se describen ciertas características de los usuarios con afasia. Una de ellas es la edad en promedio de estas personas que se ubica entre los 36 a 80 años, además de que la mayoría de los afectados eran hombres diestros y con estudios secundarios completos (Armstrong et al., 2010).

Junto con lo anterior, en la revisión meta-analítica de Armstrong et al. (2010), se realizaron 3 preguntas principales con el fin de saber cuál era el impacto de la intervención (“entrenamiento de los compañeros de comunicación”) tanto para los compañeros de comunicación como para los usuarios con afasia. Lo que encontraron fue que para el caso de ambos, varios artículos reportaron mejoras y resultados favorables en los ámbitos de actividad y participación y funciones psicosociales, e incluso algunos plantearon que las ganancias en estos aspectos se mantenían a lo largo del tiempo. Entonces, se sugiere que el “entrenamiento de compañeros de comunicación” es probablemente efectivo para mejorar las actividades comunicativas y/o la participación de los usuarios con afasia crónica, y que para los compañeros de comunicación es un método efectivo de mejorar las habilidades comunicativas para facilitar la comunicación en la afasia (Armstrong et al., 2010).

En otro estudio realizado por Blanc et al. acerca de la influencia e importancia que tenían los compañeros de comunicación en la vida de los usuarios con afasia, se logró demostrar el valor que tenían estas personas al combinar las terapias de tendencia clínica con las que tienden a ser realizadas en situaciones de la vida real, fomentando la restauración recíproca y simultánea de la comunicación y del constructo de sí mismo del usuario. Esto ilustrado por uno de los resultados, en donde se mencionó que existían cambios favorables significativos en lo relacionado con la disposición comunicativa y el bienestar psicológico de los usuarios con afasia, comparando pre y post tratamiento de “entrenamiento de compañeros de comunicación”. También discuten que el momento en que los compañeros de comunicación fueron más efectivos fue cuando los usuarios con afasia estando inmersas en actividades, perdieron todo sentido de ellos mismos, generándose una disminución de la percepción de ellos mismos como discapacitados, olvidando sus típicas preocupaciones y la idea de que tienen una alteración comunicativa, lo que apoyaría que los compañeros de comunicación tienen una influencia importante en la vida del usuario con afasia y no sólo es comunicación (Blanc et al., 1997).

En estudios de Kagan, realizados en 1998 y 1999, en donde se trabajó entrenando voluntarios para que fueran compañeros de comunicación, se vio que éstos tienen como función ser una especie de rampa comunicativa, superando las barreras generadas por la afasia que obstaculizan la conversación. Se obtuvo que los resultados de los voluntarios entrenados mejoraban significativamente, y que hubo un aumento en estos que se correlacionaba con los resultados de la participación en conversaciones de los usuarios con afasia. Esto evidencia que personas voluntarias pueden ser entrenadas para ser compañeros de comunicación eficientes (Marshall & Raynert, 2003).

Marshall y Raynert (2003), realizaron un estudio en donde entrenaron voluntarios como compañeros de comunicación para que interactuaran con usuarios con afasia, centrado en propiciar el apoyo en la conversación. Para evaluar el curso de entrenamiento, las conversaciones de cada voluntario con su pareja con afasia fueron videograbadas antes y después de haber recibido entrenamiento, y además fueron administrados dos cuestionarios. Uno de estos destinado a evaluar el conocimiento de los voluntarios acerca de la afasia y de estrategias de comunicación, y el otro cuestionario mostraba una lista de estrategias comunicativas. Luego se les pedía a los voluntarios que marcaran cuáles eran de ayuda para los usuarios con afasia y cuáles no. Estos cuestionarios de evaluación también fueron aplicados a un grupo control de voluntarios que no recibieron entrenamiento para ser compañeros de comunicación.

Como resultados de esta investigación se obtuvo que hubo cambios significativos en las conversaciones pre y post entrenamiento, y que incluso estas mejoras se mantenían a través del tiempo. Además, hubo un incremento paralelo en las habilidades comunicativas de los voluntarios junto con un aumento en el nivel de participación de los usuarios con afasia (Marshall & Raynert, 2003). Del análisis de los cuestionarios se obtuvo que hubo mejoras significativas en los aspectos evaluados por el primer cuestionario mencionado anteriormente, y con el segundo cuestionario se vio que los voluntarios que habían recibido entrenamiento mejoraban su conocimiento de las estrategias, a diferencia del grupo de voluntarios no entrenados, que no mejoraron sus puntajes (Marshall & Raynert, 2003).

Entonces, el estudio anterior asegura que entrenar a personas en la conversación como apoyo mejora significativamente la práctica de voluntarios que trabajan con usuarios con afasia. Además, el haber trabajado con voluntarios que tenían al menos 1 año de experiencia en interactuar con este tipo de usuario, demuestra que es posible cambiar incluso los patrones de interacción bien establecidos. También se plantea que los cambios pueden hacerse a partir del entrenamiento en solitario, ya que estos voluntarios no recibieron supervisión regular de ningún terapeuta del lenguaje, a diferencia de otros estudios. Por otra parte, plantean que el entrenamiento puede que necesite ser apoyado por cursos para ir recordando lo enseñado, impartidos por un terapeuta del lenguaje y habla. Además, se demostró que la participación en las conversaciones de usuarios con afasia puede ser mejorada a través de intervención indirecta con sus compañeros de comunicación (Marshall & Raynert, 2003).

Otro estudio enfocado al entrenamiento de voluntarios como compañeros de comunicación, evaluó la eficacia de una herramienta de intervención que apunta a mejorar la comunicación entre los usuarios con afasia y sus compañeros de comunicación. Utilizaron el enfoque “*Supported Conversation for adults with Aphasia*” (SCA) o “Apoyo para la conversación en personas con afasia”, que trata de enseñar ciertas técnicas que ayudarán a los compañeros de comunicación a poder revelar de mejor manera las competencias que tienen los usuarios con afasia. Esta herramienta comunicativa consiste en el entrenamiento de compañeros de comunicación para reconocer las competencias de individuos con afasia y ayudarlos a decir lo que piensan, saben o sienten y se centra en la conversación porque es el vehículo para la participación social (Black, S., Duchan, J., Kagan, A., Simmons - Mackie, N. & Square, P., 2001).

Muchos usuarios con afasia pueden sacar provecho de sus habilidades cognitivas y sociales preservadas para participar de conversaciones per se. Además, se ha visto que muchas personas ignoran estas competencias de los usuarios con afasia y evitan conversar con ellos, especialmente cuando la afasia es muy severa. Esta falta de conocimiento e inconsciencia significa una barrera para la participación de estas personas. Varios estudios afirman que el entrenamiento directo de miembros familiares y otros compañeros puede mejorar la comunicación de ambos participantes (Black et al., 2001).

Por último, Black et al. llegaron a la conclusión de que entrenar a voluntarios como compañeros de comunicación está asociado con una mejora en la comunicación de los mismos voluntarios junto con los usuarios con afasia. También, concluyeron que la falta de habilidades en compañeros de comunicación que no fueron entrenados para esto, puede generar una barrera para la comunicación efectiva de sus compañeros con afasia. Además, junto con esto plantean que mejorar las habilidades de los voluntarios a través del método de SCA puede aumentar el acceso a oportunidades de conversar, reduciendo barreras para los usuarios con afasia. Finalmente, estos resultados significan un apoyo experimental para el enfoque social, que se centra en reducir las barreras comunicativas y en aumentar las oportunidades de participación para este tipo de usuario (Black et al., 2001).

### **3.12 Factores contextuales que influyen en la comunicación**

Existen diversos factores asociados al contexto en que se realiza la comunicación, que puede considerarse como facilitadores o entorpecedores de la interacción. La consideración de estos

es variable de persona en persona, como también pueden existir diferencias debido a un factor cultural propio de los individuos.

a) Ruido: El ruido se puede definir como una señal indeseable en un sistema comunicativo. Es también un fenómeno natural, inevitable y por lo general incontrolable. Por ende, el ruido siempre estará presente en cualquier sistema de comunicaciones, contribuyendo en mayor o menor medida al deterioro de la señal, además de ser el factor principal que limita la detección de esta. El ruido, como también la distorsión y la interferencia tienen un importante papel en los sistemas de comunicación, debido a que limitan la calidad de la señal de información. De acuerdo a su origen, el ruido se clasifica como artificial o natural. Se considera como artificial cuando es debido a la actividad humana, originándose principalmente por máquinas, procesos, equipos de oficina, etcétera. Por otro lado, se considera como natural aquellos que son producidos por la naturaleza (Pérez, s.f).

b) Comunicación Telefónica: Una correcta comunicación depende directamente de la relación que existe entre la señal y el ruido. Se considera que mientras mayor es la relación existente, más va a destacar la señal sobre el ruido, por lo tanto disminuirán los errores comunicativos, propiciando una comunicación efectiva. Por el contrario, cuando en una comunicación la intensidad del ruido sobrepasa la señal, va a ocurrir una interferencia que provocará una incorrecta comunicación. Al realizar la comunicación por vía teléfono se produce distorsión, que puede definirse como la deformación que ocurre al pasar por un sistema, pudiendo ser lineal o no lineal (Lahoz & Miyara, 2003).

c) Contacto ocular: La comunicación entre dos personas que mantienen una conversación personal se compone de una pequeña parte verbal (aproximadamente el 18%) y una mayor parte no verbal (aproximadamente un 82%). No se puede aportar mucho para mejorar una conversación entre dos personas si el sistema de comunicación no permite el contacto visual, si la calidad de la imagen no es adecuada o si los interlocutores no miran se miran de forma directa (Ederyn, 1977).

d) Luminosidad: Se han realizado un número diverso de proyectos de investigación que comparan los efectos sobre la salud, el bienestar y la vigilia en las personas que están en distintas condiciones de iluminación. Un ejemplo de esto es que la luz brillante influye poniendo en estado de vigilia el sistema nervioso central. Otros estudios muestran que el uso de niveles de iluminación más altos para contrarrestar la fatiga provoca que los sujetos estén en alerta por un tiempo más prolongado (Küller, & Wetterberg, 1993).

e) Contaminación acústica: En la sociedad moderna el ruido ambiental se ha convertido en uno de los contaminantes más molestos para las personas, generando además de una serie de trastornos fisiológicos, interferencia en la comunicación en espacios abiertos. Según un estudio realizado con el fin de determinar los niveles de ruido en distintos puntos de Santiago (Platzer, 2007), se determinó que los niveles de ruido encontrados en zonas residenciales, grandes avenidas de la ciudad y el transporte público son ampliamente superados por los niveles de ruido recomendados por la OMS como límite superior deseable en espacios abiertos.

f) Proxémica: Se refiere al uso del espacio y la distancia que utilizan las personas al momento de comunicarse. La distancia depende de varios factores, entre los que se encuentran:

- f1. Grado de intimidad que tienen el emisor con el receptor. La distancia será menor entre más próxima sea la relación entre ambos
- f2. Motivo del encuentro: Si es un encuentro formal, la distancia será mayor que en un encuentro amistoso.
- f3. Personalidad: Las personas extrovertidas tienden a mantener una menor distancia que aquellos introvertidos.
- f4. Edad: Las personas jóvenes suelen situarse más cerca entre sí que los mayores
- f5. La cultura y la raza también influye en la distancia que toman las personas al momento de comunicarse. Los árabes, mediterráneos y japoneses se aproximan más que los anglosajones, que pueden interpretar el acercamiento como una invasión, agresión o intento de cortejo. Al contrario, se puede pensar que ellos son fríos y distantes. Por eso, cuando conversan personas de diferentes culturas, se puede llegar a generar un pequeño conflicto a causa de la proxémica.

Las zonas que marcan la distancia a la que consentimos que una persona esté, dependen de nuestro grado de consonancia e intimidad con ella, que abarcan una distancia íntima, personal, social y pública. Es importante mantener la distancia física respetando el espacio vital de cada persona, debido a que el no tener en cuenta este espacio puede llevar a que nuestro interlocutor se sienta agredido si invadimos su espacio, o que interprete que hay desinterés si el espacio que mantenemos es demasiado amplio (Álvarez & Fernández, 2010).

## IV. Objetivos

### 4.1 Objetivo general:

Establecer las habilidades verbales y no verbales que debe poseer un compañero de comunicación, las características del ambiente comunicativo y los aspectos emocionales vinculados a la interacción comunicativa, para potenciar una comunicación efectiva en usuarios con trastorno comunicativo de tipo afásico.

1ª Etapa: Recopilar información para elaborar un listado de aspectos necesarios de una interacción comunicativa eficiente y las habilidades necesarias en un compañero de comunicación.

Objetivos específicos:

1. Determinar las habilidades verbales que debe tener un compañero de comunicación.
2. Determinar las habilidades no verbales que debe tener un compañero de comunicación.
3. Determinar los aspectos ambientales que propician una interacción comunicativa efectiva.
4. Determinar los aspectos emocionales vinculados a una interacción comunicativa efectiva.

2ª Etapa: Validar el listado de aspectos verbales, no verbales, ambientales y emocionales vinculados a la interacción comunicativa y determinar las habilidades necesarias en un compañero de comunicación.

Objetivos específicos:

1. Someter a juicio de expertos el "Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia".
2. Analizar la valoración realizada por el juicio de expertos.
3. Modificar el "Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia" de acuerdo a la valoración de los expertos.

3ª Etapa: Determinar las habilidades verbales, no verbales, aspectos del ambiente y emocionales que influyen en la interacción comunicativa por medio de la aplicación del

“Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia” a usuarios que presenten un trastorno de tipo afásico.

Objetivos específicos:

1. Aplicar el “Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia” a los participantes del estudio.
2. Analizar resultados obtenidos de la aplicación del “Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia”.
3. Elaborar listado de habilidades comunicativas y aspectos emocionales y ambientales necesarios para una interacción comunicativa efectiva.

4ª Etapa: Elaborar un manual con las características que debería tener de un compañero de comunicación. Así también con los factores ambientales y aspectos emocionales que propician una comunicación efectiva de acuerdo a los resultados obtenidos en el “Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia” (Anexo 7).

Objetivos específicos:

1. Redactar el manual a partir de los resultados obtenidos del análisis del “Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia”.
2. Distribuir el manual a los distintos centros participantes del estudio.

## **V. Materiales y métodos**

### 5.1 Tipo de diseño

Este seminario se plantea como un estudio no experimental, descriptivo y transversal.

El análisis de los resultados se realizó en base al método cuantitativo, para valorar las características que debe presentar un compañero de comunicación, los factores del ambiente y también los emocionales que propician un acto comunicativo efectivo.

## 5.2 Variables

Las variables de este estudio son cuatro: las habilidades verbales, las habilidades no verbales, los aspectos emocionales y los aspectos ambientales, las cuales se detallan a continuación:

- **Habilidades verbales:** Se refiere a las habilidades personales e individuales, relacionadas con el uso del lenguaje para poder comunicarse. Se enfoca directamente en los aspectos lingüísticos de la comunicación, ya sea el uso de palabras, frases, oraciones, entre otros.
- **Habilidades no verbales:** Hace referencia a las habilidades que debe utilizar una persona para comunicarse sin hacer uso de los aspectos lingüísticos formales, sino que es el poder apoyarse en gestos, dibujos, pausas, entre otros, para complementar el mensaje que se quiere entregar.
- **Aspectos ambientales:** Hace referencia a las características del contexto donde se desarrolla la interacción comunicativa y que pueden interferir en ésta, ya sea favoreciéndola o afectándola. Se relaciona con aspectos del lugar como ruido ambiental, iluminación, entre otros.
- **Aspectos emocionales:** Se refiere a los aspectos relacionados con los sentimientos del usuario con afasia al enfrentarse a diversas situaciones comunicativas, al cómo sus dificultades afectan su interacción comunicativa con otros. Se enfoca directamente en las emociones que tiene la persona, como frustración, incomodidad, vergüenza, entre otros.

## 5.2.1 Operacionalización de las variables

Objetivos específicos	Variables	Subvariables	Categorización
1. Determinar las habilidades verbales que debe tener un compañero de comunicación.	Habilidades verbales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de palabras cortas.</li> <li>- Uso de oraciones cortas poco detalladas.</li> <li>- Uso de detalles y descripciones largas y extensas.</li> <li>- Utilización de artículos (la/el) y pronombres (yo/tú/el).</li> <li>- Uso de verbos y nombres propios.</li> <li>- Repetición verbal de lo dicho por el interlocutor.</li> <li>- Repetición por escrito de lo dicho por el interlocutor.</li> <li>- Escritura.</li> <li>- Uso de pocas palabras y que sean sencillas para el usuario.</li> <li>- Uso de palabras conocidas y de uso cotidiano.</li> <li>- Habla lenta.</li> <li>- Habla a mayor intensidad.</li> <li>- Habla lenta o a mayor intensidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> <li>- No influye en mi comunicación</li> </ul>
2. Determinar las habilidades no verbales que debe tener un compañero de comunicación	Habilidades no verbales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantención de contacto ocular.</li> <li>- Uso de gestos.</li> <li>- Uso de dibujos hechos por el interlocutor.</li> <li>- No interrumpir.</li> <li>- Uso de dibujos hechos por el usuario.</li> <li>- Uso de pausas frecuentes.</li> <li>- Uso de preguntas para confirmar la comprensión.</li> <li>- Hablar con una persona a la vez.</li> <li>- Hablar en grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> <li>- No influye en mi comunicación</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de tópicos conocidos y de interés.</li> <li>- Cambio brusco de tema.</li> <li>- Uso de repeticiones constantes de lo dicho por el usuario.</li> </ul>	
3. Determinar los aspectos ambientales del lugar en que se lleve a cabo la interacción comunicativa.	Aspectos ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lugar tranquilo y con poco ruido ambiental.</li> <li>- Conversar de frente al interlocutor.</li> <li>- Lugares cerrados.</li> <li>- Lugares abiertos.</li> <li>- Lugar con alta iluminación.</li> <li>- Lugar con baja iluminación.</li> <li>- Conversar en persona.</li> <li>- Conversar por teléfono.</li> <li>- Conversar en espacios muy concurridos (restaurantes, malls, supermercados, etcétera).</li> <li>- Conversar a distancia.</li> <li>- Dirigirse a muchos interlocutores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> <li>- No influye en mi comunicación</li> </ul>
4. Determinar los aspectos emocionales vinculados a la interacción comunicativa.	Aspectos emocionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frustración ante repetición constante de lo dicho por el usuario.</li> <li>- Incomodidad al hablar con gente extraña.</li> <li>- Evitar eventos sociales y/o familiares para no comunicarse</li> <li>- Disfruta conversaciones a pesar de dificultad.</li> <li>- Interlocutores permiten la expresión con tranquilidad.</li> <li>- Interlocutores poco cooperadores y poco comprensivos con la dificultad.</li> <li>- Infantilización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> <li>- No influye en mi comunicación</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Evitado por la gente.</li><li>- Comodidad.</li><li>- Comprensión y apoyo.</li><li>- Siente que incomoda al interlocutor.</li><li>- Compresión por profesionales de salud.</li><li>- Discriminación por parte de extraños</li><li>- Temor por los comentarios negativos</li><li>- Apoyo y comprensión por parte de la familia</li><li>- Discriminación por parte de la familia</li></ul>	
--	--	---	--

### 5.3 Población y grupo de estudio

En esta investigación participaron personas adultas con un trastorno afásico de nacionalidad chilena, pertenecientes a la Región Metropolitana entre 34.5 años y 74.11 años de edad que asistían a terapia fonoaudiológica en el Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente de la comuna de Peñalolén, Centro de Diagnóstico y Terapia Profesor Doctor Rodolfo Armas Cruz de la comuna Quinta Normal, Hospital San José de la comuna de Independencia y Centro Comunitario de Rehabilitación de la Comuna de El Bosque.

Tanto el nivel socioeconómico como el sexo no fueron considerados como variables en el estudio.

Los sujetos fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- Nacionalidad chilena.
- Español como lengua materna.
- Evento neurológico único de tipo ACV en hemisferio cerebral izquierdo.
- Usuario con trastorno afásico de tipo fluente o no fluente con un nivel comprensivo que permita seguir órdenes simples y responder preguntas de respuesta cerrada tipo sí/no.
- Llevar al menos 8 sesiones fonoaudiológicas de tratamiento.

El rango de edad fue seleccionado de acuerdo a lo establecido en la literatura, situando a este grupo como uno de los que presenta mayor probabilidad de sufrir un ACV, el cual es la principal causa de los trastornos de tipo afásico. Se excluyó de la muestra personas con edad superior a los 79 años con 11 meses de edad, debido a que existe una mayor posibilidad de presentar algún tipo de deterioro cognitivo producto del envejecimiento, lo que podría interferir en el desempeño lingüístico. En el caso del único usuario menor de 40 años, cabe destacar que presentaba factores de riesgo para sufrir un ACV, específicamente el uso de drogas.

### 5.3.1 Muestra

El universo se conformó por 21 usuarios, de los cuales se excluyeron 3 por no cumplir con los criterios de inclusión, ya que dos usuarios obtuvieron un muy bajo rendimiento en el Mini Mental Test de Folstein, mientras que el tercer usuario no cumplía con los requisitos de edad y nacionalidad. Por lo tanto, la muestra final quedó conformada por 18 sujetos seleccionados de forma no aleatoria, por conveniencia. Todos reúnen las características principales de la población, presentan un trastorno comunicativo de tipo afásico y un nivel comprensivo que le permite seguir órdenes simples y responder preguntas de respuesta cerrada tipo sí/no. De los participantes, 12 corresponden a hombres y 6 a mujeres.

Los sujetos asisten a terapia fonoaudiológica en el Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente de la comuna de Peñalolén, Centro de Diagnóstico y Terapia Profesor Doctor Rodolfo Armas Cruz de la comuna Quinta Normal, Hospital San José de la comuna de Independencia y Centro Comunitario de Rehabilitación de la Comuna de El Bosque, todos residentes de la ciudad de Santiago de Chile.

Además, deben asistir a terapia fonoaudiológica al menos una vez por semana, llevar al menos 8 sesiones de tratamiento fonoaudiológico, y haber sido evaluados por el profesional correspondiente. Todas las personas incluidas en la muestra aceptaron participar en el estudio por medio de la firma de un consentimiento informado (Anexo 1).

### 5.3.2 Criterios de exclusión:

- Afasia con comprensión alterada: Es requisito que la persona encuestada posea un nivel comprensivo que le permita seguir órdenes simples y de mediana complejidad para contestar un cuestionario asistido por un profesional Fonoaudiólogo(a) y el grupo de investigación. Por lo tanto, se excluirán los usuarios que presenten un trastorno comunicativo de tipo afásico en donde se encuentre afectada la comprensión, con dificultades para seguir instrucciones y que afecte al proceso evaluativo.
- Rango de edad: Los usuarios deben tener entre 34.5 años y 74.11 años de edad de edad para ser parte de la muestra, debido a la alta prevalencia de ACV existente en este grupo de edad.
- Alteraciones cognitivas: Se considera como usuarios aptos para la aplicación del cuestionario a aquellas personas que no presenten alteraciones neuropsicológicas que alteren los resultados. Previo a la aplicación del cuestionario, se administró a cada sujeto el Mini Mental Test de Folstein (MMSE) (Folstein et al, 1975) (Anexo 2). Esta prueba de tamizaje (que excluye personas ciegas, sordas, intubadas y analfabetas), permitió determinar de forma rápida la ausencia de déficits cognitivos con la obtención de parámetros que permitan caracterizar las funciones neuropsicológicas.
- Coexistencia con otros trastornos comunicativos: Se excluye a usuarios que presenten coexistencia con otros trastornos cognitivos-comunicativos, que puedan presentar un déficit en la comprensión.
- Déficit Sensoriales: En caso de tener algún trastorno sensorial, tales como problemas de visión o de audición, se pidió al usuario que se presente a la entrevista con los elementos necesarios para suplir estas dificultades como lentes y/o ayudas auditivas. Aquellos usuarios que presenten déficits auditivos o visuales no tratados, que afectan tanto la comprensión como la expresión, no pueden ser entrevistados con el cuestionario, ya que su desempeño se podría ver afectado.

Tabla I: Caracterización de la muestra

<b>Usuario</b>	<b>Tipo de afasia</b>	<b>Nivel de severidad de Afasia (según escala de severidad de Boston)</b>	<b>Puntaje en MMSE</b>
1	Afasia de Broca	3	10 / 26 puntos
2	Afasia Anómica	3	17 / 24 puntos
3	Afasia Anómica	4	23 / 30 puntos
4	Afasia de Broca	4	23 / 30 puntos
5	Afasia de Broca	4	21 / 30 puntos
6	Afasia Anómica	4	22 / 30 puntos
7	Afasia de Broca	3	17 / 24 puntos
8	Afasia Anómica	3	28 / 29 puntos
9	Afasia Transcortical Motora	3	17 / 24 puntos
10	Afasia Anómica	5	29 / 30 puntos
11	Afasia No Fluente Mixta	3	19 / 25 puntos
12	Afasia Anómica	4	29 / 30 puntos
13	Afasia de Broca	3	26 / 29 puntos
14	Afasia de Broca	4	23 / 30 puntos
15	Afasia No Fluente Mixta	3	15 / 26 puntos
16	Afasia Anómica	5	30 / 30 puntos
17	Afasia Anómica	4	22 / 29 puntos
18	Afasia Anómica	4	24 / 30 puntos

#### 5.4 Forma de selección de unidad de análisis

Para seleccionar la unidad de análisis del estudio, se hizo una revisión de la información y/o ficha clínica de los diferentes usuarios que asistían a terapia fonoaudiológica con los distintos profesionales fonoaudiólogos de los establecimientos mencionados anteriormente, con el fin de asegurar que cumplieren con los criterios de inclusión y que no presentaran los criterios de exclusión. Además, esta información se complementó con una entrevista realizada a cada uno de ellos.

### 5.5 Procedimientos para obtención de datos

La primera parte del estudio constó de una revisión bibliográfica sobre el trastorno comunicativo de tipo afásico, la cual dio paso a la generación de una serie de preguntas de tipo cerradas, creadas por la Fonoaudióloga Claudia Olivares, que fueron modificadas para este estudio y con las cuales se conformó el “Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia”. Esto con el fin de poder establecer el perfil comunicativo de un compañero de comunicación para estos usuarios, a partir del análisis de las propias respuestas de los participantes.

Terminada la confección del cuestionario, siete fonoaudiólogos especializados en la atención de usuarios adultos con trastornos de la comunicación de origen neurológico en diferentes contextos de salud, tales como, atención primaria (Centro Comunitario de Rehabilitación), atención secundaria (Centro de Referencia de Salud y Centro de Diagnóstico y Terapia), y atención terciaria (Hospitales), recibieron una carta de invitación para participar como juez experto en la valoración y análisis del instrumento de medición. En esta invitación se adjuntó el cuestionario con el objetivo de determinar el nivel de importancia de cada pregunta.

Para poder realizar la validación de expertos, también se adjuntó un documento llamado “Introducción a Protocolo Juicio de expertos” (Anexo 4), en donde se contextualizó a los fonoaudiólogos sobre la temática del protocolo que se les pidió evaluar, y se les entregó una tabla de especificaciones que contenía la descripción basada en una búsqueda bibliográfica de los aspectos que se querían evaluar con el cuestionario. Posteriormente, se hizo entrega de una pauta para expertos, con el fin de que los jueces pudieran calificar el protocolo, en donde se consideraban los aspectos verbales, no verbales, emocionales y ambientales, y se evaluaban en una escala de 3 opciones: si consideraban que el aspecto a evaluar era necesario, útil pero no esencial o innecesario. Las preguntas que fueron consideradas como necesarias por 4 o más expertos fueron incluidas en el cuestionario. Las preguntas donde 3 o menos expertos consideraron necesarias fueron eliminadas por no cumplir el criterio de obtener más del 50% de votos.

Por último, se les daba la posibilidad de que en caso de haber marcado alguna vez la opción, “útil pero no esencial” o “innecesario”, especificaran la razón de por qué consideraron tales opciones. Se adjuntó como último documento, una hoja de observaciones en caso de que tuvieran más comentarios. Además, se les pidió cumplir con un plazo no mayor a 14 días

hábiles para devolver los documentos que se les habían enviado con sus observaciones, respuestas y comentarios.

Una vez recibidos los documentos de aquellos expertos que aceptaron participar, se hizo una tabulación de las respuestas obtenidas a partir del análisis realizado por los fonoaudiólogos participantes. Luego se hicieron las correcciones y modificaciones pertinentes en el cuestionario.

Posteriormente, se acudió al Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente de la comuna de Peñalolén, Centro de Diagnóstico y Terapia Profesor Dr. Rodolfo Armas Cruz de la comuna Quinta Normal, Hospital San José de la comuna de Independencia, y Centro Comunitario de Rehabilitación de la Comuna de El Bosque para la aplicación de la encuesta a cada sujeto de la muestra. A cada usuario participante se le informó en qué consistía el trabajo y posteriormente se le pidió firmar, si estaba de acuerdo con participar, el Consentimiento Informado aceptado por el Comité de Ética. Luego se realizó una anamnesis con la “Ficha Clínica Fonoaudiológica” (Anexo 3), y se aplicó el Mini-Mental State Examination (MMSE) con el fin de descartar alteraciones cognitivas que pudieran afectar el resultado de la encuesta. A continuación, se realizó el “Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia” (Anexo 5), y también, una Evaluación de Lenguaje con el “Mini Protocolo de Lenguaje para Pacientes Afásicos”, de Rafael González (Anexo 6). Esta evaluación se hizo con el objetivo de corroborar el trastorno afásico y caracterizarlo en parámetros homogéneos para la muestra estudiada. La modalidad de esta sesión fue individual, en donde podía estar presente el profesional Fonoaudiólogo del recinto junto con los integrantes del grupo de investigación, el usuario y su acompañante en caso de asistir con algún familiar o cercano.

Realizadas estas evaluaciones a los sujetos de la muestra, se tabularon los resultados, analizando las respuestas obtenidas, y determinando los aspectos del cuestionario que resultaron más significativos para los usuarios entrevistados. Finalmente se determinó cuáles eran las habilidades necesarias en un compañero de comunicación, las características ambientales que propician una comunicación efectiva y los aspectos emocionales que interfieren en una interacción.

Finalmente, se procedió a la confección del manual diseñado para compañeros de comunicación de usuarios con trastorno comunicativo de tipo afásico con un nivel comprensivo que permita seguir órdenes simples y responder preguntas de respuesta cerrada tipo sí/no. Esto

se realizó en base al perfil que se obtuvo de las respuestas analizadas, con el fin de poder compartir con la comunidad los hallazgos de esta investigación.

## 5.6 Instrumento de Recolección de Datos

En base a la revisión bibliográfica de las necesidades comunicativas y aspectos ambientales de un usuario con afasia, se creó el “Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia”, confeccionado de forma conjunta por la fonoaudióloga Claudia Olivares y el grupo de investigación. El propósito del instrumento es determinar cuáles son las necesidades comunicativas de un usuario con afasia, y determinar los aspectos emocionales y ambientales que influyen en la comunicación. Se realizó la validación del instrumento a través del juicio de siete expertos, realizando las modificaciones pertinentes para su posterior aplicación a los usuarios con afasia.

El “Cuestionario de necesidades comunicativas para usuarios con afasia” está constituido por cuatro ítems correspondientes a las habilidades verbales, habilidades no verbales, aspectos emocionales y aspectos ambientales. Cada ítem consta de 16 preguntas cerradas, con respuestas “Sí”, “No” y “No influye en mi comunicación”.

### CUESTIONARIO DE NECESIDADES COMUNICATIVAS PARA USUARIOS CON AFASIA

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE CENTRAN EN ESTABLECER CUÁLES SON LAS NECESIDADES COMUNICATIVAS DE PERSONAS QUE PRESENTAN UN TRASTORNO DE TIPO AFÁSICO.

EN ESTE CUESTIONARIO SE REUNIRÁ INFORMACIÓN NECESARIA PARA ESTABLECER CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEBE TENER UN COMPAÑERO DE COMUNICACIÓN PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN EFECTIVA CON PERSONAS QUE PRESENTEN UNA AFASIA.

	Sí	No	No influye en mi comunicación
<b>I.- En relación a aspectos verbales (lingüísticos):</b>			
1.- Utilizar palabras cortas facilita mi comunicación.			
2.- Utilizar oraciones cortas sin tantos detalles facilita mi comunicación.			
3.- Utilizar detalles y descripciones largas y			

extensas facilita mi comunicación.			
4.- La utilización de artículos (la/el) y pronombres (yo/tú/el) facilita mi comunicación.			
5.- La utilización de artículos y pronombres me confunde durante la comunicación.			
6.- Prefiero comunicarme a través de verbos como quiero, comer, dame y nombres propios como Claudia, Felipe, Jorge.			
7.- Los verbos y nombres propios me confunden y dificultan mi comunicación.			
8.- Cuando no comprendo bien me ayuda que la persona con la que converso repita lo que dijo.			
9.- Si no logro comprender lo que me quieren decir, prefiero que me lo escriban.			
10.- Si no logro expresar lo que quiero prefiero escribirlo.			
11.- Prefiero que la persona con la que converso utilice pocas palabras y que sean sencillas para mí.			
12.- Prefiero que las personas usen palabras que yo conozco y que uso cotidianamente.			
13.- Que las personas me hablen lento facilita mi comunicación.			
14.- Que las personas me hablen más fuerte facilita mi comunicación.			
15.- Que las personas me hablen más lento o más fuerte me confunde y no ayuda a mi comunicación.			
<b>II.- En relación a aspectos no verbales:</b>			
1.- Que me miren a los ojos facilita mi			

comunicación.			
2.- La utilización de gestos facilita mi comunicación.			
3.- La utilización de gestos me confunde y preferiría que la persona no gesticulara tanto durante la conversación.			
4.- Cuando no logro comprender lo que me dicen me ayuda si alguien dibuja lo que me quiere decir.			
5.- Si no logro expresar lo que necesito prefiero dibujarlo.			
6.- Hacer más pausas durante la conversación me da tiempo de entender lo que me dicen.			
7.- Hacer más pausas durante la conversación me confunde y me incomoda.			
8.- Es importante que la persona con la que converso me pregunte si comprendí o si me quedó claro lo que acaba de decirme.			
9.-Es importante que la persona con la que converso no me interrumpa.			
10.- Prefiero hablar con una sola persona a la vez.			
11.- Hablar en grupo me confunde y dificulta mi comunicación.			
12.- Hablar de cosas relacionadas a mi trabajo e intereses facilita mi comunicación.			
13.- Si la persona con la que converso cambia bruscamente de tema me confundo y dificulta mi comunicación.			
14.- Si la persona con la que converso me pide constantemente que repita lo que dije, me confundo y dificulta mi comunicación.			

<b>III.- En relación a aspectos ambientales:</b>			
1.- Prefiero establecer una conversación en un lugar tranquilo y con poco ruido de fondo.			
2.- Al conversar con alguien prefiero sentarme frente a él/ella en vez de estar al lado.			
3.- Los lugares cerrados facilitan mi comunicación.			
4.- Los lugares abiertos facilitan mi comunicación.			
5.- Los lugares con mucha iluminación facilitan mi comunicación.			
6.- Los lugares poco iluminados facilitan mi comunicación.			
7.- Prefiero conversar con alguien en persona.			
8.- Prefiero conversar con alguien por teléfono.			
9.- Me incomoda conversar con alguien en espacios muy concurridos (calles, restaurantes, malls, etc.).			
10.- Hablar con alguien que se encuentre a mucha distancia de mí interfiere en mi comunicación.			
11.- Me incomoda dirigirme a muchas personas al mismo tiempo.			
12.- Prefiero hablarle a un grupo de personas que a una sola persona.			
<b>IV.- En relación a aspectos emocionales:</b>			
1.- Me frustra que me pidan constantemente que repita lo que quiero decir.			
2.- Me incomoda hablar con gente que no conozco.			
3.- Evito reuniones sociales y/o familiares			

para no tener que conversar con la gente.			
4.- Me gusta conversar con la gente a pesar de mis dificultades.			
5.- La gente con la que converso habitualmente se muestra comprensiva y me da el tiempo para que pueda expresarme con tranquilidad.			
6.- En ocasiones las personas con las que converso no se muestran cooperadores ni comprensivos con mis dificultades.			
7.- Al conversar con la gente siento que me tratan como si fuera un niño(a).			
8.- En ocasiones siento que la gente evita conversar conmigo para no incomodarme.			
9.- Cuando las personas me preguntan si comprendí bien el mensaje, me siento más cómodo con la conversación.			
10.- Siento que las personas entienden mi problema y me apoyan mi comunicación.			
11.- Siento que la gente evita hablarme para no sentirse incómoda con mi dificultad.			
12.- Los profesionales con los que me atiendo en los servicios de salud entienden mi dificultad y logran comunicarse conmigo sin dificultad.			
13.- Cuando trato de pedir ayuda o información a alguien que no conozco siento que me discriminan.			
14.- Me atemoriza que la gente haga comentarios negativos acerca de mí, por mi dificultad para comunicarme.			
15.- Me siento apoyado y comprendido por mi familia.			
16.- Me siento discriminado e			

incomprendido por mi familia.			
-------------------------------	--	--	--

### 5.7. Juicio de Expertos

Según el análisis de los resultados obtenidos a partir de la realización del juicio de expertos, se eliminaron preguntas del cuestionario antes de ser aplicado a los usuarios, utilizando como criterio eliminar aquellas preguntas relacionadas con los ítems en que se obtuviera menos de 50% de los votos de los expertos en la opción “necesario”, lo cual se puede corroborar en la Tabla II, III, IV y V.

En cuanto al ámbito de los aspectos verbales, se determinó que no eran necesarias las preguntas relacionadas con el ítem “utilización de palabras largas como facilitador”. Por ende, se eliminó la pregunta “Utilizar palabras largas facilita mi comunicación”, quedando éste ítem con 15 preguntas de las 16 iniciales.

En el ámbito de los aspectos no verbales, se determinó que no eran necesarias las preguntas relacionadas con el ítem “Utilización de inferencias como facilitador de la comunicación”, por ende se eliminaron las preguntas “Es importante que la persona con la que conversa intente adivinar lo que quiere decir y le dé opciones de palabras mientras conversan” y “Si la persona con la que conversa intenta adivinar lo que quiere decir y le da opciones de palabras la (lo)confunden y se entorpece la conversación”, por lo que éste ítem finalmente contó con 14 preguntas de las 16 iniciales.

En el ámbito de los aspectos ambientales, se determinó que no eran necesarias las preguntas relacionadas con los ítems “El transporte público como facilitador de la comunicación” y “Los espacios urbanos como facilitadores de la comunicación”, por ende se eliminaron las preguntas “El transporte público (metro o micro) interfiere en su comunicación”, “Siente que su ciudad tiene espacios que propicien la comunicación en personas que tienen un trastorno como el suyo”, “Evita interactuar con personas en la vía pública, ya sea para preguntar algo o responderle a alguien” y “Siente que las personas se preocupan de generar espacios de comunicación que le permitan conversar con mayor libertad”, por lo que éste ítem finalmente contó con 12 preguntas de las 16 iniciales.

Finalmente, en cuanto a los aspectos emocionales no se eliminaron preguntas del cuestionario ya que no se encontraron ítems que fueran innecesarios.

Los resultados se presentan en las tablas de a continuación:

Tabla II: Aspectos verbales (lingüísticos y no lingüísticos).

Aspecto a Considerar		Criterios		
		Necesario	Útil pero no Esencial	Innecesario
Aspectos Verbales (lingüísticos y no lingüísticos)	Utilización de palabras cortas como facilitador de la comunicación	5	1	0
	Utilización de palabras largas como facilitador de la comunicación	2	3	1
	Utilización de enunciados cortos sin detalles como facilitador de la comunicación	5	1	0
	Utilización de enunciados largos con alto nivel de detalle como facilitador de la comunicación	3	2	1
	Utilización de artículos y pronombres como facilitador de la comunicación.	3	3	0
	Utilización de verbos y sustantivos como facilitador de la comunicación	6	0	0
	Repetición del enunciado como facilitador de la comunicación	6	0	0
	Escritura como facilitador de la comunicación	6	0	0
	Utilización de palabras de corta metría y primera edad de adquisición como facilitador de la comunicación	2	3	0
	Disminución de la velocidad del habla como facilitador de la comunicación	6	0	0
	Aumento de la intensidad de habla como facilitador de la comunicación	3	1	2

Tabla III: Aspectos no verbales

Aspecto a Considerar		Criterios		
		Necesario	Útil pero no Esencial	Innecesario
Aspectos No verbales	Contacto ocular como facilitador de la comunicación	6	0	0
	Utilización de gestos como facilitador de la comunicación	6	0	0
	Dibujo como facilitador de la comunicación	6	0	0
	Aumento de pausas durante la interacción como facilitador de la comunicación	4	2	0
	Refuerzo del contenido informativo como facilitador de la comunicación	6	0	0
	Respeto de turnos de habla como facilitador de la comunicación	6	0	0
	Utilización de inferencias como facilitador de la comunicación	3	3	0
	Interacción con un único interlocutor como facilitador de la comunicación	5	1	0
	Utilización de tópicos de interés como facilitador de la comunicación	5	1	0
	Mantención de tópico como facilitador de la comunicación	5	1	0

Tabla IV: Aspectos Ambientales

Aspecto a Considerar	Criterios		
	Necesario	Útil pero no Esencial	Innecesario

Aspectos Ambientales	Eliminación del ruido de fondo como facilitador de la comunicación	6	0	0
	El posicionamiento frente al interlocutor como facilitador de la comunicación	6	0	0
	El lugar de la interacción como facilitador de la comunicación	6	0	0
	La iluminación como facilitador de la comunicación	4	1	1
	La conversación presencial como facilitador de la comunicación	6	0	0
	La conversación telefónica como facilitador de la comunicación	4	1	1
	Los lugares concurridos como facilitadores de la comunicación	4	0	2
	La distancia entre los interlocutores como facilitador de la comunicación	4	1	1
	El número de interlocutores como facilitador de la comunicación	5	0	1
	El transporte público como facilitador de la comunicación	3	2	1
	Los espacios urbanos como facilitadores de la comunicación	3	1	2

Tabla V: Aspectos Emocionales

	Crterios
--	----------

Aspecto a Considerar		Necesario	Útil pero no Esencial	Innecesario
Aspectos Emocionales	La frustración como interferente en la comunicación	5	0	1
	La incomodidad como interferente en la comunicación	5	0	1
	La evasión como interferente en la comunicación	5	0	1
	La satisfacción y comodidad como interferentes en la comunicación	6	0	0
	El bienestar y empatía como interferentes en la comunicación	6	0	0
	La incomprensión como interferente en la comunicación	5	0	1
	El apoyo y acompañamiento como interferentes en la comunicación	6	0	0
	La discriminación como interferente en la comunicación	5	0	1
	El temor como interferente en la comunicación	5	0	1

Tabla VI: Fundamentación de expertos

Razones	Aspectos Verbales	Aspectos No Verbales	Aspectos Ambientales	Aspectos Emocionales
Cantidad insuficiente de ítems				1
No refleja los contenidos que pretende evaluar			4	

Inadecuada selección de indicadores	3	3	3	
Modalidad de evaluación poco adecuada (observación de la interacción comunicativa)	1	2	1	

## VI. Resultados

Para la realización de la encuesta, como también para la aplicación de los diversos test y protocolos, se requirió un tiempo aproximado de una hora por cada usuario. Las evaluaciones se realizaban en pareja o de forma individual, con la supervisión del fonoaudiólogo del servicio donde se practicó la evaluación en caso de que éste quisiera estar presente.

La muestra está conformada por 18 individuos (Tabla VII), de los cuales 12 son varones y 6 son mujeres. El promedio de edad de la muestra es de 57 años y 7 meses de edad, con un rango que variaba entre los 34 años 5 meses y los 79 años 11 meses de edad. El 5,5% de las personas tienen entre 30 – 39 años 11 meses de edad, el 22,2% tiene entre 40 – 49 años 11 meses de edad el 33,3% tiene entre 50 – 59 años 11 meses de edad, el 22,2% tiene entre 60– 69 años 11 meses de edad y el 16,7% tiene entre 70 – 79 años 11 meses de edad.

En cuanto a la escolaridad, un 5,5% de la muestra no presentaba estudios, mientras un 33,3% presentaban estudios hasta enseñanza básica, un 38,9% estudios hasta enseñanza media y un 22,2% tenía estudios superiores.

Entre el tipo de afasia que presentaban los usuarios afásicos evaluados, el 33,3 % de las personas afásicas presentan afasia de tipo Broca, el 50% afasia de tipo anómica, el 11,1% afasia de tipo no fluente mixta y un 5,5% afasia de tipo transcortical motora.

El nivel de severidad de la afasia se graduó a partir de lo propuesto por la escala de Boston, en donde se utiliza una escala del 0 al 5:

- Grado 0: Hace referencia a ausencia de habla o comprensión auditiva.
- Grado 1: Hace referencia a que la comunicación se efectúa totalmente a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente y el peso de la conversación recae sobre el oyente
- Grado 2: Hace referencia a que la persona puede, con ayuda del interlocutor, mantener una conversación sobre algunos temas familiares, pero hay fracaso frecuente al intentar expresar una idea. Sin embargo, la persona comparte el peso de la conversación con el interlocutor.
- Grado 3: Hace referencia a que la persona puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy poca ayuda o sin ella. Sin embargo, la reducción

en el lenguaje expresivo y/o comprensivo hacen muy difícil o imposible la conversación sobre ciertos tipos de temas.

- Grado 4: Hace referencia a que existe alguna pérdida obvia de fluidez en el lenguaje expresivo o comprensivo, sin limitación significativa de las ideas expresadas.
- Grado 5: Deterioros del habla mínimos. La persona puede tener algunas debilidades subjetivas que no son percibidas por el interlocutor.

De acuerdo al análisis en cuanto a la severidad de la afasia, determinada según la clasificación propuesta por la escala de Boston, un 11,1% de la muestra presentaba grado 5, un 44,4% presentaba grado 4 y el resto (44,4%) presentaba grado 3.

Tabla VII: Categorización de los usuarios con afasia

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sexo	Masculino	12	66,6%
	Femenino	6	33,3%
Edad	30 - 39 años 11 meses	1	5,5%
	40 - 49 años 11 meses	4	22,2%
	50 - 59 años 11 meses	6	33,3%
	60 - 69 años 11 meses	4	22,2%
	70 - 79 años 11 meses	3	16,7%
	X: 57 años 7 meses		
Escolaridad	Sin escolaridad	1	5,5%
	Ens. Básica	6	33,3%
	Ens. Media	7	38,9%
	Ens. Superior	4	22,2%
Tipo de Afasia	Afasia de Broca	6	33,3%
	Afasia Transcortical Motora	1	5,5%
	Afasia Anómica	9	50%

	Afasia no fluente mixta	2	11,1%
Nivel de Severidad de Afasia	Grado 5	2	11,1%
	Grado 4	8	44,4%
	Grado 3	8	44,4%
	Grado 2	0	0%
	Grado 1	0	0%
	Grado 0	0	0%

A. Aspectos verbales:

Tabla VIII: Facilitadores verbales de la comunicación.

Facilita mi comunicación:	Categorización						TOTAL
	Sí	% Sí	No	% No	No influye en mi comunicación	% No influye	
Uso de palabras cortas	16	88,89%	2	11,11%	0	0%	18
Uso de oraciones cortas con poco detalle	17	94,44%	1	5,56%	0	0%	18
Uso de detalles y descripciones largas y extensas	2	11,11%	16	88,89%	0	0%	18
Uso de artículos y pronombres	13	72,22%	5	27,78%	0	0%	18
Uso de verbos y nombres propios	14	77,78%	2	11,11%	2	11,11%	18
Uso de repetición verbal de lo dicho por interlocutor	17	94,44%	0	0,00%	1	5,56%	18
Uso de repetición por escrito de lo dicho por el interlocutor	9	50,00%	8	44,44%	1	5,56%	18
Escritura	6	33,33%	12	66,67%	0	0%	18
Uso de pocas palabras y que sean sencillas para el participante	16	88,89%	0	0,00%	2	11,11%	18
Uso de palabras conocidas y de uso cotidiano	17	94,44%	0	0,00%	1	5,56%	18

Habla lenta	15	83,33%	1	5,56%	2	11%	18
Habla a mayor intensidad	6	33,33%	11	61,11%	1	5,56%	18
TOTAL	148		58		10		84

Tabla IX: Entorpecedores verbales de la comunicación.

	Categorización						TOTAL
	Sí	% Sí	No	% No	No influye en mi comunicación	% No influye	
Confunde mi comunicación:							
Uso de artículos y pronombres	8	44,44%	10	55,56%	0	0%	18
Uso de verbos y nombres propios	2	11,11%	16	88,89%	0	0%	18
Habla lenta o a mayor intensidad	4	22,22%	14	77,78%	0	0%	18
TOTAL	14		40		0		54

De acuerdo a los aspectos verbales mostrados en las tablas VIII y IX, se puede destacar que los usuarios con afasia manifestaron que el uso de palabras conocidas y de uso cotidiano, uso de repetición de lo dicho por el interlocutor y el uso de oraciones con poco detalle, son factores que facilitan la comunicación con un porcentaje de aprobación del 94,44% en cada caso. También manifestaron que el uso de pocas palabras, y que estas sean cortas y sencillas facilitan su comunicación con un porcentaje de aprobación del 88,89%.

Así mismo, elementos como el uso de verbos y nombres propios, uso de artículos y pronombres tienen un alto porcentaje de aprobación como facilitador en la comunicación, con un 77,78% y 72,22% respectivamente.

Por otro lado, los usuarios con afasia no consideraron como un facilitador de la comunicación la escritura, el hablar a mayor intensidad (ambos con porcentajes de aprobación de un 33,33%) y el uso de detalles y descripciones largas y extensas (11,11%). En cuanto al uso de repetición por escrito de lo dicho por el interlocutor, los porcentajes de aprobación y desaprobación son cercanos (50% y 44,44% respectivamente).

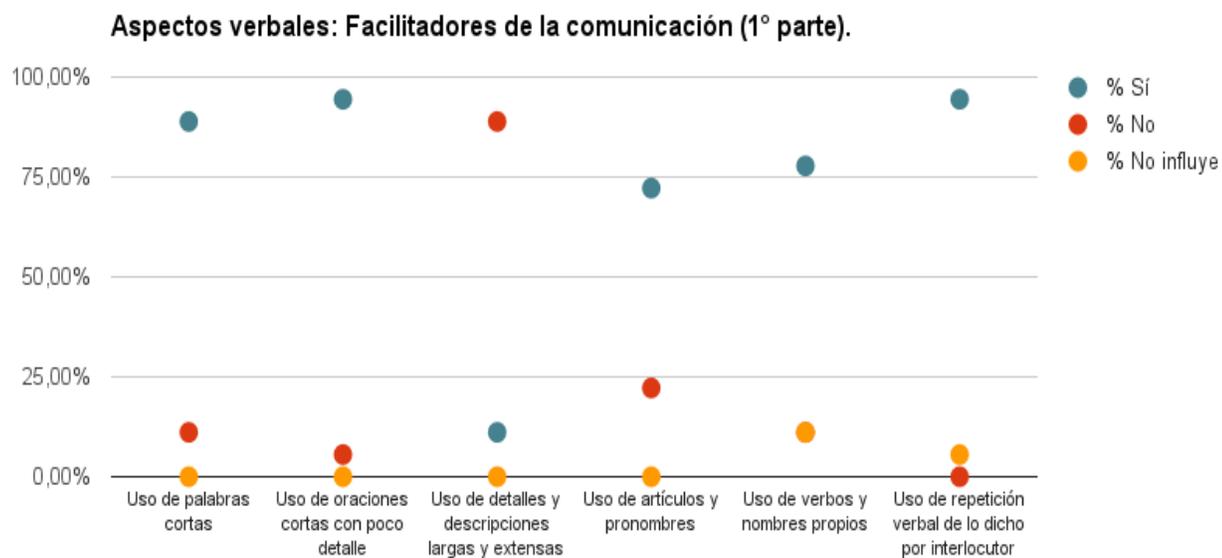


Gráfico 1: Distribución de los facilitadores verbales de la comunicación.

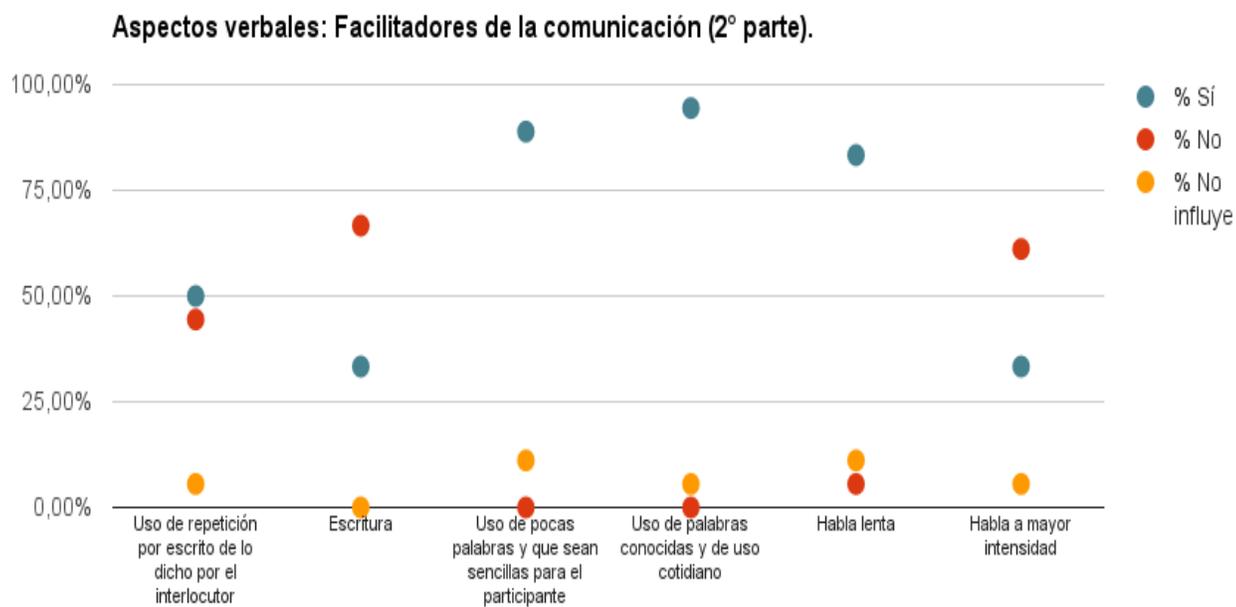


Gráfico 2: Distribución de los facilitadores verbales de la comunicación.

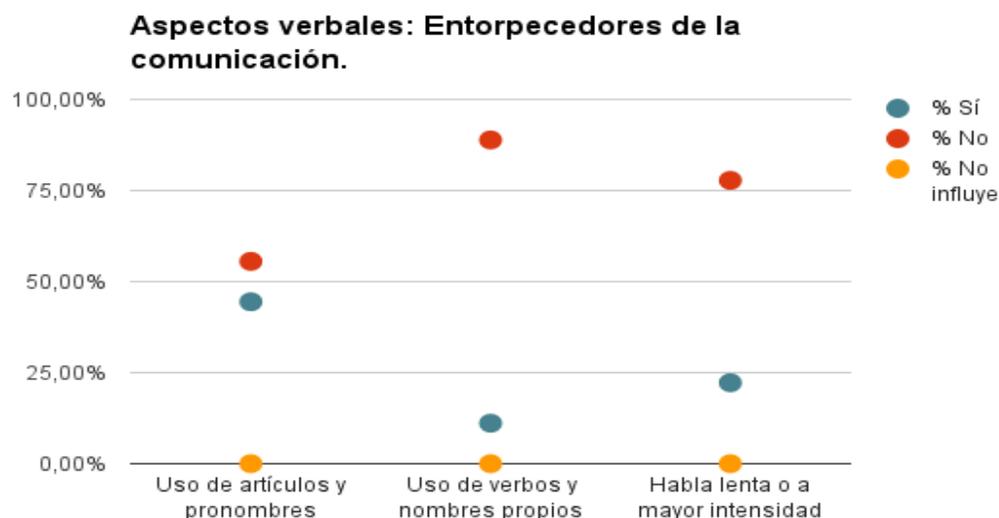


Gráfico 3: Distribución de los entorpecedores verbales de la comunicación.

El gráfico 1, 2, y 3 muestra los aspectos verbales evaluados, en donde el porcentaje de “Sí” corresponde a un facilitador de la comunicación, el porcentaje de “No” corresponde a un entorpecedor y el porcentaje “No influye” hace referencia a aspectos que no son considerados influyentes en la comunicación.

#### B. Aspectos no verbales:

Tabla X: Facilitadores no verbales de la comunicación.

	Categorización						TOTAL
	Sí	% Sí	No	% No	No influye en mi comunicación	% No influye	
Facilita mi comunicación:							
Mantención de contacto ocular	16	88,89%	0	0,00%	2	11,11%	18
Uso de gestos	15	83,33%	2	11,11%	1	5,56%	18
Uso de dibujos hechos por el interlocutor	14	77,78%	4	22,22%	0	0%	18
Uso de dibujos hechos por el usuario	10	55,56%	7	38,89%	1	5,56%	18
Uso de pausas frecuentes	16	89%	1	5,56%	1	5,56%	18
Uso de preguntas para confirmar la comprensión	14	77,78%	2	11,11%	2	11,11%	18

No interrumpir	12	66,67%	2	11,11%	4	22,22%	18
Hablar con una persona a la vez	17	94,44%	1	5,56%	0	0%	18
Uso de tópicos conocidos y de mi interés	15	83,33%	1	5,56%	2	11,11%	18
TOTAL	129		20		13		162

Tabla XI: Entorpecedores no verbales de la comunicación.

Confunde mi comunicación:	Categorización						TOTAL
	Sí	% Sí	No	% No	No influye en mi comunicación	% No influye	
Uso de gestos	3	16,67%	15	83,33%	0	0%	18
Uso de pausas	2	11,11%	16	88,89%	0	0%	18
Hablar en grupo	16	88,89%	2	11,11%	0	0%	18
Cambio brusco de tema	14	77,78%	4	22,22%	0	0%	18
Uso de repeticiones constantes de lo dicho por el usuario	8	44,44%	7	38,89%	3	16,67%	18
TOTAL	43		44		3		90

En cuanto a las habilidades no verbales mostradas en las tablas X y XI, los usuarios con afasia manifestaron que hablar con una persona a la vez (94,44%), el usar pausas frecuentemente (88,89%), la mantención del contacto ocular (87,56%), el uso de tópicos conocidos y del interés del usuario (83,33%) y el uso de gestos (83,33%), fueron referidos como facilitadores de la comunicación. Además, la realización de preguntas por parte del interlocutor para asegurarse de que el usuario comprendió bien y el uso de dibujos hechos por el interlocutor, tienen un porcentaje de aprobación como facilitador de la comunicación de un 77,78% y 72,22% respectivamente. Por último, no ser interrumpido durante la conversación fue considerado como facilitador de la comunicación por un 66,67%, junto con el uso de dibujos hechos por el interlocutor con un 55,56%.

Por otra parte, hablar en grupo junto con realizar un cambio brusco de tema al conversar fueron considerados como entorpecedores de la comunicación con porcentajes de aprobación de un 88,89% y 77,78%. Además, un 44,44% indicó que realizar repeticiones constantes de lo dicho confundía su comunicación. Finalmente, el uso de gestos (83,33%) y uso de pausas (88,89%) fueron indicados como aspectos que no entorpecen la comunicación de los usuarios.

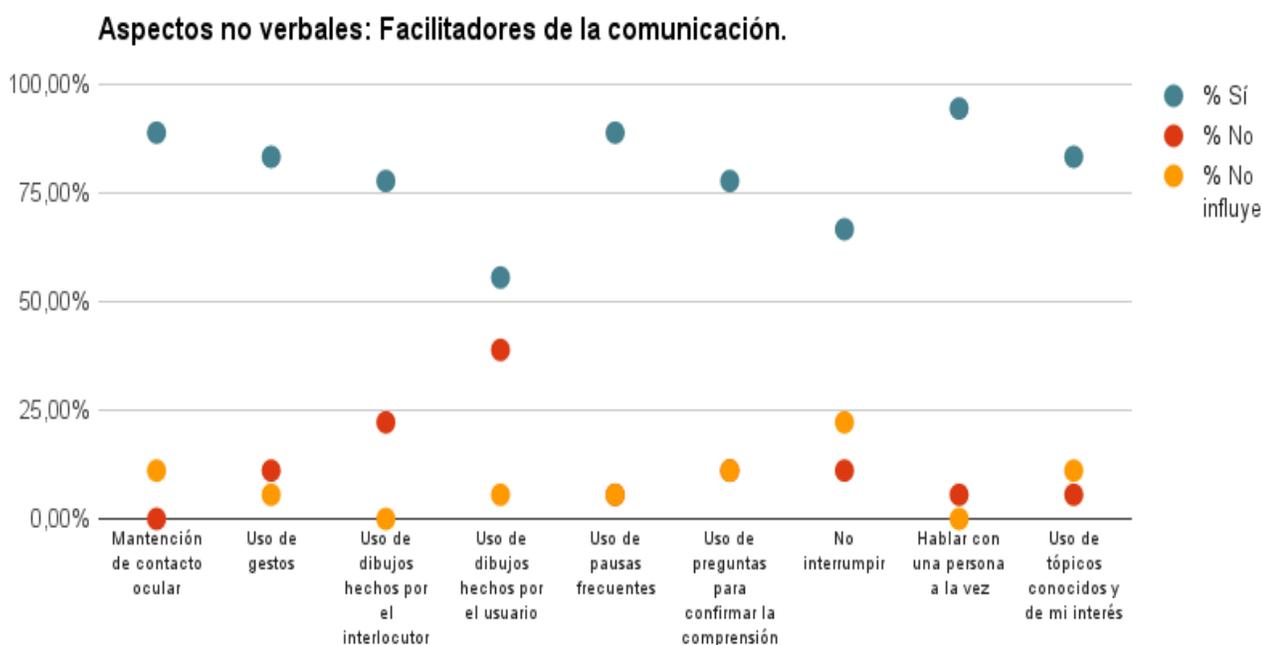


Gráfico 4: Distribución de los facilitadores no verbales de la comunicación.

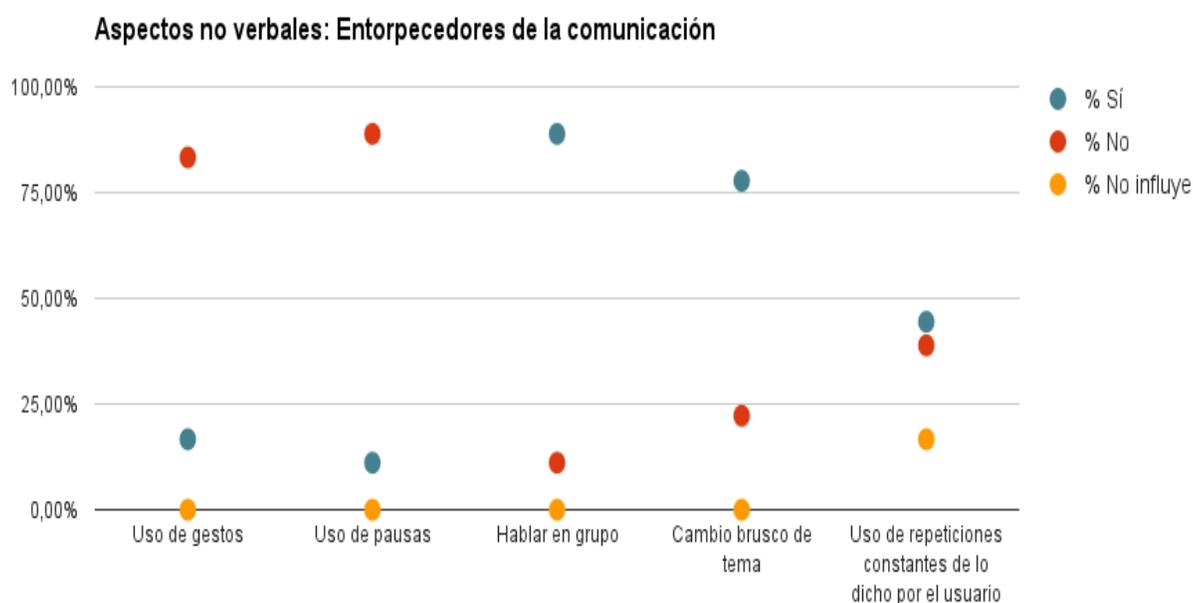


Gráfico 5: Distribución de entorpecedores no verbales de la comunicación.

El gráfico 4 y 5 muestra los aspectos no verbales evaluados, en donde el porcentaje de “Sí” corresponde a un facilitador de la comunicación, el porcentaje de “No” corresponde a un

entorpecedor y el porcentaje “No influye” hace referencia a aspectos que no son considerados influyentes en la comunicación.

C. Aspectos ambientales:

Tabla XII: Facilitadores ambientales de la comunicación

Facilita(n) mi comunicación:	Categorización						TOTAL
	Sí	% Sí	No	% No	No influye en mi comunicación	% No influye	
Lugar tranquilo y con poco ruido ambiental	15	83,33%	1	5,56%	2	11%	18
Conversar de frente al interlocutor	12	66,67%	1	5,56%	5	27,78%	18
Lugares cerrados	14	77,78%	1	5,56%	3	16,67%	18
Lugares abiertos	7	38,89%	8	44,44%	3	16,67%	18
Lugar con alta iluminación	7	38,89%	2	11,11%	9	50,00%	18
Lugar con baja iluminación	6	33,33%	4	22,22%	8	44,44%	18
Conversar en persona	17	94,44%	0	0%	1	5,56%	18
Conversar por teléfono	4	22,22%	12	66,67%	2	11,11%	18
Dirigirse a muchos interlocutores	5	27,78%	11	61,11%	2	11,11%	18
TOTAL	87		40		35		162

Tabla XIII: Entorpecedores ambientales de la comunicación

Entorpece mi comunicación:	Categorización						TOTAL
	Sí	% Sí	No	% No	No influye en mi comunicación	% No influye	
Conversar en espacios muy concurridos	12	66,67%	6	33,33%	0	0%	18
Conversar a distancia	14	77,78%	3	16,67%	1	5,56%	18
Dirigirse a muchos interlocutores	12	66,67%	4	22,22%	2	11,11%	18
TOTAL	38		13		3		54

Con respecto a los aspectos ambientales mostrados en las tablas XII y XIII, los usuarios con afasia refirieron que establecer un diálogo en persona es un aspecto que propicia una comunicación efectiva, con un porcentaje de aprobación del 94,44%. También se destaca que el establecer una conversación en un lugar tranquilo, con poco ruido de fondo, y que esta se realice en espacios cerrados, es un facilitador de la comunicación, con porcentajes de aprobación del 83,33% y 77,78% respectivamente. Mientras que el 66,67% de los usuarios encuestados dijo que conversar de frente al interlocutor es un factor positivo al entablar una conversación.

En relación a parámetros que interfieren en la comunicación de los usuarios afásicos, el 77,78% de los encuestados manifestaron que el entablar una conversación a distancia entorpece una comunicación efectiva. También consideraron que conversar en espacios muy ruidosos, dirigirse a muchas personas a la vez y conversar por teléfono no es un facilitador de la comunicación, con un porcentaje de desaprobación del 66,67% en cada caso.

Por otra parte, al evaluar cómo influye en los usuarios afásicos que la conversación se realice con mucha o con poca iluminación, no se logró determinar si estos factores eran facilitadores o entorpecedores de la comunicación, debido a que los porcentajes de no influencia (50% y 44,44% cada uno), eran superiores a los porcentajes de aprobación (38,89% y 33,33%) y desaprobación (11,11% y 22,22%) respectivamente.

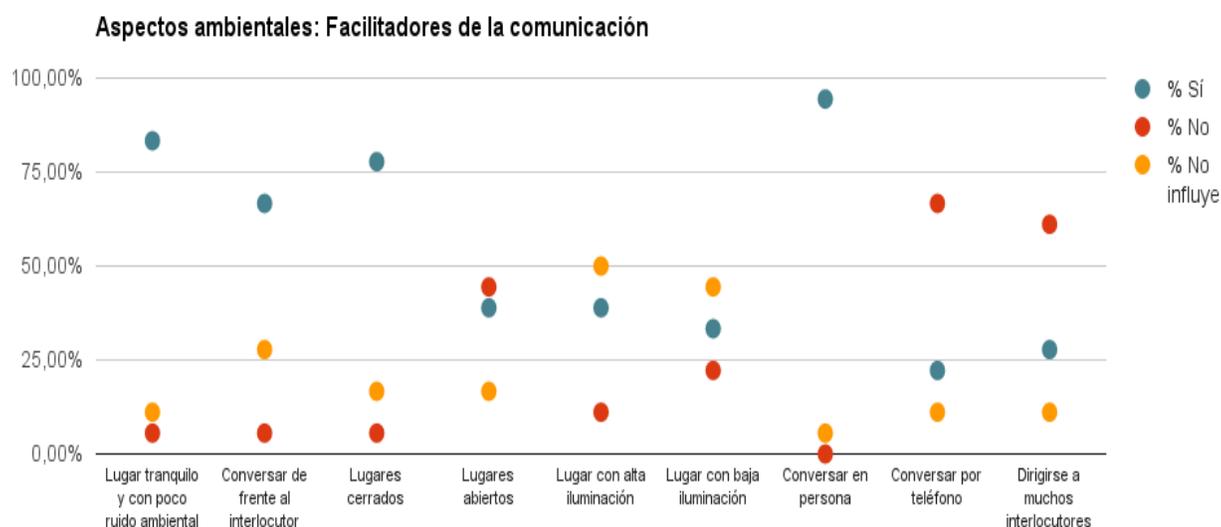


Gráfico 6: Distribución de los facilitadores ambientales de la comunicación.

El gráfico 6, muestra los aspectos ambientales evaluados, en donde el porcentaje de “Sí” corresponde a un facilitador de la comunicación, el porcentaje de “No” corresponde a un entorpecedor y el porcentaje “No influye” hace referencia a aspectos que no son considerados influyentes en la comunicación.

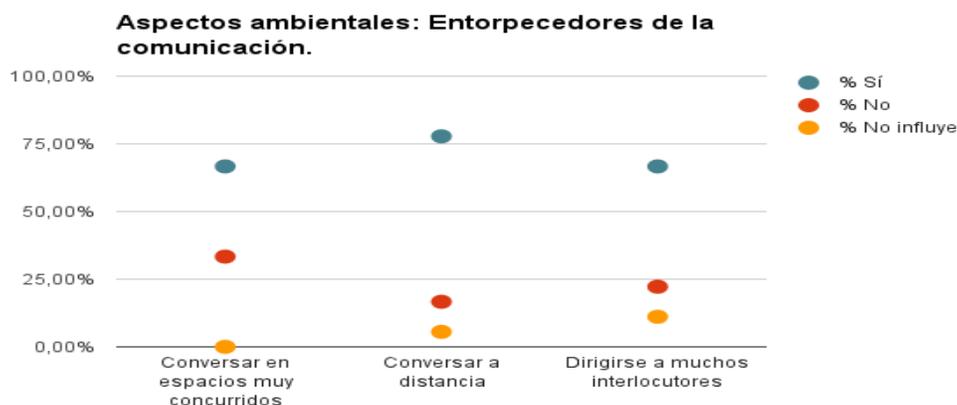


Gráfico 7: Distribución de los entorpecedores ambientales de la comunicación.

El gráfico 7 muestra los aspectos ambientales evaluados, en donde el porcentaje de “Sí” corresponde a un entorpecedor de la comunicación, el porcentaje de “No” corresponde a un facilitador y el porcentaje “No influye” hace referencia a aspectos que no son considerados influyentes en la comunicación.

#### D. Aspectos emocionales:

Tabla XIV: Aspectos emocionales involucrados en la comunicación.

Siente:	Categorización						TOTAL
	Sí	% Sí	No	% No	No influye en mi comunicación	% No influye	
Frustración ante repetición constante	12	66,67%	4	22,22%	2	11,11%	18
Que se incomoda al hablar con gente extraña	8	44,44%	10	55,56%	0	0%	18
Que evita eventos sociales o familiares para no hablar	8	44,44%	10	55,56%	0	0%	18
Que disfruta de conversaciones a pesar de la dificultad	15	83,33%	2	11,11%	1	5,56%	18

Que los interlocutores permiten la expresión con tranquilidad	15	83,33%	3	16,67%	0	0%	18
Que los interlocutores son poco cooperadores y comprensivos con la dificultad	9	50,00%	9	50,00%	0	0%	18
Que lo infantilizan	11	61,11%	7	38,89%	0	0%	18
Que la gente evita conversaciones para no incomodar	13	72,22%	5	27,78%	0	0%	18
Comodidad	16	88,89%	2	11,11%	0	0%	18
Comprensión y apoyo	17	94,44%	1	5,56%	0	0%	18
Que es evitado por la gente	13	72,22%	4	22,22%	1	5,56%	18
Comprendido por los profesionales de la salud	18	100%	0	0%	0	0%	18
Discriminación por parte de extraños	7	38,89%	10	55,56%	1	5,56%	18
Temor por los comentarios negativos	9	50,00%	8	44,44%	1	5,56%	18
Que es apoyado por parte de la familia	16	88,89%	1	5,56%	1	5,56%	18
Que es discriminado por parte de la familia	3	16,67%	14	77,78%	1	5,56%	18
TOTAL	190		90		8		288

En la tabla XIV se muestran los aspectos emocionales, donde se puede observar que el 100% de los usuarios se sienten comprendidos por los profesionales que atienden en los Servicios de Salud y que logran comunicarse con ellos sin dificultad. Además, el 94,44% siente que las personas los apoyan y entienden su problema. El 88,89% de los usuarios sienten que son apoyados y comprendidos por su familia, y se sienten cómodos cuando las personas le preguntan si comprendió bien el mensaje. El 83,33% le gusta conversar con las personas a pesar de su dificultad, y siente que le dan el tiempo para que puedan expresarse con tranquilidad.

El 72,2% de los encuestados sienten que las personas evitan conversar con ellos para no sentirse incómodas con su dificultad y para no incomodar a ellos mismos, el 66,67% se siente frustrado cuando le piden constantemente que repita lo que quiere decir. Un 61,11% de los individuos siente que lo infantilizan, pero el 55,6% de usuarios asiste a reuniones sociales y familiares a pesar de sus dificultades, y no le incomoda hablar con gente extraña. Se menciona

además, que la mitad de los usuarios (50%) sienten temor por los comentarios negativos que puedan realizar las personas y que en ocasiones la gente se muestra poco cooperadora con sus dificultades.

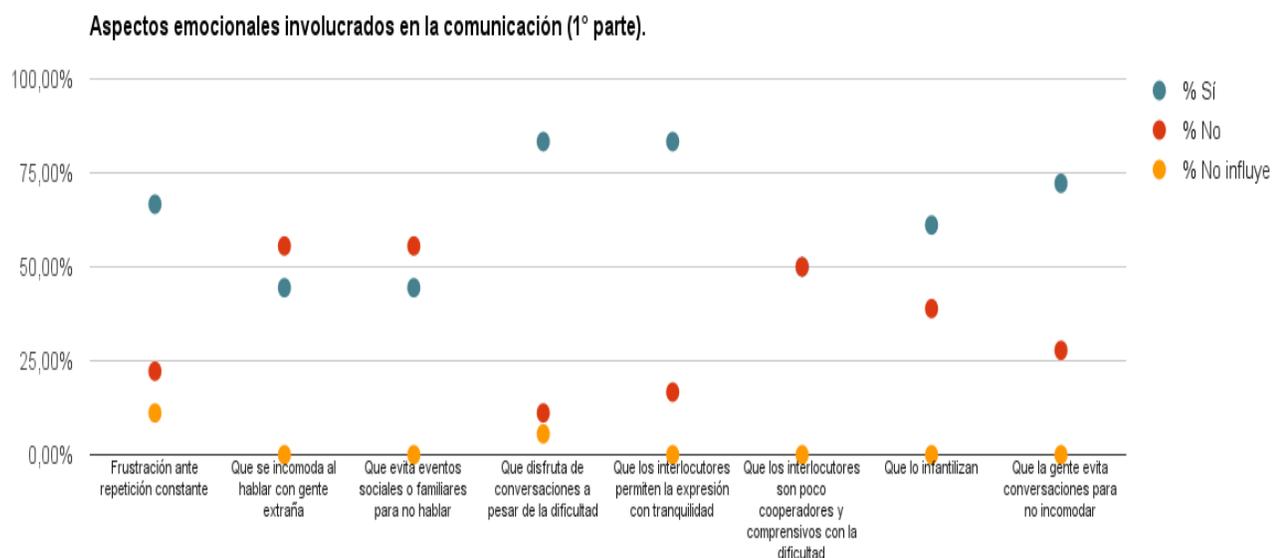


Gráfico 8: Distribución de los aspectos emocionales involucrados en la comunicación.

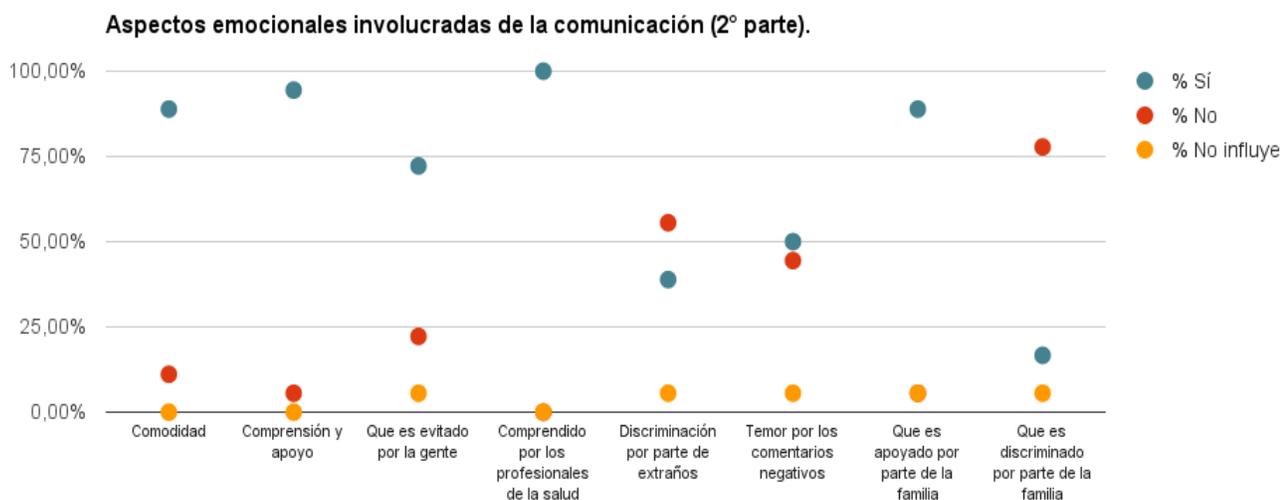


Gráfico 9: Distribución de los aspectos emocionales involucrados en la comunicación.

El gráfico 8 y 9 muestran los aspectos emocionales evaluados, en donde el porcentaje de “Sí” y “No” corresponde a los sentimientos que se producen en las interacciones comunicativas, el porcentaje de “No influye” hace referencia a aspectos emocionales que no son influyentes en la comunicación.

## VII. Discusión

Este estudio es pionero en el ámbito de la investigación que se contextualiza en usuarios con afasia ya que, hasta el momento, los estudios que existen a nivel nacional no están centrados en obtener la información desde el mismo usuario, sino que desde otras fuentes como por ejemplo, cuidadores, profesionales, etcétera. Por ende, los hallazgos de esta investigación permiten aportar datos chilenos que permitirán generar un manual en donde se expliquen patrones de conducta que guíen a los profesionales y compañeros de comunicación de los usuarios con afasia al momento de establecer la interacción comunicativa.

En cuanto a las dificultades que surgieron en el análisis de los resultados, dentro del ámbito verbal al evaluar el habla lenta a través de la pregunta “Que las personas me hablen lento facilita mi comunicación”, este se identificó como evidente facilitador de la comunicación, y al evaluar el habla a mayor intensidad a través de la pregunta “Que las personas me hablen más fuerte facilita mi comunicación”, no se logró clasificar ni como facilitador ni como entorpecedor de la comunicación. Sin embargo, al evaluar ambos aspectos a través de la pregunta “Que las personas me hablen más lento o más fuerte me confunde y no ayuda a mi comunicación”, fue considerado como un claro facilitador de la comunicación, lo que deja en duda si el hablar a mayor intensidad es un facilitador de la comunicación o se vio influenciado porque la pregunta también incluía el habla lenta, que sí es claramente considerado como facilitador.

Cabe destacar que el usuario 8, si bien no está dentro del rango de edad como grupo de mayor vulnerabilidad a sufrir ACV, de acuerdo a la literatura, fue incluido en la muestra debido a que tuvo su ACV por presentar factores de riesgo asociados, específicamente el uso de drogas. Este caso podría ser considerado como un individuo que corresponde a un universo de personas con afasia que no ha sido incluido en este estudio ni tampoco en las políticas públicas, situación que podría ser estudiada en futuras investigaciones.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el Mini Mental Test de Folstein (MMSE), (Tabla I: Caracterización de la muestra) se observó que el desempeño de 13 de los 18 usuarios estaba bajo lo considerado como rendimiento normal, es decir, con un puntaje inferior a 26 puntos. En 9 casos se realizó un ajuste al disminuir el puntaje total del test, ya que había ítems tales como cálculo, escritura y lectura que los usuarios no podían realizar debido a dificultades producto del ACV, o bien producto de analfabetismo. Sin embargo, al aplicar el “Cuestionario de necesidades comunicativas para usuarios con afasia”, estos mismos fueron capaces de mantener un intercambio comunicativo óptimo con un interlocutor desconocido, demostrando

durante la entrevista que eran capaces de comprender y responder las distintas preguntas de manera coherente. Es por esto que se puede decir que la alteración del lenguaje de estos usuarios interfiere en aspectos cognitivos y no de forma inversa, debido a que muchas veces el test cognitivo se vio entorpecido por las dificultades de los usuarios para expresar o verbalizar las respuestas que exige la prueba, o bien por sus problemas motores co-existentes debido al ACV. Es por ello que cabe mencionar que este test se restringe al diagnóstico de deterioro cognitivo, sin tener las consideraciones necesarias en caso de haber otra dificultad como afasia, por lo que se pueden confundir el diagnóstico de demencia con afasia, trastornos en donde se ocupa un abordaje distinto en cada una debido a las distintas alteraciones que pueden tener los usuarios.

Por último, se deja la invitación a que se realice un futuro estudio con los mismos objetivos propuestos pero explorando en usuarios zurdos y también se invita a realizar una segunda parte, poniendo a prueba los resultados en esta primera parte, en donde se proponga tomar estas consideraciones en cuenta al momento de interactuar con el usuario con afasia, para comprobar si propio usuario o sus cercanos, perciben cambios que favorezcan su intercambio comunicativo.

## VIII. Conclusiones

Se puede concluir que existen claros indicios de que hay aspectos tanto facilitadores como entorpecedores de la comunicación en usuarios con afasia. Con respecto a esto, en los aspectos verbales se puede concluir que el usar palabras conocidas y cotidianas para el usuario, repetir lo dicho por el interlocutor y utilizar oraciones con poco detalle son factores que van a favorecer su comunicación, al igual que utilizar pocas palabras, y que estas sean de corta metría y sencillas. De igual forma, la encuesta realizada nos permitió determinar que la utilización de verbos y nombres propios, como también el uso de artículos y pronombres pueden propiciar una comunicación eficiente.

Por otro lado, la comunicación a través de la escritura es considerada como desfavorable para los usuarios, probablemente debido a que la mayor parte de los encuestados presentaban problemas motores tales como la hemiparesia braquial, lo que les impide realizar esta actividad de forma adecuada. El hablar a una mayor intensidad también era considerado como un entorpecedor de la comunicación, al igual que utilizar detalles y descripciones largas y extensas.

Dentro de los aspectos no verbales, la mantención del contacto ocular, el uso de gestos, el uso de pausas frecuentes y hablar con una persona a la vez son claros facilitadores de la comunicación. Como contraparte, hablar en grupo junto con cambiar bruscamente de tópico al conversar son considerados como evidentes entorpecedores de la comunicación. En cuanto a realizar dibujos para comunicarse, es cuestionable como facilitador de su comunicación, ya que no hubo una clara tendencia por parte de los participantes a referirlo como tal a diferencia del uso de dibujos realizados por el interlocutor, probablemente debido a la misma razón explicada anteriormente, debido a que la mayor parte de la muestra presenta hemiparesia derecha a causa de su ACV y por ende, no pueden realizar tareas que implican el uso de ese brazo, tal como lo exige dibujar.

Dentro de los aspectos ambientales que influyen positivamente en la comunicación se puede mencionar que establecer un diálogo en persona, que sea en un lugar tranquilo, con poco ruido ambiental y que sea un espacio cerrado, son considerados facilitadores de la comunicación. Además, es importante comunicarse de frente a un interlocutor, no por medio del teléfono y no interactuar con muchos interlocutores. Por otro lado, entablar una comunicación con muchos interlocutores, generar una conversación a distancia y en espacios muy concurridos, se mostraron como interferentes de la comunicación.

En relación a los aspectos emocionales, todos los usuarios de este estudio sienten que logran comunicarse sin dificultades con los profesionales de los servicios de salud, y que estos entienden su problema. La mayoría de los usuarios disfrutaban de las interacciones comunicativas a pesar de su dificultad, sienten que los apoyan en las conversaciones, se sienten cómodos al preguntarles si comprenden el mensaje y agradecen que los interlocutores permiten su expresión con tranquilidad. Por otra parte, los elementos que generan frustración en los usuarios son la repetición constante de lo que quieren expresar y sienten que las personas evitan hablar con ellos para no incomodarlos. También hay que considerar que a la mitad de los participantes le incomoda hablar con personas extrañas y sienten temor por comentarios negativos, pero no es posible establecer una tendencia en estos aspectos.

Por ende, los aspectos anteriormente mencionados representan aspectos básicos a considerar al momento de interactuar con una persona con afasia con comprensión que permite seguir órdenes simples o de mediana complejidad, con un evento neurológico único de tipo ACV en hemisferio izquierdo. Cabe considerar que los pacientes llevan al menos 8 sesiones de terapia fonoaudiológica, por lo que estos factores podrían atribuirse a herramientas facilitadas por el proceso terapéutico en sí mismo.

Por otra parte, es importante destacar que dentro de todos los ítems hubo factores que no fueron indicados con una clara tendencia ni como facilitadores ni entorpecedores de la comunicación, como los parámetros de iluminación (alta o baja), lugares abiertos, repetición por escrito de lo dicho por el interlocutor, uso de dibujos hechos por el usuario, uso de repeticiones constantes de lo dicho por el usuario, comodidad al hablar con personas extrañas y temor a comentarios negativos por parte de las personas. Por ende, son aspectos que podrían no ser relevantes para todas las personas y que no necesariamente representan una ayuda para los usuarios al momento de establecer una interacción comunicativa, y que además pueden estar influidos por la conducta previa antes del ACV y por la experiencia.

Al momento de determinar qué aspectos de los evaluados mediante la encuesta fueron los más importantes, se puede destacar que los aspectos no verbales y verbales fueron considerados por los usuarios como más importantes. Esto es debido a que en los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que en ambos aspectos, la mayor cantidad de las variantes (11/14 y 10/15 respectivamente) fueron consideradas como influencias positivas en la comunicación. También se puede destacar que la respuesta en estos dos aspectos tuvo una distribución más

homogénea en comparación a las respuestas que se obtuvieron en los aspectos emocionales y ambientales, en donde la distribución de éstas fue más heterogénea, estableciéndose varios elementos de los aspectos como no influyentes en la comunicación. Esto se puede deber a que los contextos, realidades y necesidades de cada usuario varían.

En definitiva, cabe mencionar que es la primera vez que se realiza una investigación desde la perspectiva del usuario con afasia y que se consideran parámetros emocionales y ambientales relacionados con la comunicación. Además, es importante destacar que los resultados de esta investigación permitieron generar un manual que servirá como guía para las conductas de los compañeros de comunicación y profesionales de la Salud, en las interacciones comunicativas con usuarios con afasia, generando un pequeño aporte a la comunidad en el manejo e intervención de estos usuarios.

## IX. Bibliografía

1. Lecours, A.R. & Lhermitte, F. (1979). *L'aphasie*. Paris: Flammarion, Montreal: Presses de l'Université de Montreal.
2. Peña - Casanova, J. (2001). Introducción a la patología y terapéutica del lenguaje. En Peña - Casanova, J. (Ed.), *Manual de Logopedia* (pp. 1- 19). Barcelona: Elsevier Masson.
3. Bloom, L. & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. Wiley & Sons, New York.
4. Donoso, A. & González, R. (2012). Trastornos de lenguaje en el adulto. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 11, 7-21.
5. Donoso, A. (1999). *Cerebro y lenguaje*. Ed. Universitaria, Santiago.
6. Zarranz, J. (2008). Trastornos de las funciones cerebrales superiores. En Zarranz, J. (Ed.), *Neurología* (pp 201 - 241). Barcelona: Elsevier
7. Diéguez-Vide, F. & Peña-Casanova, J. (2012). *Cerebro y lenguaje: Sintomatología neurolingüística*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
8. González, R. (2011) Trastorno del Lenguaje y Habla. En: Yáñez, A. (Ed.) *Neurología Fundamental* (33–46.). Santiago: Editorial Mediterráneo.
9. Chapey, R. (2008). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
10. Friederici AD, Gierhan SM. (2013).The language network. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 250-4. DOI:10.1016/j.conb.2012.10.002
11. Ardila, A. (2014). *Aphasia handbook*. Miami FL Florida International University.doc. Recuperado el 20 de mayo del 2015, de: <http://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/ardila-a-2014-aphasia-handbook-miami-flflorida-international-university2.pdf>.
12. Webb, W., & Adler, R. (2010). *Neurología para el logopeda*. Madrid: Elsevier.
13. Ardila, A. (2006) *Las afasias*. Primera I <http://www.aphasia.org/docs/LibroAfasiaPart1.pdf>; Segunda II <http://www.aphasia.org/docs/LibroAfasiaPart2.pdf> Edición digital.
14. Goodglass H y Kaplan E. (1986). *Evaluación de la afasia y trastornos similares*. Madrid: Panamericana.
15. Ardila A. (2012).The Executive Functions in Language and Communication. En: Peach, R & Shapiro, L. (Ed.), *Cognition and acquired language disorders: An information processing approach* (147 - 66). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
16. Luria A, (1980). *Higher cortical functions in man*. New York: Basic Books.
17. Kaczmarek B. (1987). *Regulatory functions of the frontal lobes: a neurolinguistic perspective*. En: Perecma, E. (Ed.), *The frontal lobes revisited*. New York: The IBN Press.

18. Davis, A. (1993). A survey of adult aphasia and related language disorders. New Jersey: Prentice-Hall.
19. Catani, M. & Thiebaut de Schotten, M. (2008). A diffusion tensor imaging tractography atlas for virtual in vivo dissections. *Cortex*, 44, 1105-32.
20. Galantucci, S., Tartaglia, M., Wilson, S., Henry, M., Filippi, M. et al. (2011). White matter damage in primary progressive aphasia: a diffusion tensor tractography study. *Brain*, 134, 3011-29.
21. Catani, M., Dell'Acqua, F., Bizzi, A., Forkel, S., Williams, S., Simmons, A. et al. (2012). Beyond cortical localization in clinico-anatomical correlation. *Cortex*, 48, 1262-87.
22. Papagno, C. (2011). Naming and the role of the uncinate fasciculus in language function. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 11, 553-9.
23. Dogil, G., Ackermann, H.; Grodd, W., Haider, H., Kamp, H., Mayer, J. et al. (2002). The speaking brain: a tutorial introduction to fMRI experiments in the production of speech, prosody and syntax. *Journal of Neurolinguistics*, 15, 59-90.
24. Dronkers, N. (1996). A new brain region for coordinating speech articulation. *Nature*, 384, 159-61.
25. Joannette, Y.; Ansaldo, A.I., Kahlaoui, K., Côté, H., Abusamra, V., Ferreres, A. et al. (2008) Impacto de las lesiones del hemisferio derecho sobre las habilidades lingüísticas: perspectivas teórica y clínica. *Revista de Neurología*, 46, 481-8.
26. Brookshire, R. (2007) Introduction to neurogenic communication disorders. St. Louis, Missouri: Mosby.
27. Crosson, B. (1985). Subcortical functions in language: a working model. *Brain and Language*, 25, 257-92.
28. Helm-Estabrooks, N., Albert, M. (2005). Manual de la afasia y de terapia de la afasia. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
29. Murdoch, B. (2010). The cerebellum and language: Historical perspective and review. *Cortex*, 46, 858-68.
30. Crossman, A. & Neary, D. (2007). Capítulo 13: *Hemisferio cerebral y corteza cerebral. En Neuroanatomía texto y atlas en color* (129 - 143 pp.). Barcelona: Elsevier Masson.
31. Kent, R. (2004). *The MIT Encyclopedia of communication disorders*. Massachusetts: Bradford.
32. Martinell, M. (2011). Lenguaje, afasias y trastornos de la comunicación. En Bruna, O., Junqué, C., Roig, T., Ruano, Á. & Puyuelo, M. (Ed.), *Rehabilitación Neuropsicológica. Intervención práctica clínica* (pp. 61 - 82). Barcelona: Elsevier Masson. doi:10.1016/B978-84-458-2066-7.00005-7
33. Ardila, A. (2007). *Neuropsicología clínica*. Bogotá: Manual Moderno.
34. Ministerio de Salud (2013). *Guía clínica Accidente Cerebro Vascular Isquémico, en personas de 15 años y más*. Chile: Autor. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>

35. Litvinas, L. (2009). Accidente cerebrovascular. En Rakel, D. (Ed). *Medicina integrativa* (pp. 332-339). España: Elsevier Masson. doi: 10.1016/B978-84-458-1911-1.50031-2
36. Ropper, A. & Samuels, M. (2009). *Adams y Victor. Principios de neurología*. (Novena edición). México: McGraw-Hill.
37. Martini, S., & Kent, T., (2010). Stroke and TIA. En Levine, G. (Ed.), *Cardiology Secrets*, (pp. 355-362). Philadelphia: Mosby. doi: 10.1016/B978-032304525-4.00055-1
38. Ortiz, A. (2006). Traumatismo Encefalocraneano (TEC). Una puesta al día. *Revista Médica de Clínica Condes*, 17(3), 98 – 105.
39. Ministerio de Salud (2013). *Traumatismo Cráneo Cefálico moderado o grave*. Chile: Autor. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCTEC.pdf>
40. Yáñez, A. (2011). *Neurología Fundamental*. Santiago: Mediterráneo.
41. Love, R., & Webb, W. (1999). *Neurología para los especialistas del habla y del lenguaje*. Madrid: Panamericana.
42. Ministerio de Salud (2012). *Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más*. Chile: Autor. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7221fa2ff9bcc9c5e04001011f016052.pdf>
43. American Brain Tumor Association (2012). Tumores cerebrales metastásicos. Recuperado de: <http://www.abta.org/resources/spanish-language-publications/tumores-cerebrales-metastasicos.pdf>
44. Fica, A., Pérez, C., Reyes, P., Gallardo, S., Calvo, X., & Salinas, A. (2005). Encefalitis herpética. Serie clínica de 15 casos confirmados por reacción de polimerasa en cadena. *Revista chilena de infectología*, 22(1), 38-46. doi: org/10.4067/S0716-10182005000100005
45. Lasso, M., & Cerón, I. (2012). Tratamiento conjunto con mirtazapina y terapia antiretroviral para la leucoencefalopatía multifocal progresiva asociada a infección por VIH-1: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Revista chilena de infectología*, 29(2), 217-220. doi: org/10.4067/S0716-10182012000200016
46. Molina, G., Armijo, E., & Mimenza, A. (2010). Absceso cerebral. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 11(1), 63-70. Recuperado de: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/05/Nm101-10-erratum.pdf>
47. Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P., & Casanova Carrillo, C. (2002). Toxoplasmosis cerebral durante la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina*, 41(5).
48. Nardone, R., Höller, Y., Storti, M., Christova, M., Tezzon, F., Golaszewski, S., Trinká, E., & Brigo, F. (2013). Thiamine Deficiency Induced Neurochemical, Neuroanatomical, and Neuropsychological Alterations: A Reappraisal. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-8. doi:10.1155/2013/309143
49. Lozano González, L., & Lozano Fernández, L. (2000). El síndrome de Landau-Kleffner: descripción psicológica de un caso. *Psicothema*, 12(4), 543-547. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/369.pdf>

50. Pozo Alonso, A., Pozo Lauzán, D., Blanca Valdés, B., Simón Chibás, N., Llanes Cepero, M., & Pozo Alonso, D. (2005). El síndrome de Landau-Kleffner. Presentación de dos casos. *Revista Cubana de Pediatría*, 77(2). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v77n2/ped10205.pdf>
51. Forcadas-Berdusán, M.I. (2002). Problemas diagnósticos y tratamiento de epilepsias frontales. *Revista de Neurología*, 35(11), 42-46. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/35S1/ns10042.pdf>
52. Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41(2), 13-22. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272003041200003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003041200003)
53. Nogales-Gaete, J., Donoso, A., & Verdugo, R. (2005). *Tratado de neurología clínica*. Santiago: Universitaria.
54. Charro-Gajate C., Diéguez-Perdiguero E., & González-Martínez L.A. (2010). La demencia más psiquiátrica: demencia frontotemporal, variante frontal. *Psicogeriatría*, 2(4), 227-232. Recuperado de: [http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0204/0204\\_0227\\_0232.pdf](http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0204/0204_0227_0232.pdf)
55. Iragorri, Á. (2007). Demencia frontotemporal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 139- 156. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a12.pdf>
56. Berthier, M. (2005). Afasia Secundaria a Accidente Cerebrovascular: Epidemiología, Fisiopatología y Tratamiento. *Drugs and Aging* 22(2) ,163-182. Recuperado de: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/neuroweb382.htm>
57. Lavados, P., & Hoppe, A., (2005). Unidades de tratamiento del ataque cerebrovascular (UTAC) en Chile. *Revista médica de Chile*, 133(11), 1271-1273. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005001100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005001100001&script=sci_arttext)
58. Behrens, M., & Vergara F. (2007). Cien años de la enfermedad de Alzheimer. La inmunoterapia ¿una esperanza?. *Revista Médica de Chile*, 135(1), 103-110. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000100015](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000100015)
59. Sierra-Fitzgerald, O., & Munévar, G. (2007). Nuevas Ventanas hacia el cerebro humano y su impacto en la Neurociencia Cognoscitiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 143-157. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342007000100010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000100010&lng=en&tlng=es).
60. Gall, F. (1835). *On the Functions of the Brain and of Each of Its parts: With Observations on the Possibility of Determining the Instincts, Propensities, and Talents, Or the Moral and Intellectual Dispositions of Men and Animals, by the Configuration of the Brain and Head*. Boston: Marsh, Capen & Lyon.
61. Donoso, A. (1998). Capítulo 2: Historia del estudio de la relación cerebro lenguaje. En *Cerebro y Lenguaje*. Santiago, Chile: Universitaria S.A.
62. Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. (2005). *Manual de Afasia y de Terapia de la Afasia*. Madrid: Médica panamericana.

63. Rosenbek, J., LaPointe, L., & Wertz, R., (1989). *Aphasia: a clinical approach*. Boston: College Hill Press.
64. Jiménez, M. (2011). La Afasia (II): Evaluación e intervención logopédica. *Revista digital "Innovación y experiencias educativas"*, 48(10).
65. Brookshire, R.H. (1974). Differences in responding to auditory materials among aphasic patients. *Acta Symbolica*, 5, 1-18
66. Duffy, J.R (1994). Schuell's stimulation approach to rehabilitation. En Chapey, R.C (ed.). *Language intervention strategies in adult aphasia* (pp.146-177). Baltimore: Williams & Wilkins.
67. Suárez-Escudero, J. (2014). Discapacidad y neurociencias: la magnitud del déficit neurológico y neuropsiquiátrico. *Acta Neurológica Colombiana*, 30(4): 290-299. Recuperado desde: [www.scielo.org.co/pdf/anco/v30n4/v30n4a09.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v30n4/v30n4a09.pdf)
68. Chaná, P. & Alburquerque, D. (2006). La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(2), 89-97. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272006000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000200002&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0717-92272006000200002.
69. Chapey, R. (2008). Capítulo 11: Social approaches to aphasia Intervention. En *Lenguaje Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. New York: Ed. Lippincott Williams & Wilkins.
70. Blanc, M., Cariski, D., Coyne, S., Keisler, L., Kumpula, J., Levine, R., Lyon, J., Rosenbek, J. & Ryff, C. (1997). Communication Partners: enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11(7), 69 -708.
71. Worrall, L., Sherratt, S. Rogers, P., Howe I., Hersh, D., Ferguson, A., Davidson, B. (2013). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309-322. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/02687038.2010.508530>
72. Donoso, A., & González, R. (2003). *El paciente afásico. Aspectos clínicos y sociales*. Santiago: Larrea.
73. Armstrong, E., Cherney, L., Holland, A., Raymer A. & Simmons - Mackie, N. (2010). Communication Partner Training in Aphasia: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(12), 1817-1837. doi:10.1016/j.apmr.2010.08.026
74. Finklestein, V. & French, S. (1993). Towards a psychology of disability. In Swain, J., Finklestein, V., French, S. & Oliver, S. (Ed.), *Disabling Barriers-Enabling Environments*. Londres: Open University Publ.and Sage.
75. Marshall, J. & Rayner, H. (2003). Training volunteers as conversation partners for people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38(2), 149-164. doi: 10.1080/1368282021000060308
76. Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia -- methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12, 816-830.

77. Kagan, A. (1999). Supported conversation for adults with aphasia: methods and evaluation. Unpublished thesis, University of Toronto.
78. Black, S., Duchan, J., Kagan, A., Simmons - Mackie, N. & Square, P. (2001). Training volunteers as Conversation Partners Using "Supported Conversation for Adults with Aphasia" (SCA): A Controlled trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 624 - 683.
79. Pérez, C. (s.f). Capítulo 8: Ruido. Recuperado de: [http://personales.unican.es/perezvr/pdf/CH8ST\\_Web.pdf](http://personales.unican.es/perezvr/pdf/CH8ST_Web.pdf)
80. Lahoz, L., Miyara, F. (2003). *Introducción al análisis frecuencial y al ruido eléctrico*. Rosario, Argentina (s.n)
81. Ederyn, W. (1977). Experimental comparisons of face-to-face and mediated communication: A review. *Psychological Bulletin*, 84(5), 963-976.
82. Küller, R., & Wetterberg, L., (1993). Melatonin, cortisol, EEG, ECG and subjective comfort in healthy humans: impact of two fluorescent lamp types at two light intensities. *Lighting Research and Technology*, 25(2), 71-80.
83. Platzer M, Usbeth, Iñiguez C, Rodrigo, Cevo E, Jimena, & Ayala R, Fernanda. (2007). Medición de los niveles de ruido ambiental en la ciudad de Santiago de Chile. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 67(2), 122-128, 2007. Recuperado en 11 de septiembre de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162007000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162007000200005&lng=es&tlng=es)
84. Álvarez, G., & Fernández, A. (2010). *Comunicación empresarial y atención al paciente*. Madrid: McGraw-Hill.
85. Folstein, M., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State" a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3); 189-198.

## X. Anexos

### 10.1 Consentimiento Informado

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Determinación de las habilidades necesarias en un compañero de comunicación y las características ambientales que propician una comunicación efectiva en usuarios con afasia.**

Nombre del Investigador principal: Claudia Olivares Matus  
 R.U.T.: 16.424.548-9  
 Institución: Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile  
 Teléfonos: 29786246

**Invitación a participar:** Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación "Determinación de las habilidades necesarias en un compañero de comunicación y las características ambientales que propician una comunicación efectiva en usuarios con afasia".

**Objetivos:** Esta investigación tiene por objetivo poder determinar las características que debe presentar un compañero de comunicación y del ambiente comunicativo para poder generar una comunicación efectiva en pacientes con trastorno comunicativo de tipo afásico. El estudio incluirá (n° a especificar más adelante) pacientes, del Hospital San Juan de Dios de la comuna Quinta Normal, Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente de la comuna de Peñalolén, Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de Pedro Aguirre Cerda y del Centro Comunitario de Rehabilitación en la comuna de El Bosque.

**Procedimientos:** Si Ud. acepta participar será sometido, dentro de la misma sesión a los siguientes procedimientos:

- Someterse al Mini Examen de Estado Mental de Folstein (MMSE) para descartar cualquier déficit mental que altere los resultados de la investigación. Este test se compone de una primera parte oral, en la cual el examinador hará preguntas y dará tareas al sujeto evaluado, y una segunda parte donde el sujeto evaluado tendrá que realizar unas pruebas gráficas.
- Ficha de anamnesis, necesaria para la recolección de datos útiles para el estudio.
- Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia: Serie de preguntas de respuesta cerrada, en donde se busca a indagar en el ámbito de las habilidades verbales, no verbales, emocionales y ambientales que influyen en su comunicación.
- Evaluación de Lenguaje con el Mini Protocolo para Pacientes Afásicos para corroborar el diagnóstico de trastorno de lenguaje.

Por último, el acompañante del usuario podrá estar presente durante la sesión.

Para la realización de estos procedimientos será necesario que acuda a sólo una cita con el grupo de investigación. El tiempo empleado en aplicar los diferentes elementos es variable.

**Riesgos:** La administración de los distintos procedimientos no supone ningún riesgo físico ni psicológico para Ud. o alguno de los participantes.

**Costos:** El material utilizado en este estudio será aportado por sus autores, estudiantes de 4to año de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Chile, sin costo alguno para Ud. durante el desarrollo de este proyecto.

**Beneficios:** Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento y el mejor tratamiento de futuros pacientes, su participación en este estudio le traerá como beneficio el poder explicitar sus propias necesidades comunicativas al responder la encuesta.

**Alternativas:** Si Ud. decide no participar en esta investigación, no significa ningún riesgo para su salud, no involucra ningún costo económico, ni afecta su terapia fonoaudiológica.

**Compensación:** Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

**Confidencialidad:** Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

**Información adicional:** Ud. o su fonoaudiólogo tratante serán informados si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

**Voluntariedad:** Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador y a su médico tratante, sin que ello signifique modificaciones en el estudio y tratamiento habituales de su enfermedad. De igual manera su fonoaudiólogo tratante o el investigador podrán determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

**Complicaciones:** Como se mencionó anteriormente, usted no tendrá complicaciones derivadas de los procedimientos necesarios para la realización de esta investigación.

**Derechos del participante:** Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Claudia Olivares Matus  
Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile.  
Teléfono: 29786246

**Otros Derechos del participante**

En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

**Conclusión:**

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “Determinación de las habilidades necesarias en un compañero de comunicación y las características ambientales que propician una comunicación efectiva en usuarios con afasia”.

\_\_\_\_\_  
Nombre del sujeto  
Rut.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de informante  
Rut.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador  
Rut.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del apoderado  
Rut.

\_\_\_\_\_  
Firma

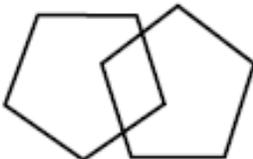
\_\_\_\_\_  
Fecha

## 10.2 Mini Mental Test de Folstein (MMSE)

Nº Examen: \_\_\_\_\_

**MINI EXAMEN MENTAL**Nombre: \_\_\_\_\_ Edad:  Sexo:  Teléfono: \_\_\_\_\_Escolaridad (total años):  Esc. Básica:  Esc. Media:  Esc. Superior: 

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lateralidad: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_

ORIENTACIÓN								TOTALES	
Cuál es el año		Estación +/- 15		Mes		Fecha		Día	5
Dónde estamos		Comuna		Ciudad		Región		País	5
REGISTRO									
Árbol		Mesa		Avión		Ensayos			3
ATENCIÓN Y CÁLCULO									
100 - 7 (93)		93 - 7 (86)		86 - 7 (79)		79 - 7 (72)		72 - 7 (65)	5
EVOCACIÓN									
Árbol		Mesa		Avión					3
LENGUAJE									
Lápiz		Reloj							2
Repetir: "Habla cinco perros en un trigal".								1	
Orden: "Tome este papel con la mano derecha ( ), dóblelo por la mitad ( ) y déjelo sobre sus rodillas ( )".								3	
Lea y obedezca: CIERRE LOS OJOS.								1	
Escriba un pensamiento cualquiera								1	
PRAXIA CONSTRUCTIVA									
Copia dibujo								1	
									
Adaptado por Unidad de Neuropsicología, Depto. Neurología - Neurocirugía Hospital Clínico U. de Chile, 2007								≈26 puntos normal	
								TOTAL	

**CIERRE LOS OJOS**

## 10.3 Ficha Clínica Fonoaudiológica

**FICHA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA****I. ANTECEDENTES PERSONALES**

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

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

F. Nac: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Lateralidad: \_\_\_\_\_

Idiomas: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Actividad: \_\_\_\_\_

E. Civil: \_\_\_\_\_

Hijos(as) nombre y edad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vive con:

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Ocupación previa: \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES MÓRBIDOS**

HTA: \_\_\_\_\_ DM: \_\_\_\_\_ Dislipidemia:

\_\_\_\_\_

Tabaco: \_\_\_\_\_ OH: \_\_\_\_\_ ACV:

\_\_\_\_\_

TEC: \_\_\_\_\_ TU: \_\_\_\_\_

Medicamentos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Uso de ayudas auditivas: \_\_\_\_\_

Uso de ayudas visuales: \_\_\_\_\_

Personalidad previa:

---

Personalidad actual:

---

Otros:

---

---

### III. MOTIVO DE CONSULTA

Derivado por:

---

Consulta por:

---

---

### IV. HISTORIA CLÍNICA

---

---

---

### V. TRATAMIENTO ACTUAL

---

---

---

### VI. DIAGNÓSTICOS

Diag. Neurológico:

---

Diag. Fonoaudiológico:

---

Informante: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_

Fecha: / /201\_

#### 10.4 Pauta de expertos

##### **Introducción a Protocolo Juicio de Expertos**

Los trastornos de la comunicación producen una situación de discapacidad importante en la sociedad chilena, en donde la causa de este estado se debe en un gran porcentaje de accidentes cerebro vasculares, los cuales producen un daño neurológico que altera las capacidades del paciente. Entre estos trastornos comunicativos se encuentra la afasia, un trastorno del lenguaje causado por una lesión en las áreas que controlan la emisión y comprensión. Esto supone un problema tanto para los usuarios como para las personas que lo rodean, ya que necesitan generar nuevas estrategias o métodos alternativos para lograr comunicar sus necesidades. Por lo tanto, es de vital importancia que existan métodos alternativos de comunicación que sean finalmente una estrategia que facilite la inserción o reinserción tanto social, laboral y familiar a nivel comunicativo. Una de estas estrategias tiene relación con entrenar a compañeros de comunicación que cuenten con determinadas habilidades que permitan potenciar y utilizar de la mejor manera posible todos los recursos comunicativos que poseen, así con ello facilitar el intercambio de información con una persona que se ve limitada por una afasia.

Es por esto que existe la necesidad de describir las habilidades comunicativas que debe tener un compañero de comunicación, de acuerdo a las necesidades referidas por los usuarios que presentan un trastorno afásico de tipo no fluente, específicamente la Afasia de Broca, Afasia transcortical motora; y de tipo fluente, como son la Afasia de conducción y la afasia anómica.

Por medio de un cuestionario de preguntas con respuesta cerrada, se obtendrán las habilidades necesarias en un compañero de comunicación y las características ambientales que propician una comunicación efectiva en usuarios con afasia. Finalmente, con las respuestas dadas se confeccionará un manual que exponga los resultados obtenidos del estudio, destinado al ámbito fonoaudiológico

<b>TABLA DE ESPECIFICACIONES</b>			
<b>Aspecto a</b>	<b>Explicación y fundamentación</b>	<b>Descripción de los ítems y</b>	<b>Número</b>

evaluar		forma de obtención de la información	de Ítems
<b>Aspectos Verbales (lingüísticos y no lingüísticos)</b>	<p>Uno de los métodos utilizados para evaluar la afasia es la exploración clínica, donde se indaga sobre las capacidades lingüísticas del sujeto afectado, considerando si éstas se encuentran o no alteradas. Mediante este método, se puede establecer un diagnóstico y hacer una aproximación sobre la severidad del cuadro afásico. Como ventaja está que la exploración se puede aplicar con facilidad y poco tiempo por parte del evaluador; mientras que como desventajas están la escasa precisión y la gran variedad de protocolos dependiendo de la persona que evalúa (Jiménez, 2011).</p> <p>Otro método útil para la evaluación de los pacientes afásicos es por medio de los diversos tests existentes. Pese a que los aspectos a evaluar son similares a los evaluados por medio de la exploración clínica, la diferencia radica en que los test dan una cuantificación de los aspectos evaluados, ofreciendo resultados más objetivos y confiables. Además, este tipo de evaluación permite comparar los resultados con futuros datos que se vayan obteniendo durante la intervención (Jiménez, 2011).</p>	Preguntas de respuesta cerrada de tipo SI/NO	<b>16</b>
<b>Aspectos No verbales</b>	Dentro de la evaluación e intervención de los trastornos afásicos, se consideran también los aspectos no verbales de la comunicación (gestualidad, proxémica, kinestesia, escritura, dibujo, etc). Estos aspectos		<b>16</b>

	<p>pueden ser altamente relevantes a la hora de establecer métodos alternativos de comunicación y pueden servir de herramientas terapéuticas no tan solo para la terapia, sino también dentro de las actividades cotidianas del usuario.</p>		
<b>Aspectos Ambientales</b>	<p>Un contexto o situación comunicativa es un entorno que exige cierto comportamiento específico de la comunicación verbal y no verbal para su efectividad tanto del emisor como del receptor (McEntee, 2004, p. 108).</p> <p>Todos los ruidos y demás distractores, afectan negativamente la emisión de cualquier tipo de mensaje. No hay emisor que pueda organizar sus ideas, ni receptor que pueda captarlas en un ambiente ruidoso (González, 1997, p. 63).</p>	Preguntas de respuesta cerrada de tipo SI/NO	<b>16</b>
<b>Aspectos Emocionales</b>	<p>Dentro de la intervención en Afasia se considera importante recobrar la función comunicativa, dentro de la literatura se describen intensos sentimientos de frustración, desesperanza, aislamiento y depresión al no poder expresar sus necesidades básicas ni sus opiniones. Muchos destacaron que la afasia tenía a menudo mayor importancia que sus impedimentos físicos (Worral, 2013).</p>		<b>16</b>

**Pauta para Expertos**

En relación a la Encuesta de Necesidades Comunicativas para pacientes Afásicos, determine a continuación la relevancia de los contenidos a consultar.

		Criterios		
		Necesario	Útil pero no Esencial	Innecesario
Aspecto a Considerar				
Aspectos Verbales (lingüísticos y no lingüísticos)	Utilización de palabras cortas como facilitador de la comunicación			
	Utilización de palabras largas como facilitador de la comunicación			
	Utilización de enunciados cortos sin detalles como facilitador de la comunicación			
	Utilización de enunciados largos con alto nivel de detalle como facilitador de la comunicación			
	Utilización de artículos y pronombres como facilitador de la comunicación.			
	Utilización de verbos y sustantivos como facilitador de la comunicación			
	Repetición del enunciado como facilitador de la comunicación			

	Escritura como facilitador de la comunicación			
	Utilización de palabras de corta metría y primera edad de adquisición como facilitador de la comunicación			
	Disminución de la velocidad del habla como facilitador de la comunicación			
	Aumento de la intensidad de habla como facilitador de la comunicación			

		<b>Criterios</b>		
<b>Aspecto a Considerar</b>		<b>Necesario</b>	<b>Útil pero no Esencial</b>	<b>Innecesario</b>
Aspectos No verbales	Contacto ocular como facilitador de la comunicación			
	Utilización de gestos como facilitador de la comunicación			
	Dibujo como facilitador de la comunicación			
	Aumento de pausas durante la interacción como facilitador de la			

	comunicación			
	Refuerzo del contenido informativo como facilitador de la comunicación			
	Respeto de turnos de habla como facilitador de la comunicación			
	Utilización de inferencias como facilitador de la comunicación			
	Interacción con un único interlocutor como facilitador de la comunicación			
	Utilización de tópicos de interés como facilitador de la comunicación			
	Mantención de tópico como facilitador de la comunicación			

	Criterios		
Aspecto a Considerar	Necesario	Útil pero no Esencial	Innecesario

Aspectos Ambientales	Eliminación del ruido de fondo como facilitador de la comunicación			
	El posicionamiento frente al interlocutor como facilitador de la comunicación			
	El lugar de la interacción como facilitador de la comunicación			
	La iluminación como facilitador de la comunicación			
	La conversación presencial como facilitador de la comunicación			
	La conversación telefónica como facilitador de la comunicación			
	Los lugares concurridos como facilitadores de la comunicación			
	La distancia entre los interlocutores como facilitador de la comunicación			
	El número de interlocutores como facilitador de la comunicación			

	El transporte público como facilitador de la comunicación			
	Los espacios urbanos como facilitadores de la comunicación			

		<b>Criterios</b>		
<b>Aspecto a Considerar</b>		<b>Necesario</b>	<b>Útil pero no Esencial</b>	<b>Innecesario</b>
Aspectos Emocionales	La frustración como interferente en la comunicación			
	La incomodidad como interferente en la comunicación			
	La evasión como interferente en la comunicación			
	La satisfacción y comodidad como interferentes en la comunicación			
	El bienestar y empatía como interferentes en la comunicación			
	La incomprensión como interferente en la comunicación			

	El apoyo y acompañamiento como interferentes en la comunicación			
	La discriminación como interferente en la comunicación			
	El temor como interferente en la comunicación			

**Si ud establece en uno o más ítems que el contenido es *útil pero no esencial o innecesario*, por favor explicita en la siguiente tabla sus posibles razones**

<b>Razones</b>	<b>Aspectos Verbales</b>	<b>Aspectos No Verbales</b>	<b>Aspectos Ambientales</b>	<b>Aspectos Emocionales</b>
Cantidad insuficiente de ítems				
No refleja los contenidos que pretende evaluar				

Inadecuada selección de indicadores				
Modalidad de evaluación poco adecuada (observación de la interacción comunicativa)				

### Hoja de Observaciones

Determine observaciones, críticas y/o sugerencias en relación a la Encuesta de Necesidades Comunicativas para pacientes afásicos.


Muchas gracias por su participación

## 10.5 Cuestionario de necesidades comunicativas para pacientes con afasia en 2° persona

## CUESTIONARIO DE NECESIDADES COMUNICATIVAS PARA PACIENTES CON AFASIA

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE CENTRAN EN ESTABLECER CUALES SON LAS NECESIDADES COMUNICATIVAS DE PERSONAS QUE PRESENTAN UN TRASTORNO DE TIPO AFÁSICO.

EN ESTE CUESTIONARIO SE REUNIRÁ INFORMACIÓN NECESARIA PARA ESTABLECER CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEBE TENER UN COMPAÑERO DE COMUNICACIÓN PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN EFECTIVA CON PERSONAS QUE PRESENTEN UNA AFASIA.

	SI	NO	NO INFLUYE EN MI COMUNICACIÓN
<b>I.- En relación a aspectos verbales (lingüísticos).</b>			
1.- Utilizar palabras cortas facilita su comunicación.			
2.- Utilizar oraciones cortas sin tantos detalles facilita su comunicación.			
3.- Utilizar detalles y descripciones largas y extensas facilita su comunicación.			
4.- La utilización de artículos (la/el) y pronombres (yo/tu/el) facilita su comunicación.			
5.- La utilización de artículos y pronombres la(lo) confunde durante la comunicación.			
6.- Prefiere comunicarse a través de verbos como quiero, comer, dame y nombres propios como Claudia, Felipe, Jorge			
7.- Los verbos y nombres propios la(lo) confunden y dificultan su comunicación.			
8.- Cuando no comprende bien le ayuda que la persona con la que conversa repita lo que dijo			
9.- Si no logra comprender lo que le quieren decir, prefiere que se lo escriban.			

10.- Si no logra expresar lo que quiere prefiere escribirlo.			
11.- Prefiere que la persona con la que conversa utilice pocas palabras y que sean sencillas para usted.			
12.- Prefiere que las personas usen palabras que usted conozca y que usa cotidianamente.			
13.- Que las personas le hablen lento facilita su comunicación.			
14.- Que las personas le hablen más fuerte facilita su comunicación.			
15.- Que las personas le hablen más lento o más fuerte la(lo) confunde y no ayuda a su comunicación			
<b>II.- En relación a aspectos no verbales.</b>			
1.- Que la(lo) miren a los ojos facilita su comunicación			
2.- La utilización de gestos facilita su comunicación			
3.- La utilización de gestos la(lo) confunde y usted preferiría que la persona no gesticulara tanto durante la conversación.			
4.- Cuando no logra comprender lo que le dicen, le ayuda si alguien dibuja lo que le quiere decir.			
5.- Si no logra expresar lo que necesita prefiere dibujarlo.			
6.- Hacer más pausas durante la conversación le da tiempo de entender lo que le dicen.			
7.- Hacer más pausas durante la conversación la(lo) confunde y le incomoda.			

8.- Es importante que la persona con la que conversa le pregunte si comprendió o si le quedó claro lo que acaba de decirle.			
9.-Es importante que la persona con la que conversa no la(lo) interrumpa.			
10.- Prefiere hablar con una sola persona a la vez.			
11.- Hablar en grupo la(lo) confunden y dificulta su comunicación.			
12.- Hablar de cosas relacionadas a su trabajo e intereses facilitan su comunicación.			
13.- Si la persona con la que conversa cambia bruscamente de tema se confunde y dificulta su comunicación.			
14.- Si la persona con la que conversa le pide constantemente que repita lo que dijo, la(lo) confunden y dificulta su comunicación.			
<b>III.- En relación a aspectos ambientales</b>			
1.- Prefiere establecer una conversación en un lugar tranquilo y con poco ruido de fondo			
2.- Al conversar con alguien prefiere sentarse frente a él/ella en vez de estar al lado			
3.- Los lugares cerrados facilitan su comunicación.			
4.- Los lugares abiertos facilitan su comunicación.			
5.- Los lugares con mucha iluminación facilitan su comunicación			
6.- Los lugares poco iluminados facilitan su comunicación.			
7.- Prefiere conversar con alguien en persona.			
8.- Prefiere conversar con alguien por teléfono.			

9.- Le incomoda conversar con alguien en espacios muy concurridos (calles, restaurantes, malls, etc)			
10.- Hablar con alguien que se encuentre a mucha distancia de usted interfiere en su comunicación			
11.- Le incomoda dirigirse a muchas personas al mismo tiempo			
12.- Prefiere hablarle a un grupo de personas que a una sola persona.			
<b>IV.- En relación a aspectos emocionales</b>			
1.- Le frustra que le pidan constantemente que repita lo que quiere decir.			
2.- Le incomoda hablar con gente que no conoce.			
3.- Evita reuniones sociales y/o familiares para no tener que conversar con la gente.			
4.- Le gusta conversar con la gente a pesar de sus dificultades.			
5.- La gente con la que conversa habitualmente se muestra comprensiva y le da el tiempo para que pueda expresarse con tranquilidad.			
6.- En ocasiones las personas con las que conversa no se muestran cooperadores ni comprensivos con sus dificultades.			
7.- Al conversar con la gente siente que la(lo) tratan como si fuera un niño(a).			
8.- En ocasiones siente que la gente evita conversar con usted para no incomodarle.			
9.- Cuando las personas le preguntan si comprendió bien el mensaje, se siente más			

cómodo con la conversación.			
10.- Siente que las personas entienden su problema y la(lo) apoyan en su comunicación.			
11.- Siente que la gente evita hablarle para no sentirse incómoda con su dificultad.			
12.- Los profesionales con los que se atiende en los servicios de salud entienden su dificultad y logran comunicarse con usted sin dificultad.			
13.- Cuando trata de pedir ayuda o información a alguien que no conoce siente que la(lo) discriminan.			
14.- Le atemoriza que la gente haga comentarios negativos acerca de usted, por su dificultad para comunicarse.			
15.- Se siente apoyado y comprendido por su familia.			
16.- Se siente discriminado e incomprendido por su familia.			



10.7 Manual de las habilidades necesarias en un compañero de comunicación, los factores ambientales y aspectos emocionales que propician una comunicación efectiva.

Manual de las habilidades necesarias en un compañero de comunicación, los factores ambientales y aspectos emocionales que propician una comunicación efectiva.

Barahona, Fernanda., Bravo, Felipe., Gálvez, Natalie. & Valdebenito, Jorge.

Tutor principal: Claudia Olivares Matus

Universidad de Chile, 2015

## **Propósito**

El objetivo de este manual es entregar una herramienta que sirva como guía y apoyo a los compañeros de comunicación de usuarios que presenten trastorno de tipo afásico.

## **Introducción**

Los trastornos de la comunicación producen una situación de discapacidad importante en la sociedad. La principal causa de este estado se debe a los accidentes cerebrovasculares (A.C.V), que producen un daño neurológico que altera las capacidades cognitivas y lingüísticas de la persona. Entre estos trastornos comunicativos se encuentra la afasia, un trastorno del lenguaje causado por una lesión en las áreas del cerebro que controlan la producción y comprensión lingüística.

La Afasia supone un problema tanto para la persona como para quienes lo rodean, ya que necesitan generar nuevas estrategias o métodos para lograr comunicar sus necesidades. Por lo tanto, es de vital importancia que existan métodos alternativos de comunicación que sean una estrategia que facilite la inserción o reinserción tanto social, laboral y familiar a nivel comunicativo. Una de estas estrategias de apoyo tiene relación con entrenar a compañeros de comunicación para que cuenten con determinadas habilidades que permitan potenciar y utilizar de la mejor manera posible todos los recursos comunicativos que poseen, para así facilitar el intercambio de información con una persona con afasia.

A continuación se describen las habilidades comunicativas que debe tener un compañero de comunicación, de acuerdo a las necesidades que presentan las personas con trastorno de la comunicación de tipo afásico.

## Habilidades verbales

Se refiere a las habilidades que tiene una persona relacionadas con el uso del lenguaje para poder comunicarse. Se enfoca directamente en los aspectos lingüísticos de la comunicación, ya sea el uso de palabras, oraciones, frases, entre otros.

Al comunicarse con un usuario con afasia:

- Expresarse por medio de palabras que sean conocidas por la otra persona y de uso cotidiano.
- Utilice oraciones cortas y con poco detalle.
- Intente repetir cuando la persona no logre entender lo que usted le dice.
- Intente usar verbos (como comer, llamar, pasar) y nombres propios (como Sebastián, Claudia), como también artículos (como la casa, el lápiz) y pronombres (como él, ella).
- Evite usar palabras largas, detalles y descripciones extensas al comunicarse.
- Evite hablar en un tono más alto al adecuado cuando no sea pertinente.
- Evite solicitar que escriba cuando esto sea dificultoso para él/ella



## Habilidades no verbales

Hace referencia a las habilidades que debe utilizar una persona para comunicarse sin hacer uso del lenguaje verbal, sino que es el poder apoyarse en gestos, dibujos, pausas, entre otros, para poder complementar el mensaje que se quiere entregar.

Al comunicarse con la otra persona:

- Use pausas y mantenga el contacto ocular durante la conversación
- Apóyese de gestos y dibujos hechos por usted para darse a entender con la persona.

También considere que los usuarios con afasia:

- Prefieren hablar con una persona a la vez.
- Prefieren usar temas de conversación conocidos y de su propio interés.
- Prefieren no cambiar bruscamente de tema
- Se confunden cuando deben participar en conversaciones en grupo.



## Aspectos Ambientales

Hace referencia a las características del contexto donde se desarrolla la interacción comunicativa y que pueden interferir en ésta, ya sea favoreciéndola o afectándola. Se relaciona con aspectos del lugar como ruido ambiental, iluminación, entre otros.

Al establecer una conversación con la otra persona:

- Procure que sea en persona y no por teléfono
- Que se realice preferentemente en un espacio cerrado, que sea tranquilo y con poco ruido de fondo.
- No entable una conversación a distancia, ni tampoco en espacios que sean muy ruidosos.
- Evite que el usuario con afasia se dirija a muchas personas a la vez.



## Aspectos Emocionales

Se refiere a los aspectos relacionados con los sentimientos del usuario con afasia al enfrentarse a diversas situaciones comunicativas, el cómo se ve afectado por su dificultad comunicativa. Se enfoca directamente en las emociones que tiene la persona, como frustración, incomodidad, vergüenza, entre otros.

Al relacionarse con usuarios con afasia:

- Promueva que asistan a los Servicios de Salud, ya que se sentirán comprendidos y apoyados por los profesionales que ahí trabajan.
- Intente entregar apoyo y comprensión, sobre todo si es un familiar cercano.
- Procure siempre conversar con ellos, ya que los usuarios disfrutan de las conversaciones a pesar de su dificultad.
- Preguntar si entendió bien el mensaje.
- Dele tiempo para que pueda expresarse con tranquilidad.

