

Programa de Intervención de caso único: Esclerosis Múltiple, Discapacidad Cognitiva y SAAC

Alumnas: Lidia Pérez Pérez e Irene Villalba Tabares

Tutor Sonia Byrne

Trabajo de Fin de Grado de Logopedia

Facultad de Psicología y Logopedia Universidad de La Laguna

Curso Académico 2020/2021

Resumen

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurodegenerativa y crónica del sistema nervioso central (SNC), producida por una desmielinización selectiva y degeneración axonal, teniendo como consecuencia déficits neurológicos y dificultades en la comunicación. Este trabajo plantea una intervención de caso único para una paciente con esclerosis múltiple enfocada a establecer un sistema alternativo y de comunicación efectivo y funcional para compensar las carencias comunicativas y, consecuentemente, mejorar su calidad de vida.

El programa de intervención, tras realizar una evaluación inicial, consta de diez sesiones, con el fin de suplir las dificultades comunicativas detectadas. Para concluir la intervención se ha realizado una evaluación final para comprobar que, efectivamente, la introducción de un sistema alternativo y aumentativo de comunicación (SAAC) beneficia la comunicación de una paciente con EM, mejorando así, su intención comunicativa con el entorno.

Palabras claves: esclerosis múltiple, sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, intervención.

Abstract

Multiple sclerosis (MS) is a chronic neurodegenerative disease of the central nervous system (CNS). It is caused by selective demyelination and axonal degeneration, resulting in neurological deficits and communication difficulties. For the purpose of this paper a single case intervention is proposed for a female patient with multiple sclerosis. It is focused on establishing an effective and functional communication alternative and adding a communication system to supplement the communication deficiencies. For consequence, the quality of life in our patient would be improved. After an initial assessment, the intervention program was composed by ten sessions, in order to compensate the previous detected communication difficulties.

Concluding the intervention, a final evaluation was carried out and showed that the communication of the patient who suffer MS had improved effectively, adding a system of alternative and augmentative communication (AAC).

Key words: multiple sclerosis, alternative and augmentative communication systems, intervention.

Marco teórico

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurodegenerativa, autoinmune, crónica e inflamatoria, siendo una de las más frecuentes del sistema nervioso central (SNC), producida por una desmielinización selectiva que provoca lesiones inflamatorias en la médula espinal y en la materia blanca del cerebro. Como consecuencia da lugar a déficits neurológicos y dificultades en la comunicación (Cuevas, 2017; Gilroy 2000; citado en Mackenzie y Green, 2009).

Se estima su aparición en la franja de edad de 20 a 40 años, esto supone el 70% de los nuevos diagnosticados, teniendo una esperanza de vida de 25 años tras su primera valoración. En población joven, es la segunda causa de discapacidad adquirida, tras los accidentes de tráfico (Gilroy, 2000; citado en, Green, 2009; Sliwa y Cohen, 1998; citando en Baylor et. al, 2010).

Según la Sociedad Española de Neurología, la prevalencia en España es de 1800 nuevos casos al año, afectando a día de hoy a 47.000 personas en nuestro país, 700.000 en Europa y en todo el mundo, a 2.5 millones de personas. Siendo más común su aparición entre mujeres, y en poblaciones del norte de Europa y del norte de EE.UU (Kurtzke, 2005; citado en Baylor, et. al, 2010; Pérez, 2020).

Los síntomas de la EM son muy heterogéneos, afectando a diferentes áreas, desde la motora hasta la cognitiva (ver Cuadro 1). Produciendo un amplio abanico de trastornos y dificultades, entre los que las consecuencias derivadas de los problemas en la comunicación son más difíciles de sobrellevar, ya que afectan a las relaciones sociales de los pacientes y a su vida laboral (Sliwa y Cohen, 1998; citado en Baylor, et al., 2010; Yorkston y Baylor, 2012; citado en Feenaughty et al., 2018).

Cuadro 1.

Sintomatología asociada a la esclerosis múltiple (adaptado de Baylor, 2010; Renom et. al, 2007)

Áreas	Síntomas
Motora	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en coordinación • Fatiga • Debilidad muscular

	<ul style="list-style-type: none"> • Temblores • Pérdida de equilibrio • Ataxia • Espasticidad
Sensorial	Visual <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida agudeza visual • Inflamación nervio óptico • Visión doble • Movimiento involuntario del ojo
	Auditiva <ul style="list-style-type: none"> • Hipoacusia • Vértigo • Sordera unilateral
Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Atención • Memoria • Velocidad de procesamiento de la información • Función ejecutiva • Funciones lingüísticas superiores • Percepción visoespacial

Los pacientes de esclerosis múltiple pueden ser clasificados en varios grupos dependiendo del grado de inflamación y de la evolución de la enfermedad.

La evidencia científica describe 4 tipos de EM (AEDEM, 2021):

- Esclerosis Múltiple recurrente-remitente (EMRR): es el tipo más común de EM. Aparecen períodos de brotes debido a una lesión en el SNC seguidos de fases más estables, donde pueden remitir parcial o totalmente los síntomas.
- Esclerosis Múltiple progresiva secundaria (EMPS): hasta el 50% de los pacientes con EM podrían desarrollar este tipo. Se produce una incapacidad progresiva, donde no remiten los síntomas.
- Esclerosis Múltiple progresiva primaria (EMPP): este tipo progresa hacia la discapacidad, con un inicio lento y un agravamiento de los síntomas.
- Esclerosis Múltiple progresiva recidivante (EMPR): en este tipo los brotes se superponen entre sí, produciendo un avance constante de la enfermedad. Es la menos común.

Actualmente se desconocen las causas que provocan la aparición de la esclerosis múltiple, pero en los últimos años se han identificado diferentes factores que pueden

favorecer a su aparición, entre ellos se puede hablar de factores ambientales, tabaquismo, virus, causa genética, déficit o incremento de los niveles de vitamina D y la dieta (Cuevas, 2017; Pérez, 2020).

El primer diagnóstico de esta enfermedad está basado en los síntomas que presente el paciente. Para confirmar este diagnóstico inicial se realiza, por un lado, una prueba de neuroimagen, como la resonancia magnética, en la que se exploran las áreas del cerebro desmielinizadas; y, por otro lado, los potenciales evocados, utilizados para encontrar aquellas áreas afectadas que no se han revelado con anterioridad, como las áreas somatosensitivas, motoras, las vías encargadas de la audición y la visión (Martínez, Ramos, Luna y Arrieta, 2014).

Recientemente se ha incluido otra prueba de diagnóstico, que se encarga de estudiar la presencia elevada de la proteína inmunoglobulina G (IgG) en el líquido cefalorraquídeo. El conjunto de estas pruebas y la práctica clínica ayudan a dar un diagnóstico de esclerosis múltiple más eficaz, e identificar las zonas que presentan un mayor nivel de afectación (Martínez et al., 2014).

El tratamiento de la EM se podría clasificar en dos grupos, por un lado, el tratamiento farmacológico, que se encarga de los procesos fisiológicos y sintomáticos; y por otro lado, los tratamientos terapéuticos, que se basan en prolongar la calidad de vida de los pacientes de EM. Estos últimos se trabajan con un equipo multidisciplinar, donde cada uno de los profesionales ayudará al paciente a trabajar los problemas asociados a la enfermedad (Baylor, 2010).

La esclerosis múltiple es una enfermedad neurodegenerativa que a medida que avanza, los síntomas iniciales se van agravando. Uno de estos son los problemas de comunicación, que provocan en el paciente la dificultad para transmitir sus necesidades básicas de una forma eficaz e inteligible. La logopedia pretende conseguir minimizar los efectos negativos que tiene la EM en la comunicación, interviniendo en aspectos de vital importancia como:

- Concienciar al paciente y las personas de su entorno sobre sus déficits comunicativos.
- Mitigar las causas que provocan los trastornos de la comunicación.
- Conservar e incrementar en la medida de lo posible las habilidades comunicativas.
- Apoyar la comunicación inteligible a través de un SAAC (Renom et. al, 2007).

La comunicación es el mayor nivel de evolución lingüística alcanzado por el ser humano. Es utilizada para el intercambio de información entre individuos, representación y relación social. Siendo de vital importancia para el desarrollo cognitivo, social y afectivo. Los síntomas asociados a la EM provocan diversas alteraciones en la comunicación oral, afectando tanto al habla como a la voz (ver Cuadro 2).

Cuadro 2.

Alteraciones de la comunicación oral asociadas a la EM (adaptado de Renom et. al, 2007)

Área	Alteración
Alteraciones de la voz y el habla	Disartria
	Disfonía
	Disprosodia
Alteraciones neurolingüísticas	Acceso al léxico
	Comprensión
	Razonamiento abstracto
	Construcción de frases
	Discurso
Alteraciones en la vida diaria	Intención comunicativa
	Participación comunicativa
	Utilización de tecnologías
	Lecto-escritura
	Participación en programas de rehabilitación
	Empleo y educación
	Necesidades básicas

Es de vital importancia que los profesionales que trabajen con personas con EM tengan el deber de apoyar y desarrollar alguna herramienta que ayude a la comunicación. Por ello los logopedas han trabajado en la creación y desarrollo de

herramientas comunicativas que ayuden y apoyen a estas personas a cubrir las necesidades básicas de comunicación; entendiendo que el apoyo a la comunicación es cualquier herramienta, medio o material que ayuda a que se produzca una intención o participación comunicativa (Beukelman, Garrett y Yorkston, 2007; Houston, 2000; King, Simmons-Mackie y Beukelman, 2013; citado en Fried-Oken et al., 2015).

El sistema de comunicación más utilizado para contrarrestar los problemas comunicativos de las personas con EM es la comunicación alternativa y aumentativa (CAA), que se dirige a paliar las dificultades asociadas a la enfermedad mediante la utilización de instrumentos y la adecuación de los contextos habituales del usuario. La CAA se encarga de buscar nuevos métodos de comunicación, lo que llamamos sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC) (Fried-Oken, et al., 2015). Estas son maneras de expresión diferentes al lenguaje oral, que tienen como fin aumentar y/o compensar las dificultades de comunicación; para ello, se utilizan diferentes técnicas de implantación, dispositivos y estrategias. En el caso de esta enfermedad, que evoluciona presentando diferentes estadios, los sistemas de comunicación ayudarán a que los pacientes puedan comunicarse en vida diaria (Fried-Oken, et al., 2015).

En su mayoría los SAAC suelen utilizar un método de imágenes como es el ARASAAC (Portal Aragonés de Comunicación Aumentativa y Alternativa), que es el sistema pictográfico más utilizado en la actualidad, siendo el primer referente en muchos países y posicionándose como una de las herramientas más utilizadas mundialmente (Romero Corral y Marcos Rodrigo, 2016; citado en Paolieri y Marful, 2018).

Los sistemas, se basan en un lenguaje pictográfico donde el mensaje es comunicado a través de representaciones gráficas de sentimientos, alimentación, personas, lugares, etc.; permitiendo que se instaure en diferentes lugares como colegios, hospitales, residencias de mayores..., favoreciendo la accesibilidad comunicativa a aquellas personas que presentan dificultades en la comunicación (Corral y Rodrigo, 2016; Ronski et al., 2015; citado en Paolieri y Marful, 2018).

Los SAAC se agrupan en dos subtipos dependiendo del grado de tecnología utilizado (Fried-Oken, 2015):

1. Los SAAC de **baja tecnología**, son todos aquellos instrumentos no informáticos encargados de apoyar la comunicación de las personas, por ejemplo, con cuadernos de comunicación, escritura o sistemas de alerta. Estas herramientas

ayudan tanto a que el emisor pueda comunicarse y hacerse entender, como que el receptor comprenda y pueda responder a su interlocutor. Para que haya un aumento del input se puede utilizar lengua de signos, gestos, o pictogramas, entre otros, lo que proporciona un apoyo al mensaje que se quiere transmitir y aumenta el grado de inteligibilidad del habla (Ball y Lasker, 2013; Wallace, Dietz, Hux y Weissling, 2012; citado en Fried-Oken, 2015).

Cabe destacar que los cuadernos o tableros de comunicación están compuestos por pictogramas, imágenes o símbolos, los cuales pueden ir acompañados o no de su denominación, y a su vez están personalizados a las necesidades, gustos y preferencias de los usuarios (Wu y Voda, 1985; Khayum, et al., 2012; Lasker, et al., 1997; citado en Fried-Oken, 2015).

2. Los SAAC de *alta tecnología*, hacen referencia a dispositivos generadores de voz, que son instrumentos eléctricos que producen sonidos cuando la persona escoge o escribe un mensaje que quiere transmitir. A la hora de implementar un dispositivo generador de voz en usuarios que presentan dificultades en la comunicación es necesario tener en cuenta varias características que harán que el dispositivo sea eficaz y funcional. Entre ellas, deben tener una configuración abierta a la hora de representar el lenguaje (dibujos, fotos, palabras, signos), poder seleccionar el idioma del dispositivo y que presente diferentes tipos de voces, para que se pueda adaptar a las necesidades del usuario. Debido a que estos sistemas son utilizados por personas que tienen dificultades motrices, el dispositivo deberá presentar una adaptación flexible a las destrezas físicas del paciente (Fishman, 1987; citado en Fried-Oken, et al., 2015)

En conclusión, la esclerosis múltiple provoca dificultades en la comunicación, tanto a nivel del habla como del lenguaje, a consecuencia de la afectación que produce esta enfermedad en el sistema nervioso central. También se ven afectadas otras áreas como la motriz, cognitiva y social. Dicha enfermedad necesita una intervención multidisciplinar, debido a la complejidad sintomatológica que presenta, ya que a medida que esta avanza los síntomas se van agravando. Los síntomas relacionados con la comunicación empeoran con el tiempo, provocando que los pacientes tengan dificultad en la producción del lenguaje y la comunicación. A esto se le suma el empeoramiento

de las destrezas cognitivas, como la atención o la memoria, que aumenta la dificultad para trabajar con este tipo de pacientes.

De acuerdo con lo anterior, el diseño de intervención se realizará para una usuaria que presenta esclerosis múltiple y no presenta lenguaje oral. Por ello es necesario realizar una intervención logopédica en la que se trabajen las dificultades de comunicación y del lenguaje, que ayude a que la paciente pueda comunicar sus necesidades, aumente su intención comunicativa y mejore su interacción social, a través de la implementación de un sistema alternativo y aumentativo de comunicación.

Método

Diagnóstico Inicial e Historia de la Paciente

Con el fin de obtener los datos de diagnóstico y ver las necesidades que presenta la paciente, se han realizado diversas pruebas a la propia paciente, la familia, los profesionales del centro de día al que acude y los profesionales externos que intervienen con ella. En primer lugar, se le realizó una entrevista a la madre, su cuidadora principal, en la que se exploraban los datos médicos, autonomía personal, comunicación, tiempo libre, socialización, tratamiento, intervención, objetivos y resultados de la intervención (ver anexo 1). En segundo lugar, los profesionales que trabajan con la paciente han contestado a un cuestionario sobre aspectos de la comunicación, interacción y autonomía de la paciente (ver anexo 2). En tercer lugar, se realizó una entrevista a la logopeda externa de la paciente, sobre el trabajo que realiza con la paciente para seguir una misma línea de trabajo (ver anexo 3). Y, por último, se le han aplicado dos protocolos de observación y análisis de actos de comunicación a la paciente (ver anexo 4).

Como resultado de las pruebas realizadas a la paciente de 23 años, se ha observado que fue diagnosticada a los 2 años con megacolon agangliónico, enfermedad que se produce en el intestino grueso provocando paradas intestinales. Por otro lado, se sospecha que padece el síndrome de Angelman, ya que presenta las conductas de esta enfermedad, pero analíticamente no se detecta el síndrome. Cabe destacar que la paciente es diagnosticada de esclerosis múltiple en 2017, a la edad de 20 años, teniendo como primer brote una convulsión a partir de la cual los médicos sospechaban de un problema adaptativo, asociado al fallecimiento de sus cuidadores principales, a esto se le sumó la aparición del estrabismo bilateral, lo que confirmó el diagnóstico de

esclerosis múltiple. También presenta una discapacidad cognitiva que afecta a los procesos de atención, memoria y comprensión.

Por otro lado, la paciente no presenta lenguaje oral desde las primeras etapas de vida. Ha recibido diferentes tipos de terapias desde la primera infancia comenzando con terapia ocupacional desde los 2 años y medio, luego pasó a recibir intervención logopédica en un centro sanitario privado. Estuvo escolarizada hasta los 5 años en aula ordinaria y luego pasó a aulas enclave. Cuando cumplió la mayoría de edad, paso a acudir al centro de día de Probosco, en el que se encuentra actualmente.

Para obtener información más precisa sobre las necesidades de la paciente se ha llevado a cabo varias evaluaciones a través de los profesionales que intervienen con ella. En cuanto a las habilidades que la paciente tiene adquiridas/preservadas se encuentran las *formas de comunicación no verbal* (movimientos oculares), aunque tiene estrabismo bilateral, hace contacto visual con la persona con la que se está comunicando o tiene una mirada fija que pasa de la persona al objeto/lugar que desea. Su expresión facial habitual expresa sonrisa, frunce el ceño, muecas de disgusto, sorpresa, enfado y alegría. En cuanto a sus habilidades táctiles relacionadas con la comunicación la paciente toca y tira del interlocutor cuando quiere expresarle algo y manifiesta sus emociones. La paciente llama la atención de los otros a través de vocalizaciones (no palabras); así como, tiene manera de expresar “sí” (movimiento de cabeza de arriba hacia abajo) y “no” (movimiento de mano de un lado a otro, haciendo negación).

En cambio, existen una serie de habilidades que la paciente no tiene adquiridas/preservadas, ya que, aunque sí muestra intencionalidad comunicativa cuando quiere o necesita algo, no es capaz de transmitirlo de varias maneras diferentes. No presenta atención conjunta sobre una actividad/objeto durante un tiempo. Aunque la persona toca el objeto que es de su interés (señala tocando) tiene dificultades para señalar sin contacto, es decir, señalar a distancia. La paciente carece de algún sistema alternativo de comunicación, gestos convencionales o signos manuales; y muestra dependencia en las labores de aseo personal, como cepillado de dientes, ducha o cambios de ropa.

En relación con los datos obtenidos en la encuesta realizada por los profesionales del centro, se ha visto que la paciente suele mantener el contacto visual, se apoya en el uso de señalar tocando los objetos para comunicarse y obtenerlos. Suele tener iniciativa por coger los objetos a pesar de las limitaciones de movilidad que presenta. Con respecto a la comunicación, la paciente produce alguna vocalización. La utilización del

SAAC, la realizan en ocasiones puntuales, es decir, lo utiliza sólo si le ofrece el dispositivo, por lo que no hace un uso habitual de este sistema para comunicarse. Presenta intención comunicativa, y a la hora de tener una conversación suele esperar el turno de palabras en ciertas ocasiones. Los profesionales del centro no tienen dificultad en entender lo que paciente les quiere comunicar. No presenta dificultades en la comprensión, suele entender con normalidad lo que el personal le comunica, y en caso contrario, los profesionales hacen uso de frases cortas con un ritmo más lento y, con menos frecuencia, hacen uso de pictogramas para apoyar los enunciados. En cambio, en el ámbito de la atención, suele mantener la atención en periodos cortos de tiempo, por lo que quiere cambiar frecuentemente de actividades o tareas que se están realizando. Con respecto a la autonomía que presenta la paciente, suele realizar con bastante autonomía las actividades de comer, lavarse las manos, ir al baño sola, pero cabe destacar la ausencia de autonomía a la hora del cepillado de dientes, cambio de ropa, ducharse, servir y hacer comida y en las acciones de defecar y orina. En todas las actividades presenta apoyos, a pensar que pueda tener del nivel de autonomía.

Otro aspecto fundamental para realizar un buen plan de intervención es conocer los intereses de la persona, por lo que en la evaluación también se han contemplado estos aspectos. Se han identificado una serie de objetos importantes para la persona, entre los que se encuentra su móvil, tablet, ordenador y objetos relacionados con la cosmética, todos ellos los pide tocando el objeto. En cuanto a las actividades que prefiere hacer la paciente muestra especial interés por pintarse las uñas y labios, utilizar dispositivos electrónicos y cocinar.

Con respecto a la entrevista realizada a la logopeda externa, el diseño de intervención se realizará siguiendo una misma línea de trabajo. Por ambas partes se utilizará el mismo sistema alternativo y aumentativo de comunicación para que el trabajo que se realice con la paciente sea coordinado. La aplicación se llama PictoDroid, es una App para dispositivos Android que permite a las personas con dificultades comunicarse a través del uso de pictogramas o imágenes. PictoDroid permite expresar y crear oraciones mediante la selección de pictogramas, y seguidamente hace una lectura de la frase formada con voz. Esta viene prediseñada con seis categorías (beber, comer, emociones, ir, jugar y baño) las cuales se pueden modificar y personalizar a las necesidades del usuario que vaya a utilizarla, ya sea mediante pictogramas de ARASAAC o de la cámara y galería propia del usuario.

Programa de Intervención

Características del centro.

La intervención se llevará a cabo en la Asociación Proyectos de Acción Social Don Bosco, constituida en 1989. La asociación creó el Centro de Atención terapéutico Probosco en 1994, con la misión de trabajar en favor de personas con discapacidad intelectual y sus familias, y con el objetivo de conseguir mejorar la calidad de vida que merecen por derecho. Para lograr esta máxima, trabajan con el fin de potenciar las capacidades básicas de cada persona, proporcionando para ello los apoyos que sean necesarios desde la ética y la responsabilidad. Su labor diaria persigue conseguir la mayor integración social y comunitaria a la par que servir como recurso formativo e informativo tanto a las familias como a la comunidad en general.

La asociación se ubica en la Calle Tomás Zerolo, número 12 en La Orotava. El centro es una casa, propiedad de los hermanos Zerolo Fuentes y Zerolo Davidson, la cual fue donada en 1957 a la Caja General de Ahorros y Monte de Piedad de Santa Cruz de Tenerife, en la actualidad Caja General de Ahorros de Canarias, como reconocimiento de su labor social y para que contribuyesen a los mismos fines.

En 1991, Caja Canarias cedió este inmueble a la Asociación Proyectos de Acción Social Don Bosco para la creación del Centro Hogar del Minusválido Probosco, hoy Centro de Atención Terapéutica Probosco.

Esta entidad surge con el objetivo de aportar recursos para las personas adultas con discapacidad intelectual y con grandes necesidades de apoyo. Actualmente cuentan con un centro de día y residencial en el que trabajan con el objeto de conseguir la calidad de vida que toda persona merece por derecho. Su principal misión es favorecer proyectos de vida plena para las personas con discapacidad intelectual y sus familias, proporcionándoles para ello los apoyos y oportunidades necesarias desde un compromiso ético, como mejorar la calidad de vida personal y familiar de los/as residentes, potenciar las capacidades básicas de cada persona proporcionándole para ello los apoyos necesarios, procurar la integración social y comunitaria y servir de recurso formativo-informativo a las familias y a la comunidad.

El centro cuenta con un equipo de trabajo compuesto por diferentes profesiones como la directora del centro, la trabajadora social, administración, medicina, logopedia, fisioterapeuta, atención psicológica, el equipo de atención directa y el equipo de

mantenimiento. Cada uno de estos profesionales cuenta con su lugar de trabajo adaptado a la función que realicen y ubicado en diferentes zonas del centro.

Espacio.

La entidad cuenta con diferentes espacios destinados cada uno de ellos a una tarea específica las cuales fomentan las capacidades y cubren necesidades como: una sala de estimulación sensorial elaborada por los profesionales del centro y con materiales normales; una sala de estimulación cognitiva la cual cuenta con varios ordenadores adaptados, pizarras interactiva; una piscina totalmente adaptada en la que realizan rehabilitación y otros tipos de ejercicios; también cuenta con dos salas multiusos en donde encontramos diferentes materiales con los que trabajar, ahora mismo está destinada a los usuarios del centro de día.

Objetivos.

Objetivo general.

Establecer un sistema alternativo de comunicación efectivo y funcional para una paciente con esclerosis múltiple.

Objetivos específicos.

- Comprender y discriminar pictogramas
- Utilizar el sistema alternativo de comunicación
- Adaptar el sistema alternativo de comunicación
- Aumentar la intención comunicativa y adquirir el hábito de señalar
- Emplear en contexto naturales el sistema alternativo de comunicación

Temporalización

La duración de la intervención logopédica será de un mes y medio, comenzando el 10 de mayo y finalizando el 10 de junio de 2021, con un total de 10 sesiones.

Sesiones

De acuerdo con el objetivo general de establecer un sistema alternativo de comunicación efectivo y funcional para una paciente con esclerosis múltiple se elabora un programa de intervención formado por 10 sesiones, en las que se trabajan los diferentes objetivos específicos y operativos. Se realizarán en diferentes contextos en colaboración con otros profesionales, desarrollando una intervención multidisciplinar.

Se realizarán 10 sesiones con una periodicidad de 2 sesiones por semana y con una duración aproximada de 30 minutos.

A continuación, se presenta un cuadro resumen del diseño de la intervención a desarrollar.

Cuadro 3.

Diseño de la intervención en base a objetivos

Objetivos Específicos	Objetivos Operativos	Sesión	Actividad	
Comprender y discriminar pictogramas	Utilizar y diferenciar hasta 10 – 15 pictogramas	Sesión 1: Discriminación visual	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 1.1: “¿Qué es qué?” - Actividad 1.2: “Diferenciamos objetos” - Actividad 1.3:” Reconocemos siluetas” - Actividad 1.4:” Compromiso para casa” 	
		Sesión 6: Hoy Cocinamos	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 6.1 “Discriminación de alimentos y acciones” 	
		Sesión 9: Ocio	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 9.1 “Pictogramas nuevos” 	
Utilizar el sistema alternativo de comunicación	Emplear el lenguaje natural asistido	Sesión 4: Lenguaje natural Asistido	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 4.1 “Conocemos PictoDroid” - Actividad 4.2 “Desayunamos” - Actividad 4.3 “Aseo” - Actividad 4.4 “Almuerzo” - Actividad 4.5:” Compromiso para casa” 	
		Sesión 9: Ocio	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 9.2: “¡Hola! 	
	Usar el SAAC durante la salida y normalizar su uso	Comenzar a utilizar 2 categorías del sistema	Sesión 5: Sesión de belleza	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 5.1 “Nos arreglamos” - Actividad 5.2; “Compromiso para casa”
			Sesión 6: Hoy cocinamos	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 6.1: “Discriminación de alimentos y acciones” - Actividad 6.2: “Preparamos el taller” - Actividad 6.3: “Taller gastronómico” - Actividad 6.4: “Compromiso para casa”

	Comunicación entre compañeros con SAAC	Sesión 7: Me comunico con mi compañero	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 7.1 “Charla con los amigos” - Actividad 7.2: “Compromiso para casa”
	Utilizar el SAAC en la rutina de aseo	Sesión 8: Rutina de Aseo	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 8.1 “Aseo personal” - Actividad 8.2 “Cepillado de dientes” - Actividad 8.3: “Compromiso para casa”
	Usar el SAAC para pedir una revista en el quiosco	Sesión 9: Ocio	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 9.1 “Pictogramas nuevos” - Actividad 9.3 “Vuelta al centro” - Actividad 9.4: “Compromiso para casa”.
	Emplear el SAAC para pedir los utensilios	Sesión 10 ¡Hora de comer!	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 10.1: “¿Qué me falta?”
Adaptar el sistema alternativo de comunicación	Ajustarlo a la rutina habitual de aseo	Sesión 8: Rutina de Aseo	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 9 “Aseo personal”
	Adaptarlo a los gustos de la paciente	Sesión 9: Ocio	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 9.2” ¡Hola!”
Aumentar la intención comunicativa y adquirir el hábito de señalar	Señalar los 4 objetos del taller	Sesión 2: Conducta de señalar	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 2.1 “Indica los objetos” - Actividad 2.2: “Compromiso para casa”
	Mantener la atención durante la categorización entre 3 elementos	Sesión 3: Trabajar la atención	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 3.1: “Conocemos nuevos pictogramas” - Actividad 3.2 “¡Atención!” - Actividad 3.3:” Categorizamos objetos” - Actividad 3.4: “Compromiso para casa”.
	La paciente pida los utensilios del comedor	Sesión 10: Hora de comer	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 10.1: ¿Qué me falta para comer - Actividad 10.2: “Compromiso para casa”.
Emplear en contexto naturales el sistema alternativo de comunicación	Usar el SAAC para pedir una revista en el quiosco.	Sesión 9: Ocio	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad 9.2 ¡Hola!

Diseño de la Evaluación.

Para el diseño de evaluación se han utilizado dos protocolos facilitados por la entidad de Probosco, que se han evaluado tanto al inicio de la intervención como al final de esta. El primer protocolo que se paso fue el de “Observación y análisis de actos comunicativos”, donde se evalúa los actos comunicativos de la paciente, las funciones y formas de la persona, ayuda a la persona, función del discurso, prueba y evidencia de la intencionalidad, estrategia de corrección de la persona y del interlocutor, y las barreras del colaborador para la comunicación (ver anexo 4). Y el segundo protocolo que se le paso fue el de “Formas de comunicación no verbal”, donde se evalúa la dinámica de la comunicación no simbólica (ver anexo 4).

Para este diseño también se ha utilizado una escala de valoración del proceso de implementación, donde se ha valorado el proceso de las sesiones en el desarrollo de la intervención (ver anexo 6).

Resultados

Los resultados de la intervención se han evaluado atendiendo a la comparativa en las puntuaciones pre-post-test de los diversos indicadores obtenidos de los protocolos de evaluación y observación de actos comunicativos y formas de comunicación no verbal.

Tal y como puede observarse en la Tabla 1 (ver Anexo 7), existen algunos elementos en los que la paciente ha mejorado como puede ser, la conducta de señalar a distancia, los actos comunicativos, la función del discurso iniciada y respondiente; otros en los que no se ha observado mejoría, como la verbalización o vocalización, y otros en los que no se ha observado cambios porque ya obtenida la puntuación máxima, como puede ser expresión facial, gestual, y contacto visual.

En relación a las formas de comunicación no verbal se observa que existe algunos elementos en los que la paciente ha mejorado como puede ser, señalar/ tocar a una persona, muestra/usa la asociación objeto, símbolo, y realiza signos manuales, otros en los que no se ha observado mejoría sería muestra letra, palabras, escribe palabras y en otros no se ha observado cambios porque la paciente ya obtenía las puntuaciones máximas como son expresiones faciales, conducta, movimientos los ojos, tacto, y movimientos de extremidades (tabla 2; ver Anexo 8).

El proceso de implementación también se ha evaluado a lo largo de todas las sesiones del programa de intervención a nivel cualitativo y cuantitativo, para este trabajo solo se contemplarán las medidas cuantitativas de implementación para cada una de las sesiones analizadas (ver tabla 3). Los resultados indican unos niveles muy altos de calidad de la implementación, especialmente en el ajuste del tiempo en la realización de las sesiones y la adaptación de las mismas a las características de las participantes.

Tabla 3.

Evaluación de la implementación en las sesiones del programa de intervención

(0-4)	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10	Media
La sesión se ha adaptado a las características de la paciente	4	4	4	3	4	2	3	4	4	4	3.6
Las orientaciones aportadas han sido claras y precisas	3	4	3	3	4	3	2	3	3	3	3.1
Se han fijado los pasos a seguir en la sesión	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3.1
Se han definido los objetivos de la sesión	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3.1
Los recursos han sido suficientes para conseguir los objetivos.	3	3	3	4	4	3	2	3	3	3	3.1
El tiempo estimado para el desarrollo de las sesiones es suficiente.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
La participante ha mostrado interés y ha participado en la sesión	3	4	3	2	4	3	2	3	4	3	3.1

Discusión

El objetivo de esta intervención ha sido establecer un sistema alternativo de comunicación efectivo y funcional para una paciente con esclerosis múltiple. Según Fried-Oken et al. (2015), el sistema de comunicación más utilizado para contrarrestar los problemas comunicativos de las personas con EM es la comunicación alternativa y aumentativa, dirigido a paliar las dificultades comunicativas de esta enfermedad. Por ello se ha llevado a cabo una intervención dirigida a la implementación de un SAAC para la paciente, donde se han obtenido mejoras en algunos componentes.

En cuanto a la utilización del SAAC se ha observado una mejoría en la asociación de objetos reales con su pictograma correspondiente, miniaturas, fotos y dibujos. Gracias al entrenamiento de los elementos anteriores ha habido un avance en la utilización de pictogramas como forma de comunicación, llegando a tener establecidos en su comunicador 20 pictogramas de los 60 que se han utilizado en las sesiones; consiguiendo así, las máximas puntuaciones en la escala de evaluación, debido a que las sesiones han estado adaptadas a las características y gustos de la paciente, y ella ha mostrado un gran interés y participación en las mismas. Algunos autores recomiendan comenzar con un mínimo de 12 símbolos gráficos, teniendo en cuentas las necesidades comunicativas y contextuales de cada paciente (Asorey, Floz y Vargas, s.f.)

Se ha mejorado la utilización de signos y símbolos para la comunicación a través de los SAAC, aunque todavía le queda mucho por avanzar y necesita más entrenamiento, ya que 10 sesiones no son suficientes para esto, el tiempo destinado en las sesiones para trabajar estos aspectos fue el adecuado para evitar la fatiga y el exceso de estimulación, pero es necesario destinar un mayor número de sesiones para obtener los resultados esperados. La paciente se ha mostrado en todas las sesiones muy implicada, con ganas de aprender el uso del SAAC y su motivación también podría haber afectado a estos grandes resultados y mejoras en la utilización del sistema alternativo.

Hay un aspecto en concreto que no ha mostrado mejoras tras la intervención, la palabra escrita, que además no es un objetivo del programa de intervención que se había planteado; en el caso de poder incentivarlo habría que trabajarlo de un modo alternativo. Como dice Renom et al. (2007), la lectoescritura es un aspecto de la comunicación que se ve alterado en los pacientes que presentan esclerosis múltiple. Además de las dificultades vinculadas a la esclerosis múltiple, la paciente presenta discapacidad cognitiva que le ha impedido la adquisición de este tipo de habilidades.

Con esta paciente no se ha trabajado el uso de las gráficas de palabras claves en su vida diaria ya que sería ineficaz, en cambio, la intención comunicativa sí es un elemento clave para poder utilizar esos recursos. Tal como dice Renom (2007), la participación comunicativa en la esclerosis múltiple se ve muy afectada, por lo que uno de los objetivos específicos de esta intervención consiste en aumentar dicha intencionalidad, la cual ha mejorado sustancialmente en interacción con otros y también en interacción con objetos; demostrando que el apoyo a la comunicación en cualquier herramienta, medio o

material ayuda a que se produzca una intención comunicativa (Beukelman, Garrett y Yorkston, 2007; Houston, 2000; King, Simmons-Mackie y Beukelman, 2013; citado en Fried-Oken et al., 2015).

Otro aspecto de la intención comunicativa que la paciente ha cambiado tras la intervención es que repite y reitera una señal de comunicación cuando los otros no la entienden, y persiste en señalar una persona u objeto hasta alcanzar su objetivo o que quede clara su imposibilidad, este aspecto puede haberse visto favorecido porque a lo largo de las sesiones se aportaron orientaciones claras y precisas. En cambio, la paciente no consigue cambiar o modificar su señal de comunicación cuando no la entienden, sino que siempre utiliza la misma, por lo tanto, no se ha podido ver un cambio favorable en las estrategias de corrección de la persona. Las personas que padecen esclerosis múltiple tienen dificultades para hacer este tipo de cambio cognitivo, debido a la sintomatología de la enfermedad, donde se ve afectada la función ejecutiva Renom et al. (2007). A esto se le suma que la paciente presenta discapacidad cognitiva, y dificultad que se produzca un cambio de estrategia por su parte.

Gracias al avance que se ha producido en la intencionalidad se ha conseguido una mejora en la participación comunicativa, que es una parte que, en esta enfermedad, está muy afectada (Renom et al, 2007). Por lo que la intervención ha conseguido avances positivos en este ámbito de la comunicación, lo que puede haberse visto incentivado por la estructura y pasos a seguir prefijados con anterioridad a la implementación de las sesiones.

Concretamente, se ha visto una mejora en los actos comunicativos para obtener la atención del interlocutor, específicamente en las peticiones de llamada, saludos y de rutina social, lo que suele utilizar para atraer o mantener la atención de otra persona hacia ella misma. A su vez, hay una mejora en cuanto a peticiones de objeto a su interlocutor a través de la conducta de señalar a distancia, aspecto que se ha entrenado en diferentes sesiones de la intervención. Para que su señal fuese mucho más llamativa la paciente ha conseguido combinar la técnica del señalado a distancia, o con contacto, con alguna vocalización, por lo que al aplicar sonoridad a su gesto consigue hacer una llamada de atención más completa. Durante los actos comunicativos con sus interlocutores se ha visto un progreso en mantener la atención conjunta mientras se produce la interacción social, siendo capaz de esperar la respuesta de la otra persona y respetar los turnos de palabra. La mejora en los actos comunicativos se ve beneficiado

por el apoyo a la comunicación, que ayudan a que se produzcan con mayor frecuencia (Beukelman, Garrett y Yorkston, 2007; Houston, 2000; King, Simmons-Mackie y Beukelman, 2013; citado en Fried-Oken et al., 2015).

Respecto a la interacción social no se han sufrido más cambios positivos ya que las sesiones han sido muy individualizadas. Aunque los recursos han sido suficientes para llevar a cabo las sesiones, estas deberían incorporar un mayor contacto social con el entorno, ya en la mayoría de las sesiones se trabaja con la logopeda, y se destinó solo dos sesiones a trabajar con otras personas.

La paciente realiza de forma natural vocalizaciones intrascribibles de vocales, pero no puede adquirirse ningún otro tipo de vocalizaciones, ya que nunca ha presentado lenguaje oral debido a que presenta discapacidad cognitiva, donde una de las áreas afectadas por esta enfermedad es la comunicación.

Los avances en comunicación no verbal no han podido observarse en el protocolo de evaluación de “formas de comunicación no verbal” ya que desde el inicio de la intervención ya obtenía las máximas puntuaciones en áreas vinculadas a expresiones faciales, movimientos de las extremidades y movimientos con objetos; que, como dice Renom et al. (2007), es de vital importancia conservar e incrementar, en la medida de lo posible, las habilidades comunicativas que presenta la paciente. Aunque de forma cualitativa se ha observado una mejora en la realización de dos signos que se han considerado esenciales en esta intervención, “trabajar” y “ayuda”. Con ellos se ha podido anticipar el comienzo de las sesiones de trabajo, además el signo de “ayuda” ha sido utilizado durante las sesiones para que la paciente pudiera transmitir que necesitaba apoyo en la actividad y no solo se ha utilizado en las sesiones si no que se ha podido exteriorizar a otros contextos. Es imprescindible que los profesionales que trabajan con las personas con EM tienen que apoyar y desarrollar alguna herramienta que ayude a la comunicación (Beukelman, Garrett y Yorkston, 2007; Houston, 2000; King, Simmons-Mackie y Beukelman, 2013; citado en Fried-Oken et al., 2015).

En este ámbito, siendo uno de los aspectos más importantes, se ha generado un cambio de conducta en el personal de atención directa de la entidad, mediante la técnica de modelado. Esto se debe, según Renom et al. (2007), a una concienciación por parte de las personas de su entorno del déficit comunicativo que presenta la paciente. Se ha conseguido que los mensajes hacia la paciente se hagan de manera más clara, con menos palabras, apoyándolos con gestos o pictogramas cuando ha sido necesario. En la

actualidad, se le da más tiempo a la paciente para que tenga la oportunidad de comunicarse, favoreciendo así la retroalimentación. Esta parte ha sido fundamental en la intervención ya que no solo se ha intervenido en las sesiones semanales si no que al generalizarse a otros contextos los avances en la paciente han sido mayores.

En conclusión, se ha comprobado que la introducción de un SAAC beneficia la comunicación de una paciente con esclerosis múltiple, aunque, cabe recordar que habrá que ir adaptando diferentes sistemas de comunicación a medida que avanza la enfermedad ya que sus capacidades, tanto físicas como cognitivas, irán involucionando. En base a los resultados obtenidos podemos concluir que la implementación de un SAAC ha mejorado la intención comunicativa de esta paciente, por lo que ha llevado a la paciente a tener un método de comunicación con su entorno. También se considera que la intervención ha sido fructífera, ya que se ha adaptado a las necesidades y características de la paciente y de su entorno, por lo que esto ha ayudado a que el uso del SAAC se establezca de forma más permanente en su vida diaria.

Otro hallazgo de esta intervención ha sido que la participación comunicativa no solo se ha visto en aumento por el apoyo a la comunicación, sino también por otras variables, como es el apoyo social y estado emocional, que ha ayudado a que mejore. La intervención llevada a cabo aporta una nueva forma de trabajar con personas que padezcan una enfermedad neurodegenerativa y/o discapacidad cognitiva, pudiendo utilizarse como punto de partida para otras intervenciones futuras. Gracias al SAAC, se le ha dado la paciente el derecho de poder comunicarse, lo que es necesario defender y proveer, eliminando cualquier barrera que lo impida

Este trabajo no está exento de limitaciones, ya que se ha observado que el número de sesiones no era suficiente para poder conseguir el objetivo que se proponía, por lo que se ha visto afectado el resultado final en el número de pictogramas que utiliza al acabar el programa de intervención. Otra limitación encontrada ha sido el dispositivo electrónico de la paciente, ya que cada semana se le tenía que configurar antes de realizar la sesión. También se vio limitada por la poca información encontrada, en relación a la Logopedia con la esclerosis múltiple y la intervención con SAAC. En cuanto a las perspectivas de futuro, la intervención con la paciente se seguirá llevando a cabo, trabajando con el SAAC, haciendo los cambios y modificaciones que sean necesarias para que se adapte a las necesidades de la paciente.

Referencias Bibliográficas

- Asociación española de esclerosis múltiple (s.f). *Tipo de esclerosis múltiple*.
<https://aedem.org/esclerosis-m%C3%BAltiple/tipos-de-esclerosis-m%C3%BAltiple>
- Asorey, E. Floz, S. y Vargas, E. (s.f). *Implementar SAAC en las Aula*. Recuperado el 28 de junio de 2021, de <https://aulaabierta.arasaac.org/implementar-saac-en-el-aula>.
- Ball, L. J., y Lasker, J. (2013). Teaching partners to support communication for adults with acquired communication impairment. *SIG 12 Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 22(1), 4-15.
- Baylor, C., Yorkston, K., Britton, D., y Amtmann, D. (2010). Variables asociadas a la participación comunicativa en personas con esclerosis múltiple análisis de regresión. *Revista estadounidense de patología del habla y el lenguaje*, 19, 143-153.
- Beukelman, D., y Mirenda, P. (2013). *Augmentative and Alternative communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*. Baltimore, MA: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Beukelman, D. R., Garrett, K. L., y Yorkston, K. M. (2007). *Estrategias de comunicación aumentativa para adultos con condiciones médicas agudas o crónicas*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Corral, D., y Rodrigo, J. M. (2016). *Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa (ARASAAC)*. En Paper Presented at the Workshop Arasaac: Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa. Software, Herramientas y Materiales para la Comunicación, Otros recursos para CAA: Soyvisual. University of Granada.
- Cuevas-García, C. (2017). Multiple sclerosis: current immunological aspects. *Revista Alergia Mexico*, 64(1), 76-86.
- De las Heras Minguéz, G., y Simón T. (2018). Atención logopédica en esclerosis múltiple. En A.M^o. Ochando Cerdán y M.Velasco Pachón (Ed), *Logopedia y enfermedades neurodegenerativas* (pp. 133-161). Nau Llibres (Edicions Culturals Valencianes, S.A.)
- D. Quinn, E., Cook, A., y Rowland, C. (2019). Una comunicada de prácticas en línea para mejorar la intervención para personas con necesidades complejas de comunicación. *Comunicación aumentativa y alternativa*, 35 (2), 142-147.

- Feenaughty, L., Tjaden, K., Weinstock-Guttman, B., y HB Benedict, R. (2018). Separate and combined influence of cognitive impairment and dysarthria on functional communication in multiple sclerosis. *American Journal of speech-language pathology*, 27, 1051-1065.
- Fried-Oken, M, Mooney. A, y Peters. B (2015). Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*, 37, 69-87.
- Fishman, I. (1987). *Electronic communication aids: Selection and use*. San Diego,CA: College Hill.
- GILROY, J. (2000). *Basic Neurology*. 3rd Ed. London: McGraw-Hill.
- Houston, S. (2000). Reflections on a kayak expedition in scotland. En M. Fried-Oken, y H. Bersani (Eds.), *Speaking up and spelling it out: Personal essays on augmentative and alternative communi-cation*. Baltimore, MD: Paul Brookes Publishers.
- Khayum, B., Wieneke, C., Rogalski, E., Robinson, J., y O'Hara, M. (2012). Thinking outside the stroke: Treating primary progres- sive aphasia (PPA). *SIG 15 Perspectives on Gerontology*, 17(2), 37-49.
- King, J. M., Simmons-Mackie, N., y Beukelman, D. R. (2013). Apoyando la comunicación: Mejorando la vida de las personas con afasia. En N. Simmons-Mackie, J. M. King y D. R. Beukel- man (Eds.), *Supporting communication for adults with acute and chronic aphasia*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co
- Kurtzke, J.F. (2005). Epidemiología y etiología de la esclerosis múltiple. *Clínicas de Medicina Física y Rehabilitación de América del Norte*, 16, 327-349.
- Lasker, J., Hux, K., Garrett, K., Moncrief, E., y Eischeid, T. (1997). Variations on the written choice communication strategy for individuals with severe aphasia. *Augmentative and Alternative Communication*, 13(2), 108-116.
- Mackenzie, C., y Green, J. (2009). Cognitive-linguistic deficit and speech intelligibility in chronic progressive multiple sclerosis. *International journal of language & communication disorders*, 44(4), 401–420.
- Martinez-Altarriba.M.C, Ramos-campoy.O, Luna-Calcaño.I.M, y Arrieta-Anton.E. (2014). *Revisión de la esclerosis Múltiple (2). Diagnostico y tratamiento*. Medicina de la Familia. SEMERGEN.

- Menendez, P.A. (2016). *El 70% de los nuevos casos diagnosticados de Esclerosis Múltiple corresponden a personas de entre 20 y 40 años*. Sociedad española de neurología
- Paolien, D., y Marful, A. (2018). Norms for pictographic system: the aragones portal of augmentative/alternative communication (ARASAAC) system. *Frontiers in psychology*, 9, 2538
- Pérez, A. (2016). *El 70% de los nuevos casos diagnosticados de Esclerosis Múltiple corresponden a personas de entre 20 y 40 años*. Extraído de <https://psiquiatria.com/article.php?ar=esclerosis-multiple&wurl=el-70-de-los-nuevos-casos-diagnosticados-de-esclerosis-multiple-corresponden-a-personas-de-entre-20-y-40-anos>
- Renom, M., Nota, A., Martinell, M., Gustavson, E., Warinowski, E., y Terré, R. (2007). *La comunicación en la esclerosis múltiple*. Fundación esclerosis múltiple
- Romski, M., Sevcik, R. A., Barton-Hulsey, A., y Whitmore, A. S. (2015). Early intervention and AAC: what a difference 30 years makes. *Augment. Altern. Commun.*, 31, 181–202. doi: 10.3109/07434618.2015.1064163
- Romski, M., Sevcik, R. A., Barton-Hulsey, A., y Whitmore, A. S. (2015). Early intervention and AAC: what a difference 30 years makes. *Augment. Altern. Commun.*, 31, 181–202.
- Sliwa, J.A. y Cohen, B.A. (1998). Esclerosis múltiple. En J.A. DeLisa y BMGans (Eds.), *Medicina de rehabilitación: principios y prácticas* (3ªEd) (pp.1241-1257). Philadelphia, PA: Lippincott-Raven
- Wallace, S. E., Dietz, A., Hux, K., y Weissling, K. (2012). Augmented input: The effect of visuographic supports on the auditory comprehension of people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 26(2), 162-176.
- Wu, Y. C., y Voda, J. A. (1985). User-friendly communication board for nonverbal, severely physically disabled individuals. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66(12), 827-828.
- Yorkston, K.M., y Baylor, C. (2012). Comunicación. En M. Finlayson (Ed.), *Rehabilitación de la esclerosis múltiple: de la discapacidad a la participación* (pp. 277 - 288). Boca Ratón, FL: Prensa CRC.

ANEXO 1. ENTREVISTA A LA MADRE

Datos personales

Nombre del usuario:

Fecha de nacimiento:

Nombre del tutor/a:

- Edad:
- Estudios:
- Profesión:
- Nivel socioeconómico

Miembros que conviven en el domicilio:

- Parentesco familiar:

Historia evolutiva:

- ¿Cómo fue el embarazo? ¿transcurrió con normalidad?, ¿y el parto?
- Después del parto ¿Estuvo (Alba) hospitalizada?
- ¿A qué edad comenzó a andar?
- ¿Cómo era su comunicación? y cuando comenzó a comunicarse

Datos médicos

- Padece alguna enfermedad
- Presenta antecedentes familiares
- ¿Ha sido hospitalizada en alguna ocasión? En el caso afirmativo ¿ motivo de la/s hospitalización/es?
- ¿Qué tipo? ¿qué tipo de esclerosis múltiple tiene?
- ¿Cómo ha sido la evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta la actualidad? ¿Ha empeorado, mejorado o se ha mantenido constante?
- ¿ A qué edad aparece la enfermedad?
- ¿Qué tipos de prueba le hicieron para su diagnóstico?
- ¿Qué dificultades a nivel motriz, sensorial...están asociadas a la enfermedad?
- ¿Ha recibido atención profesional desde su niñez?

Autonomía personal:

- Control de esfínteres
 - o ¿Controla los esfínteres, anal y uretral? ¿ Cuándo consiguió controlarlos?
- Aseo personal: ¿En cuáles de las siguientes rutinas diarias es autónoma o colabora?

- Hacer sus necesidades:
- Cepillarse los dientes:
- Cambio de ropa:
 - ¿Utiliza pañal/compresa?
 - Ducharse/bañarse
- Alimentación (solo o con ayuda)
 - ¿Qué come?
 - ¿Con qué cubiertos suele comer?, ¿tiene cubiertos adaptados?
 - ¿Presenta dificultades a la hora de tragar? En caso afirmativo, ¿Cuáles?
- Sueño
 - ¿Duerme sola?
 - ¿Tiene problemas para dormir o durante el sueño?

Comunicación

- ¿Cómo se comunica?
- ¿Emite algún sonido para comunicarse? si es así, ¿Qué sonido realiza? ¿Con qué cosas o momento lo suele emitir?
- ¿Utiliza gestos o algún tipo de lengua de signos?
- ¿La suelen entender cuando se comunica?
- ¿Tiene intención comunicativa? Es decir, te habla si quiere o necesita algo
- ¿Señala los objetos que desea?
- ¿Cómo responde usted antes las peticiones que ella hace?
- Usted utiliza gestos o signos o imágenes para apoyar su comunicación?
- ¿Hace un uso adecuado de la escucha activa? (Es decir, saber cómo estar en silencio, sin interrumpir, mostrando una actitud de interés y respeto).

Tiempo libre

- ¿Qué suele hacer en su tiempo libre?
- ¿Con quién suele pasar mayor tiempo?
- ¿Realiza alguna actividad deportiva?

- ¿Hay algún actividad en concreto que le llame mucho la atención, algún tema, juego, o labor?

Personalidad

- ¿Cómo cree que es la personalidad de su hija?
- ¿Qué situaciones provocan enfado o frustración? ¿Qué cosas no le suelen gustar?
- ¿Se suele enfadar con facilidad? ¿Qué cosas le provocan esos enfados?
- ¿Qué situaciones le producen frustración o ansiedad?

Socialización

- Cómo interactúa con sus allegados ¿y ellos hacia ella? Intentan comunicarse con ella? ¿Como lo hacen?
- ¿Cómo reacciona ante desconocidos?
- Cómo se adapta a nueva situaciones

Tratamiento

- ¿Está recibiendo tratamiento farmacológico? si es así, ¿qué medicamento utiliza?
- ¿Recibe algún otro tipo de tratamiento no farmacológico? (logopédico, fisioterapéutico...)

Intervención

- ¿Cree que necesita de rehabilitación logopédica?
- ¿Está dispuesto a participar de forma activa en la intervención?

Objetivos

- ¿Qué te gustaría, dentro de sus posibilidades, que llegara a conseguir su hija?
- ¿Qué necesidades consideras que son más importantes?

Resultados

- Cree que la ayuda que le vamos a proporcionar la favorecerá

- ¿Qué expectativas tiene con el programa?
- ¿Cree que va a ser útil? ¿En qué?

ANEXO 2. ENCUESTAS A LOS PROFESIONALES

Formulario:

En la siguiente encuesta se realizan una serie de preguntas relacionadas con la comunicación y vida diaria de nuestra usuaria. El objetivo es recopilar todos los datos necesarios para realizar una intervención personalizada y adaptada a la persona. Una vez terminada la intervención, se le volverá a pasar dicho cuestionario para comprobar si la intervención ha sido efectiva o no, y qué cambios se observan.

1. ¿Mantiene el contacto visual cuando se comunican con ella?
 - Nada
 - Poco
 - Algo
 - Bastante mucho
 - Otra _____
2. Si necesita algo, ¿señala el objeto?
 - Nada
 - Poco
 - Algo
 - Bastante mucho
 - Otra _____
3. Si necesita algo, ¿tiene la iniciativa de cogerlo sola?
 - Nada
 - Poco
 - Algo
 - Bastante mucho
 - Otra _____
4. ¿La persona muestra satisfacción cuando consigue el objeto?
 - Nada
 - Poco
 - Algo
 - Bastante mucho
 - Otra _____
5. Si no consigue el objeto, cambia la señal en otro intento
 - Nada
 - Poco

- Algo
- Bastante mucho
- Otra_____

6. Si no consigue el objeto, cambia la señal en otro intento

- Nada
- Poco
- Algo
- Bastante mucho
- Otra_____

7. ¿Utiliza imágenes/pictogramas para comunicarse?

- Nada
- Poco
- Algo
- Bastante mucho
- Otra_____

8. ¿Utiliza lengua de signos?

- Nada
- Poco
- Algo
- Bastante mucho
- Otra_____

9. ¿La usuaria tiene o imita gestos?, ¿cuáles?

ANEXO 3. ENTREVISTA LOGOPEDA EXTERNA

Se ha utilizado un formato de entrevista no estructurada en el que se le han hecho preguntas abiertas en torno a su modelo de trabajo con esta paciente, el tipo de SAAC que utiliza en sus consultas, cómo es la comunicación con ella, específicamente por la intención comunicativa, utilización de lenguaje no verbal, vocalizaciones o gestos.

Se llegó al acuerdo de trabajar ambas con la misma aplicación de comunicación, en este caso el PictoDroid, ya que considerábamos que era la que más se adaptaba a las necesidades de la paciente y con la que es más sencilla de establecerle.

ANEXO 4. PROTOCOLOS DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DE ACTOS DE COMUNICACIÓN A LA PACIENTE



Centro de Atención Terapéutica PROBOSCO
C.I.F. G-38.226.372
C/ Tomás Zentú nº17 - 38300 La Orotava
Tfno./Fax: 922-32-67-03
e-mail: PROBOSCO@telefonica.net

OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DE ACTOS DE COMUNICACIÓN

FORMAS DE LA PERSONA

	<u>OBSERVACIONES</u>
1º. EXPRESIÓN FACIAL: La persona sonríe, frunce el ceño, muestra sorpresa, se muestra temeroso	
2º. GESTUAL: La persona mueve la cabeza, las manos, los brazos, los pies, las piernas, todo el cuerpo.	
3º. CONTACTO VISUAL: La persona mira a su compañero de comunicación	
4º. SEÑALAR: La persona toca el objeto de su interés (señala tocando) o usa el señalar sin contacto (señala a distancia)	
5º. SEÑALAR CON LA VISTA: La persona usa los ojos para mirar a un objeto de interés.	
6º. ACERCAMIENTO: La persona se acerca a un objeto de interés	
7º. MOVIMIENTO DEL CUERPO DE OTRA PERSONA: La persona mueve la cabeza, manos, brazos, piernas o todo el cuerpo de otra persona.	
8º. USO DE UN OBJETO: La persona se acerca, toca, coge / muestra, señala o usa un objeto.	
9º. VOCALIZACIÓN: LA PERSONA VOCALIZA: A) Intranscribible (chisnea, hace ruido desagradable, chillá, ríe, gime, llora, gruñe, da alaridos, trina). B) Consonante (expresiones vocálicas mono o multisilábicas sin consonante). C) Consonante (expresiones mono o multisilábicas con consonante y/o pre y postvocalíca).	
10º. GESTUAL/VOCAL: La persona combina lo gestual y lo vocal al mismo tiempo.	

11º. PROBLEMA DE CONDUCTA: La persona se provoca autolesiones, agresión a otros, destrucción de materiales.	
12º. FORMA (S) SIMBÓLICA (S): La persona hace signos, usa un signo gráfico (por ejemplo una ilustración, un dibujo, una palabra escrita) o usa palabras en el lenguaje oral.	

FUNCIONES DE LA PERSONA

OBSERVACIONES

1º. REGULACIÓN DE CONDUCTA: Actos usados para regular la conducta de otra persona para obtener un fin ambiental: <ul style="list-style-type: none"> - Petición de objeto/acción - Petición a persona - Protesta de objeto/acción - Protesta hacia persona 	
2º. INTERACCIÓN SOCIAL: Actos usados para mantener o atraer la atención de alguien hacia uno mismo: <ul style="list-style-type: none"> - Petición de rutina social - Petición de consuelo - Llamada - Saludos - Presumir - Petición de permiso - Reconocimiento 	
3º. ATENCIÓN CONJUNTA: Actos usados para dirigir la atención de otra persona hacia un objeto, un acontecimiento, o el tema de un acto comunicativo: <ul style="list-style-type: none"> - Comentario sobre un objeto/acción - Petición de información - Aclaración - Reparación de la comunicación 	

AYUDA A LA PERSONA

OBSERVACIONES

SÍ: El compañero de comunicación proporciona el andamiaje necesario, tal como la atención conjunta y una pausa, una ayuda verbal (dando instrucciones precisas), una ayuda gestual (señalando), un modelo de ayuda (demostrando un signo), o una ayuda física (ayuda al alumno a realizar la respuesta deseada).	
NO: El compañero de comunicación no proporciona ningún tipo de andamiaje.	

ACTOS COMUNICATIVOS

OBSERVACIONES

1º. La persona hace un gesto, una vocalización, una verbalización, o una señal combinada.	
2º. La persona dirige una señal a un compañero que mantiene atención coordinada, o una señal es seguida de atención coordinada hacia el compañero.	
3º. La persona espera una respuesta del compañero y la señal de la persona sirve de función de comunicación que implica o bien la regulación de conducta, interacción social, o atención conjunta.	

FUNCION DE DISCURSO

OBSERVACIONES

1º. Iniciada: La persona inicia un tema o se comunica espontáneamente sin que el compañero hable antes del acto comunicativo del alumno.	
2º. RESPONDIENTE: La persona mantiene el tema respondiendo a una declaración previa.	
3º. CORRECCIÓN: La persona intenta corregir un fallo de comunicación durante una interacción cuando el colaborador no le entiende, no le presta atención, no satisface sus pedidos, etc...	

PRUEBAS DE INTENCIONALIDAD

OBSERVACIONES

1º. La persona alterna la mirada entre su objetivo (algo que ella o él quiere) y otra persona que está escuchando.	
2º. La persona persiste en señalar a una persona hasta que se alcanza su objetivo o queda clara su imposibilidad.	
3º. La persona modifica la calidad de la señal (más volumen, más movimiento, con más fuerza) hasta que se consigue el objetivo.	
4º. La persona convierte su señal en más convencional (acercándose más que otros para conseguirlo, cambiando de mirar a señalar).	
5º. La persona espera una respuesta de un compañero cuando éste parece que quiere algo y hace una señal.	
6º. La persona deja de hacer una señal cuando se consigue el objetivo.	
7º. La persona muestra satisfacción cuando se consigue el objetivo.	
8º. La persona muestra insatisfacción cuando no se consigue el objetivo.	

EVIDENCIA DE LA INTENCIONALIDAD DE LA PERSONA

OBSERVACIONES

A. La persona alterna su mirada entre un objetivo (algo que él/ella quiere) y usted u otro que está escuchando.	
B. La persona insiste en señalarle hasta que consiga su objetivo o que el fracaso sea claro.	
C. La persona cambia la calidad de la señal (más alto, un movimiento mayor, más fuerza) hasta que alcance su objetivo.	
D. La persona mejora la calidad de la señal, hace su señal más convencional (más cerca de lo que otros hacen para hacerse entender, como pasar de mirar a la señal a señalarla con el dedo).	
E. La persona espera una respuesta del interlocutor cuando parece querer algo y da una señal.	
F. La persona deja de emitir su señal cuando consigue su objetivo.	
G. La persona muestra satisfacción cuando consigue su objetivo.	
H. La persona muestra insatisfacción cuando no consigue su objetivo.	

ESTRATEGIAS DE CORRECCIÓN DE LA PERSONA

OBSERVACIONES

A. Perseverante en corregir malentendidos cuando usted/otros no entienden lo que está intentado expresar.	
B. Reacciona rápidamente a sus malentendidos/los de otros e inicia un esfuerzo de corrección.	
C. Cuando no tiene éxito en el primer intento, lo intenta de nuevo.	
D. Lo intenta de nuevo repitiendo la misma señal.	
E. Lo intenta de nuevo usando otra señal, en el mismo intento.	
F. Lo intenta de nuevo usando otra señal, en diferente intento.	

ESTRATEGIAS DE CORRECCIÓN DEL INTERLOCUTOR

OBSERVACIONES

A. Repite el mensaje de una forma simplificada (menos palabras, más simples, añade gestos).	
B. Repite el mensaje sin cambios.	
C. Aumenta el volumen / la intensidad / el énfasis.	
D. Cambia el comentario / las tareas.	
E. Usa una estrategia nueva:	
F. Renuncia y cambia de tema / actividad.	
G. Renuncia e ignora a _____ o se aleja.	

BARRERAS DEL COLABORADOR PARA LA COMUNICACIÓN

	OBSERVACIONES
DISTANCIA: El colaborador está o permanece alejado de la persona	
FRACASO EN EL CONTACTO VISUAL: El colaborador no mira a la persona.	
FRACASO PARA CONFIRMAR O DAR RETROALIMENTACIÓN EN EL INTENTO: El colaborador no comenta el intento de la persona.	
FRACASO PARA ESTABLECER LA ATENCIÓN CONJUNTA: El colaborador no percibe el foco de atención de la persona.	
FRACASO PARA CONFIRMAR O DAR RETROALIMENTACIÓN EN EL INTENTO: El colaborador no comenta el intento de la persona.	
FRACASO PARA PERCIBIR LA SOLICITUD: El colaborador no observa o reacciona a la solicitud de la persona.	
FRACASO EN LA ESPERA: El colaborador no deja tiempo o deja un tiempo insuficiente para que la persona dé / complete la señal.	

FORMAS DE COMUNICACIÓN NO VERBAL

LA EVALUACIÓN DINÁMICA DE LA COMUNICACIÓN NO SIMBÓLICA

ENTREVISTA SOBRE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DE LA PERSONA

FORMAS DE COMUNICACIÓN

¿Cómo son las conductas/señales de _____?

Nombre: _____ Entrevistado: _____ Fecha: _____

MOVIMIENTO DE OJOS

	Cierra los ojos.	
	Desvía la mirada.	
	Contacto de ojos con la persona que se está comunicando.	
	Mirada fija que pasa de la persona al objeto/lugar deseado.	

EXPRESIONES FACIALES

	Sonrisa	
	Ceño fruncido.	
	Mueca de disgusto.	
	Sorpresa.	
	Enfado	
	Otro.	

MOVIMIENTO DE LAS EXTREMIDADES

Aumenta los movimientos corporales generalizados.		
Ralentiza el movimiento corporal		
Cambia el tono muscular		
Cambios en la postura / estado de alerta.		
Cambia la orientación Respecto al interlocutor	Se aleja	
	Se tambalea (se contonea)	
	Se apoya en el interlocutor	
	Se aproxima	
	Alterna proximidad	
	Se mueve nerviosamente	
	Corre de un lado a otro	

TACTO

Toca al interlocutor.	
Tira del interlocutor.	
Manosea energicamente al interlocutor.	
Manifiesta emoción al interlocutor (acaricia a otro, lo abraza, lo empuja con fuerza).	
Señala / toca un objeto/ persona (gesto de contacto).	
Señala (gesto en la distancia, sin tocar).	

MOVIMIENTOS CON OBJETOS

Toca/ manipula objetos	
Se sirve de objetos / utilizar objetos	
Para la actividad / el movimiento de objetos	
Manifiesta emoción hacia los objetos (acaricia otro, lo abraza, lo empuja con fuerza).	

CONDUCTA

Representa acciones deseadas (saltar, bote de un balón).	
Representa rutinas no relacionadas con la función.	
Canta canciones / melodías relacionadas.	
Hace bailes / movimientos relacionados.	

Agresivo con los otros: _____	
Conducta de auto-lesión: _____	
Destroza los materiales: _____	
Otro: _____	

Retraimiento frente a otros	
Usa vocalizaciones (no palabras).	
Usa aproximaciones de palabras o palabras simples.	
Usa frases.	

Muestra/ usa la Asociación de Objetos:	Asociación real de objetos	
	Miniatura del objeto relacionado	



FORMAS DE COMUNICACIÓN NO VERBAL

		Parte de un objeto real para representar un objeto / una actividad.	
Muestra / usa símbolos De imagen:		Foto	
		Dibujo	
		Dibujo al trazo (símbolos de comunicación de imagen).	
	Muestra símbolos que no son letras (bliss, imágenes Rhexus).		
	Muestra letras, palabras, escribe palabras.		
	Realiza gestos convencionales		
	Realiza signos manuales.		



Centro de Atención Terapéutica PROBOSCO
 C.I.F. G-38.220.372
 C/ Torre de Zentío nº13 - 38300 La Orotava
 Tfn./Fax: 922-32-07-08
 e-mail: PROBOSCO@telefonica.net

INTERESES DE LA PERSONA

Basado en la encuesta de Actos/Señales y Funciones/significados. (Shane 1986)

1.- EN RELACIÓN A LAS PERSONAS

¿ Quiénes son importantes para la persona?	¿Cómo muestra el reconocimiento específico de cada una?	¿Cómo llama a esa persona?	Observaciones

2.- EN RELACIÓN A LOS OBJETOS.

¿Qué objetos son importantes para la persona?	Cómo muestra el reconocimiento específico de cada objeto?	¿ Cómo pide cada objeto?	Observaciones

3.- EN RELACIÓN A ACTIVIDADES

¿Qué actividades son importantes para la persona?	Cómo muestra el reconocimiento específico de cada actividad ?	¿Cómo pide cada actividad ?	Observaciones

4.- ¿Tiene una manera de decir SÍ? _____
¿Cómo? _____

5.- ¿Tiene una manera de decir NO? _____
¿Cómo? _____

ANEXO 5. SESIONES

Sesión 1: Discriminación visual	
Temporalización	45 minutos
Contexto	Despacho
Participantes	Logopeda y paciente
Objetivo específico	Comprender y discriminar pictogramas
Objetivo operativo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar y diferenciar de 10 – 15 pictogramas ○ Identificar y relacionar el objeto con su silueta
<p>Actividad 1.1: ¿Qué es qué? Duración: 15 minutos</p>	<p>Para esta actividad se necesitan 16 pictogramas de objetos de dos categorías diferentes (Ropa: camisa, pantalón, falda, vestido, guantes, calcetines, gorro y zapatos; Muebles: lámpara, armario, mesa, cama, nevera, sofá, televisión y retrete), todos impresos, recortados y plastificados.</p> <p>En primer lugar, el objetivo es que la paciente vaya reconociendo cada una de las imágenes una por una. En primer lugar, se presenta la imagen de la mesa y se le dice: “mira esto es una mesa, se utiliza para hacer cosas encima de ella, tiene cuatro patas, es de color marrón...” (una pequeña descripción del objeto presente). Y se le vuelve a preguntar “¿Dónde está la mesa?” con el objetivo de que mire o señale su imagen.</p> <p>Una vez conseguido, se añade el pictograma de cama y se vuelve a hacer una descripción. A continuación, se le vuelve a preguntar “¿Dónde está la cama?”, “dame la imagen de la cama”. Una vez descritos estos dos objetos, se añade el pictograma de baño, y se comienza de nuevo el ritual: descripción del objeto y preguntas sobre el mismo. Así consecutivamente hasta añadir los 16 objetos, en el siguiente orden: mesa, cama, retrete, nevera, lámpara, televisión, sofá y armario; y la siguiente categoría: guantes, falda, camisa, vestido, pantalón, calcetines, gorro y zapatos.</p>
<p>Actividad 1.2: Diferenciamos objetos Duración: 15 minutos</p>	<p>Esta actividad se lleva a cabo con los mismos pictogramas que se han utilizado en la anterior (actividad 1.1). En este caso se realizan preguntas con el fin de diferenciar los objetos, para ello se presentan primero las imágenes del vestido y la mesa, y se le pregunta “¿Cuál es el vestido?”, “¿me podrías dar la mesa?”.</p> <p>Una vez que es capaz de diferenciar estas dos imágenes se añade el pictograma de gorro, y se vuelve a preguntar: “¿me puedes dar el gorro?, ¿Cuál de estas tres es la mesa?, ¿Dónde está el vestido? A continuación, se vuelve a añadir otro pictograma, el de nevera, y se realizan las preguntas para que diferencie todos los objetos. Así consecutivamente hasta añadir los 16 pictogramas y los vaya diferenciando.</p> <p>Se hará en el siguiente orden, intercalando los objetos de las dos categorías: mesa, vestido, gorro, cama, guantes, retrete, camisa, nevera, pantalón, lámpara, calcetines, televisión, zapatos, sofá, falda y armario.</p>

<p>Actividad 1.3: Reconocemos siluetas Duración: 15 minutos</p>	<p>Para esta actividad utilizaremos los mismos pictogramas de la actividad anterior, impresos a color, plastificados y recortados, para que puedan ser manipulados. Por otro lado, se necesitan, en un folio para cada categoría, las siluetas de estas mismas imágenes, con el mismo tamaño, pero coloreadas solo con negro, es decir, la sombra de cada objeto.</p> <p>Antes de empezar la actividad se realiza una simulación de ejemplo con la paciente.</p> <p>En primer lugar, se coge el pictograma de guantes y se le dice “esto son unos guantes, nos protegen del frío, vamos a buscar su sombra”, se pone el pictograma encima de su silueta correspondiente, y se dice “¿ves cómo coinciden los guantes con su sombra?, son iguales.</p> <p>A continuación, se pasa al pictograma camisa y se le dice “Ahora vamos a mirar la camisa. La camisa tiene dos mangas y cuello, es de color verde”, se le da la imagen para que pueda manipularla y tocarla, y se le pide que lo coloque sobre su sombra. Se repite el proceso con todos los pictogramas hasta completar los seis.</p> <p>Así consecutivamente con cada categoría, primero la categoría de ropa, una vez completada, se realiza la misma acción con la categoría de muebles.</p>
<p>Actividad 1.4 Compromiso para casa</p>	<p>Para que la paciente memorice los pictogramas utilizados en la actividad anterior, y ya que son pictogramas que normalmente podemos encontrar en casa, se realizará lo siguiente:</p> <p>En primer lugar, a los pictogramas ya utilizados se le pondrá en la parte posterior un velcro. Con ello se quiere conseguir que una vez llegue a casa junto con su familia etiqueten los diferentes elementos, es decir, pegamos el pictograma de mesa en la mesa, el de cama en la cama y así sucesivamente con todos los elementos. Mientras se vayan pegando los pictogramas se le ira diciendo, “mira este es el pictograma de armario y lo vamos a pegar en nuestro armario” o en cambio se le preguntará ¿Cuál es este pictograma (cama)?, ¿Dónde está en casa?” y se pegará en su respectivo objeto”</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Dónde hacemos pis? (pictograma retrete) - Ahora vamos a buscar la nevera - ¿Y la lámpara? - Mira aquí está la televisión y ¿Dónde nos sentamos a ver la televisión? - ¿Dónde guardamos la ropa? <p>Y así sucesivamente.</p>
<p>Material/ Instrumentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pictogramas: mesa, cama, retrete, nevera, lampara, televisión, sofá y armario; y la siguiente categoría: guantes, falda, camisa, vestido, pantalón, calcetines, gorro y zapatos. ○ Cada uno de ellos impreso, recortados y plastificados. ○ Sombras de pictogramas: mesa, cama, baño, nevera, lampara, televisión, sofá y armario; y la siguiente categoría: guantes, falda, camisa, vestido, pantalón, calcetines, gorro y zapatos. ○ Velcro

Sesión 2: Conducta de señalar	
Temporalización	30 minutos
Contexto	Despacho
Participantes	Logopeda y paciente
Objetivo específico	Aumentar la intención comunicativa y adquirir el hábito de señalar
Objetivo operativo	Señalar los objetos reales para el taller, en este caso lienzo, pintura, pinceles y paleta
<p>Actividad 2.1 Indica los objetos</p> <p>Duración: 30 min.</p>	<p>En esta actividad, como son objetos que la paciente se le utilizar recurrentemente en el centro de día no es necesario hacer una anticipación ni discriminación de cada objeto, por lo que pasaremos directamente a entrenar la conducta de señalar.</p> <p>A través de este taller se pretende entrenar la conducta de señalar, lo cual le servirá a la paciente, más adelante, para señalar los pictogramas en su SAAC.</p> <p>Se le explica a la paciente que vamos a pintar. Delante de ella, pero no a su alcance, pondremos los materiales necesarios para el taller (lienzo, pintura, pinceles y paleta) y diferentes objetos que no tengan relación con la actividad (batidora, pelota y tenedor). Con ello, modelamos el signo de señalar, puño cerrado y dedo índice extendido. Para comenzar, le decimos “necesitamos algo para pintar, podríamos coger el lienzo” y le guiaremos a señalar, por ejemplo, el lienzo.</p> <p>A continuación, se le hará una pregunta “¿qué necesitamos para pintar?, la pintura, ¿dónde está la pintura?” y la volvemos a modelar para que señale la pintura.</p> <p>Seguidamente, se le dice a la paciente que pinte, y se le insiste en ello; con ello se intenta generar intención comunicativa para que nos señale los pinceles. Le preguntamos, entre los objetos que quedan, “¿cuál es la paleta?, se utiliza para poner la pintura en ella”. Le daremos a elegir entre los diferentes colores de pinturas, para así generar autonomía y fomentar la elección propia de objetos, pero se seguirán poniendo fuera de su alcance para que los señale y los pida. Una vez nos pida el color, se le pondrá en la paleta una cantidad mínima de pintura, por lo para seguir pintando con dicho color lo vuelva a pedir.</p>
<p>Actividad 2.2 Compromiso para casa</p>	<p>Para reforzar el aprendizaje de la conducta de señalar se le enviará a su familia una foto en la que aparezcan todos los elementos que hemos utilizado en la actividad, es decir, que aparezca el lienzo, las diferentes pinturas, pinceles, y paleta. Y junto a ella, una serie de preguntas para que la paciente señale en la misma foto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Qué has hecho hoy? ○ ¡Has pintado un cuadro! ¿qué has utilizado para pintar? ○ Has puesto muchos colores ¿dónde está el color verde?, ¿el rojo? y, ¿el azul? ○ Y para coger los colores, has usado una paleta ¿no?, ¿dónde está? que no la veo

Material/ Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pincel ○ Pintura, de varios colores ○ Lienzo ○ Paleta ○ Batidora ○ Pelota ○ Tenedor
-----------------------------------	---

Sesión 3: Trabajamos la atención	
Temporalización	30 minutos
Contexto	Despacho
Participantes	Logopeda y paciente
Objetivo Específico	Mejorar la atención selectiva y sostenida durante la realización de la tarea
Objetivo Operativo	Mantener la atención durante la categorización de al menos seis pictogramas de la actividad
Actividad 3.1: Conocemos nuevos pictogramas Duración: 10 min	<p>Antes de comenzar con la actividad relacionada con la atención, se le enseñará a la paciente los pictogramas que se utilizarán. Por un lado, la categoría de cosméticos: perfume, pintauñas, pintalabios y polvos; Y por otro lado, la categoría de comida: yogurt, sándwich, zumo y plátano. También necesitaremos anticiparle los pictogramas de la actividad 3.3 que son: kiwi, trébol, lechuga, tortuga, una rosa, un flamenco, unos zapatos, pintalabios, cerdo, una flor, y un pintauñas, hierba, rana y una pera.</p> <p>Se trata de ir escogiendo un pictograma, hacer una breve descripción y preguntas para discriminar entre ellos, sería ideal ir intercalando elementos de las dos categorías.</p> <p>Se comienza diciendo “¡mira esto es un pintauñas!, con él nos pintamos las uñas, ¿tú te pintas las uñas?”, y pasamos a otro elemento. “Esto es un plátano, ¿te acuerdas qué el otro día hicimos un batido de plátano?”; como ya se han introducido dos elementos ahora se le preguntará para que discrimine entre ellos, por ejemplo, “¿podrías darme el pictograma de plátano? Por favor”. Se añade otro pictograma, por ejemplo, “perfume”, se hace una descripción de la imagen, y se vuelve a preguntar para que diferencie entre los tres. Seguimos este ritual hasta tener todos los pictogramas delante, en el siguiente orden: pintauñas, plátano, perfume, sándwich, polvos, zumo, kiwi, trébol, lechuga, tortuga, una rosa, un flamenco, unos zapatos, pintalabios, cerdo, una flor, y un pintauñas, hierba, rana y pera.</p>

<p>Actividad 3.2 ¡Atención! Duración: 10 min.</p>	<p>Mediante una tarea de estimulación cognitiva se pretende aumentar y mejorar la atención. La actividad consiste en que la paciente mantenga la atención a la hora de categorizar elemento. Por un lado, la categoría de cosmética (perfume, pintauñas, pintalabios y polvos) y comida (yogurt, sándwich, zumo y plátano).</p> <p>Para ello, se cuenta con dos folios, en uno la categoría de cosméticos representado con su pictograma, y en otro la categoría de comida, también señalado con su propio pictograma. Progresivamente se proporcionan a la paciente diferentes pictogramas y se pide que los ubique en su categoría correspondiente. Por ejemplo, se le da el pictograma de “perfume”, y se le pregunta si el perfume es un cosmético o una comida, y que lo ponga en su respectivo folio.</p> <p>A continuación, se hará con una comida, por ejemplo, “el sándwich nos lo comemos en el desayuno, entonces ¿Qué es?”. Se utiliza la misma táctica con el resto de los pictogramas, en el siguiente orden: perfume, sándwich, plátano, pintauñas, yogur, pintalabios, polvos, y zumo.</p>
<p>Actividad 3.3 Categorizamos objetos Duración 10 min.</p>	<p>La tercera actividad de esta sesión consiste en diferenciar por colores. Como en la actividad anterior, se necesitan dos folios en los que estén marcado los colores que vamos a diferenciar mediante pictogramas, empezando por dos colores muy distintos, por ejemplo, verde y rosa. A continuación, se utilizan objetos cuyo color principal sean verde y rosa, por ejemplo, para el rosa se usa la imagen de un cerdo, una flor, y un pintauñas; y para el verde: hierba, rana y una pera.</p> <p>En primer lugar, se le presentan los folios y se muestran los colores, después se introduce imagen por imagen todos los objetos y se le pregunta por su color y en qué folio va en el siguiente orden: cerdo, hierba, flor, rana, pera y pintauñas.</p>
<p>Actividad 3.4 Compromiso para casa</p>	<p>Ya que se aprende por medio de repetición, se le mandará, para casa, la siguiente tarea: reutilizamos los folios con las categorías de los colores (verde y rosa) pero le cambiaremos los pictogramas, por ejemplo, ahora se utilizará los pictogramas de kiwi, trébol, lechuga y tortuga, para el verde; y una rosa, un flamenco, unos zapatos y un pintalabios, para el rosa.</p> <p>Se le explicará al familiar como se lleva a cabo la actividad, que será igual que la actividad 3.2. Tendrá que categorizar estos objetos nuevos en los colores dados.</p> <p>En la siguiente sesión de compromiso para casa, se le preguntará a la familia como ha ido la ejecución de esta actividad y los problemas con lo que se ha podido encontrar.</p>
<p>Material/ Instrumentos</p>	<p>Pictogramas impresos a color, plastificados y recortados de los siguientes pictogramas: kiwi, trébol, lechuga, tortuga, una rosa, un flamenco, unos zapatos, pintalabios, cerdo, una flor, y un pintauñas, hierba, rana y una pera.</p>

Sesión 4: lenguaje natural asistido	
Temporalización	1 día (una jornada en el centro de día)
Contexto	Centro
Participantes	Logopeda y paciente
Objetivo Específico	Utilizar y adaptar el sistema alternativo de comunicación
Objetivo Operativo	Emplear el lenguaje natural asistido
Actividad 4.1 Conocemos PictoDroid Duración: 10 min.	<p>Antes de comenzar con la siguiente actividad se le explica a la paciente el funcionamiento del SAAC, que, previamente, se habrá personalizado para esta actividad. Por lo que le insertaremos los pictogramas relacionados con las comidas y el aseo, los cuales estarán especificados en cada actividad</p> <p>Se le enseña que clicando sobre cada pictograma se irá escuchando su nombre y podemos crear frases con las que se puede comunicar con su entorno.</p>
Actividad 4.2 Desayunamos Duración: 20 min.	<p>Antes de comenzar se le anticipa a la paciente que vamos a comer, para ello se le enseña el pictograma de “comer” y decimos “ahora vamos a desayunar, ¿qué te apetece desayunar hoy?”, se le enseña en el SAAC, dentro de la categoría de comer, las diferentes opciones de desayuno, por ejemplo, sándwich, galletas y yogurt. Esperamos a que clique uno de ellos, si no es así se le modela la acción.</p> <p>A continuación, se le pregunta “¿y qué te apetece beber en el desayuno?” y se le muestra la categoría “beber” con las diferentes opciones, por ejemplo, café con leche, infusión, y zumo.</p> <p>Una vez seleccionadas las dos opciones para el desayuno se le proporciona lo que ha elegido, para que comprenda que el estímulo de clicar en el SAAC tiene una respuesta, que en este caso será la entrega del desayuno.</p>
Actividad 4.3 Aseo Duración: 15 min.	<p>En esta rutina se necesita la categoría de aseo, en el que vamos a incluir los pictogramas de: cepillar dientes, cepillo y pasta de dientes, enjuague bucal, vaso, toalla, peine, retrete y compresa.</p> <p>En este caso iremos secuenciando cada una de las acciones que va a realizar. Comenzamos diciendo, “cogemos el cepillo, mira este es tu cepillo y ahora hay que ponerle pasta de diente. ¡Genial! Lo mojamos y vamos a cepillarnos los dientes. ¡Muy bien! Ahora hay que poner un poco de enjuague bucal en el vaso, tomamos un poco y nos enjuagamos. ¡Estupendo! Escupimos y nos secamos la boca con la toalla”.</p> <p>Con cada uno de los objetos que hemos nombrado anteriormente se los vamos a ir pulsando en su SAAC para que vaya asimilando y relacionándolos pictogramas con los objetos reales. Cabe estacar que posiblemente haya que ir repitiendo los pictogramas y hacer las peticiones poco a poco y esperar.</p> <p>A continuación, se hará lo mismo con el cepillado del pelo: “lo has</p>

	<p>hecho muy bien, ahora para peinarnos necesitamos coger el peine, ¡mira está aquí! Cógelo que nos vamos a peinar.</p> <p>Y por último le indicamos a la paciente que hay que ir al retrete y hacer el cambio de compresa.</p>
<p>Actividad 4.4 Almuerzo Duración: 20 min.</p>	<p>Esta actividad se llevará a cabo igual que la del desayuno (4.2) se le dará a escoger entre tres diferentes platos que la paciente suela ingerir habitualmente, y entre tres bebidas, que estarán sus pictogramas correspondientes incluidos en el SAAC. Hay que añadir también la categoría de utensilios, con los pictogramas de cuchara, tenedor, cuchillo y vaso</p> <p>Una vez la paciente tenga delante el almuerzo, no se le pondrán los cubiertos, y le vamos a insistir en que empiece a comer. Con esto se intenta generar intención comunicativa, para que la paciente nos exprese mediante el pictograma que le falta, por ejemplo, el tenedor.</p>
<p>Actividad 4.5 Compromiso para casa</p>	<p>Se le dará las indicaciones necesarias para que la familia lleve a cabo el ritual que se ha llevado a cabo durante ese día. Y se incluirán en el SAAC los pictogramas necesarios para que lleven a cabo la rutina del baño (ducha, champú, toalla, ropa) y la cena (comidas y bebidas que suela ingerir en la cena). Se le explicara que en el momento del aseo hay que ir apoyando nuestras palabras orales con los pictogramas, y le pictografamos cada acción que tenga que ir haciendo la paciente. En el momento de la cena, como en el desayuno y almuerzo, lse le dará a elegir entre varios paltos diferentes y esperamos su respuesta.</p>
<p>Material/ Instrumentos</p>	<p>Dispositivo electrónico con App de comunicación (PictoDroid) con los pictogramas insertados en él.</p>

Sesión 5 Sesión de belleza	
Temporalización	30 minutos
Contexto	Despacho
Participantes	Logopeda y paciente
Objetivo Específico	Adaptar el sistema específico a las necesidades de la usuaria
Objetivo Operativo	Utilizar los pictogramas relacionados con la sesión
Actividad 5.1 ¡Nos arreglamos! Duración: 30 minutos	<p>A través de esta actividad se trabajará el uso del sistema alternativo de comunicación mediante la realización de una sesión de belleza.</p> <p>En primer lugar, se coloca en el SAAC aquellos pictogramas que se utilizarán en la sesión (pintauñas, lima, peine, acondicionador y goma del pelo)</p> <p>Se le hace la siguiente pregunta a la paciente: “¿qué prefieres pintarte las uñas o nos peinamos?”, se le da la opción de elegir por lo que nos tendrá que responder clicando en la App aquel pictograma que corresponda con la acción que desee y llevamos a cabo dicha acción.</p> <p>A continuación, se sigue con los demás pictogramas, y se le dice “ahora vamos a pintarnos las uñas, “¿me podrías enseñar en tu móvil cual es el pintauñas?, ¡muy bien! Voy a pintarte las uñas”.</p> <p>Posteriormente, se sigue con el peine y se le dice “¿con qué nos peinamos el pelo? (se espera respuesta) ¡claro! El peine, vamos a ponernos un poquito”. Por último, “¿qué necesitamos para atarnos el pelo? (espera) la goma del pelo, ¡claro!”</p> <p>Al ser una sesión de estímulo respuesta, en el que consigue algo clicando se mantiene a la paciente motivada a seguir la sesión y con toda su atención puesta en ella.</p>
Actividad 5.2 Compromiso para casa	<p>Se le enviará una foto a la familia de cada una de las acciones que se han llevado a cabo en la actividad anterior, y le se le dará un pequeño listado de las preguntas que deben hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Qué has hecho hoy? ○ ¡Te has pintado las uñas! ○ ¿Qué más te has hecho? ○ Tienes una trenza hecha ¿con qué te la has atado? ○ ¿Has hecho algo más?
Material/ Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dispositivo electrónico con SAAC ○ Los objetos reales de: pintauñas, lima, peine y goma del pelo.

Sesión 6 Hoy Cocinamos	
Temporalización	40 minutos
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> ○ Despacho ○ Cocina ○ Comedor
Participantes	Logopeda y paciente
Objetivo Específico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar el sistema alternativo de comunicación ○ Emplear en contexto naturales el sistema alternativo de comunicación ○ Comprender y discriminar pictogramas
Objetivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Emplear el SAAC para realizar una comida. ○ Normalizar el uso del SAAC en la entidad. ○ Discriminar los pictogramas de la categoría alimentación y cocina
Actividad 6.1 Discriminación de alimentos y acciones Duración: 10 min	<p>Para la realización de la sesión se hará una introducción de los pictogramas que se utilizará a lo largo de ella. Para ello se realizará una actividad de discriminación visual entre los diferentes pictogramas, para saber si la paciente es capaz de reconocer, y utilizar.</p> <p>Se coloca en el SAAC las categorías necesarias para la sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría recetas: batido y sopa. • Categorías ingredientes: tomate y ajos. • Categoría utensilios de cocina: tabla de picar, cuchillo, gorro de cocina, delantal, bol. • Categoría acciones: trocear y pelar <p>Se le explica a la paciente las 4 categorías que está en el SAAC y los ingredientes de cada una de ellas. A continuación, se le empiezan a formular preguntas en relación con los pictogramas.</p> <p>Se comienza indicando en el SAAC la categoría de recetas, y se le dice “¿Qué receta prefieres hacer hoy?, podemos hacer un batido de frutas o sopa de tomate”, seguido de esto, se le señala en el SAAC el pictograma de las recetas indicándole cual es cada una. A continuación, se pasa a la siguiente categoría y se explican los ingredientes de la receta con los que vamos a trabajar: “¿cuál es el tomate? Y mira aquí hay un ajo, con ellos vamos a hacer una sopa”. Seguidamente le preguntamos “¿qué necesitamos para cortar el tomate? ¿muy bien! El cuchillo, y lo vamos a cortar encima de la tabla, que es esta de aquí (señala)”, también se le explicará cual es la vestimenta para cocinar y se le enseñará los pictogramas de gorro y delantal.</p> <p>Por último, para que haya un mejor aprendizaje de los pictogramas se le explicará paso a paso lo que haremos a continuación, señalando la logopeda los pictogramas, para anticiparle lo que va a ocurrir.</p>

<p>Actividad 6.2 Preparamos el taller Duración: 15 min</p>	<p>Para esta actividad se utilizará el SAAC con las categorías que previamente se han trabajado para el taller. Se comenzará yendo a la cocina y le preguntaremos “¿qué ingredientes nos hacen falta? Vamos a cogerlos, y los ponemos en el carrito. Una vez escogidos los ingredientes, lo haremos a la inversa, clicaremos, uno a uno, en el pictograma de los utensilios que se necesitan para que la paciente los vaya colocando en el carro (pictogramas de tabla de picar, cuchillo, gorro de cocina, delantal, bol).</p> <p>A continuación, se prepara el taller, por lo que se irá a la zona del comedor para colocar todo lo necesario en la mesa. En este caso será la logopeda quien vaya colocando los elementos en la mesa pero se le irá pidiendo a la paciente que nos identifique cada uno de los objetos que se vayan colocando. Por ejemplo, cogemos la tabla de picar y le preguntamos de qué objeto se trata para que señale en el SAAC su nombre, si lo hace correctamente le daremos feedback y se dirá “¡muy bien! La tabla de picar, aquí colocaremos los ingredientes y los trocearemos”. Se trata de ir dándole una breve explicación con cada uno de los objetos a utilizar.</p>
<p>Actividad 6.3 Taller Gastronómico Duración: 15 min</p>	<p>Esta actividad consiste en hacer una sopa de tomate, algo muy usual en Probosco. Para ello se utilizarán los alimentos elegidos en la actividad anterior, y se le irá explicando a la paciente a través de su SAAC los pasos para elaborarla.</p> <p>Ya se cuenta con todos los elementos colocados, por lo que se comenzará poniéndose la indumentaria de cocina, y preguntamos “¿Qué necesitamos para no mancharnos la ropa?”, una vez colocado, se comenta “y el gorro para el pelo”.</p> <p>En primer lugar se le enseñará el pictograma de “pelar” y se le dice “primero vamos a pelar el tomate y el ajo” y a la vez que se nombran los ingredientes señalamos su pictograma correspondiente. Seguido, se hará lo mismo con el pictograma de trocear, para llevar a cabo dicha acción.</p> <p>Por último, se le dirá que coloque los ingredientes troceados en el bol, se le enseña su pictograma, y llevamos el bol a la cocina para que la cocinera termine de realizar la receta.</p>
<p>Actividad 6.4 Compromiso para casa</p>	<p>Se llegará a un acuerdo con la paciente para cuando realice una receta en su casa, utilice el SAAC haciendo la secuencia de los pasos. Se le darán las indicaciones correspondientes a la madre de cómo debe utilizar el SAAC la paciente, y la preguntas que debe realizarle ella.</p>
<p>Material/ Instrumentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dispositivo electrónico con SAAC ○ Pictogramas: tomate, ajo, gorro, delantal, tabla de picar, cuchillo, bol, picar, trocear, sopa y batido. ○ Dispositivo electrónico con SAAC

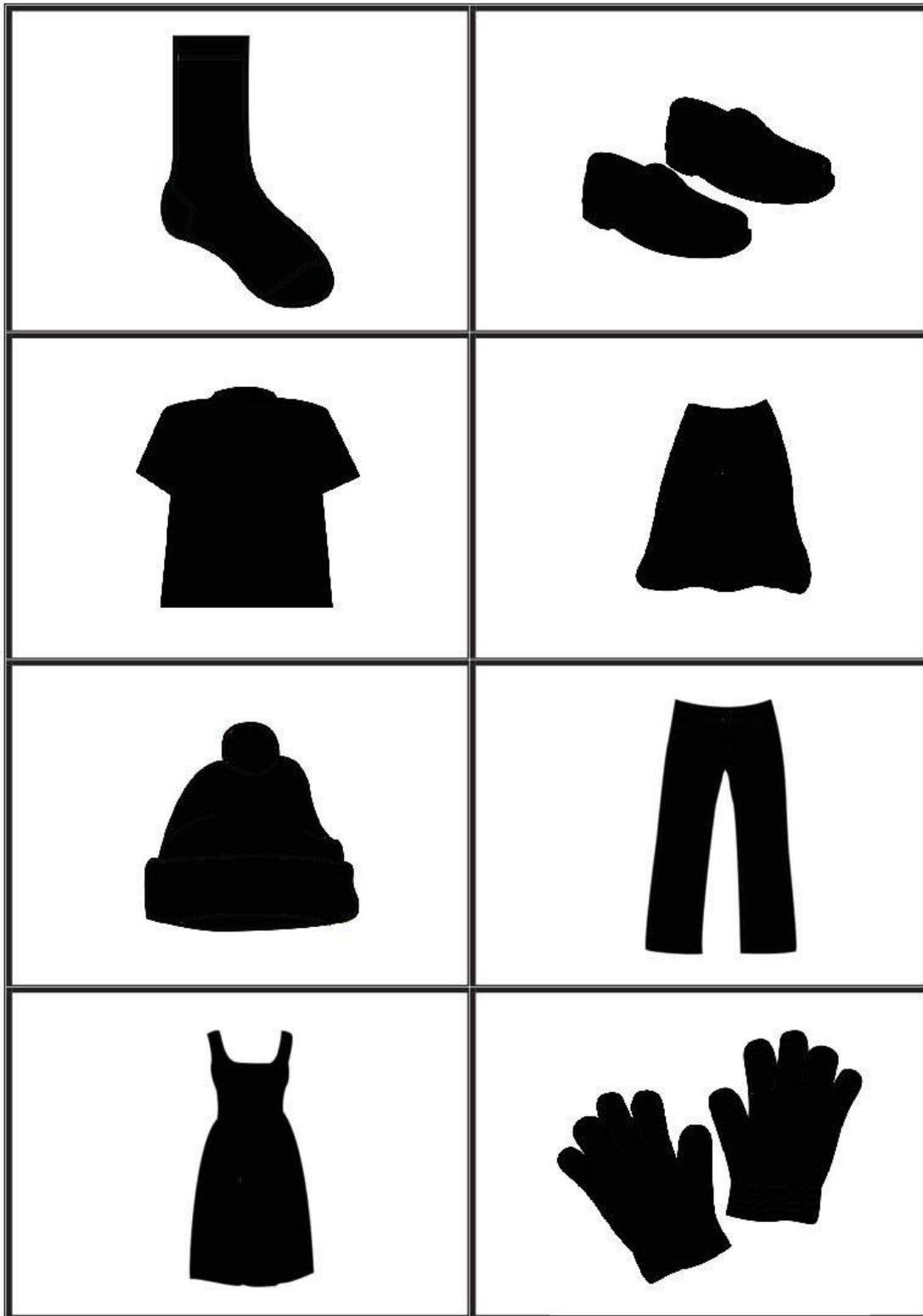
Sesión 7 Me comunico con mi compañero	
Temporalización	20 minutos
Contexto	Despacho
Participantes	Logopeda, paciente y compañero
Objetivo Especifico	Utilizar el SAAC en la comunicación cotidiana
Objetivo operativo	Comunicación entre compañeros con SAAC
<p>Actividad 7.1 Charla con mis amigos Duración: 20 min</p>	<p>Los pictogramas utilizados en la sesión se han utilizado en anterioridad en otras actividades de la entidad.</p> <p>Para esta actividad se utilizará la estrategia de aprendizaje observacional. Se escogerá a un compañero que tenga un SAAC establecido, y se utilizará para que la paciente, aprenda a utilizar el SAAC a través de la observación e interactúe socialmente. Para que esta estrategia sea eficaz, se les realizarán preguntas para que se pueda establecer una conversación entre la paciente y el/la compañero/a.</p> <p>En primer lugar, se realizará una presentación entre ellos, preguntando su nombre y cuántos años tiene. En un primer momento responderá el compañero con el SAAC y a continuación responderá la paciente, haciéndole hincapié en el uso del SAAC para dar una respuesta.</p> <p>En segundo lugar, se realizarán preguntas en relación con los gustos. Siempre responderá en primer lugar el compañero, y luego la paciente, de esta manera la paciente hará una observación del uso del SAAC.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Cuál es tu fruta favorita? ○ ¿Hobby favorito? ○ ¿Comida preferida? <p>Luego se realizarán preguntas en relación con las rutinas que ha realizado en el centro ese día:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Qué desayunaron? ○ ¿Qué actividades ha hecho el día de hoy? ○ ¿Cuál es la actividad que más les gusta? <p>Por último aprovechando que se realiza la sesión en el día de Canarias, se hacen preguntas enfocadas a esta festividad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Qué día es hoy? ○ ¿Sabes que vamos a comer hoy? ○ ¿De qué has venido vestida? ○ Hoy vamos a hacer pintaderas canarias ¿me puedes enseñar su pictograma? <p>De esta forma el paciente ve como su compañero realiza la utilización del SAAC para conversar, y conseguir que a través de la observación sea más consciente de la utilización del SAAC, y aumentar la intención comunicativa.</p>
<p>Actividad 7.2 Compromiso para casa</p>	<p>Se realizará un compromiso con la paciente y la madre para que la sesión se vuelva a recrear en el contexto familiar, y de esta forma la paciente se comunique con sus familiares a través del SAAC. Se le darán unas pautas a la familia para que sepan como establecer una conversación con la paciente haciendo uso del SAAC.</p>

Material/ Instrumentos	Dispositivo electrónico con SAAC de cada persona
Sesión 8 Rutina de aseo	
Temporalización	20 minutos
Contexto	Aseo
Participantes	Logopeda y paciente
Objetivo Especifico	<ul style="list-style-type: none"> o Utilizar el SAAC en la rutina de aseo o Adaptar el SAAC a las necesidades de la usuaria
Objetivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> o Que utilice el SAAC para comunicar su rutina de aseo. o Ajustarlo a la rutina habitual de aseo
Actividad 8.1 Aseo personal Duración: 20 min	<p>La actividad consistirá en realizar la rutina de aseo que hacen en el centro después de desayunar, pero haciendo uso del SAAC. Para ello se realizará una secuenciación de los pasos que se deben hacer en cada acción a través de preguntas que se le formularán sobre qué paso debe dar en cada momento. Se comenzará por la rutina de orinar y luego lavarse las manos.</p> <p>En primer lugar, se le pregunta a la paciente si quiere orinar, la paciente debe responder a través del SAAC, si /no, y qué es lo que va a hacer. Tras terminar, se le indica que debe lavarse las manos, la paciente debe indicar en la aplicación el pictograma de lavarse las manos.</p> <p>Tras esta primera tarea, se realizará la rutina de peinado. Se le pregunta a la paciente “¿con que nos peinamos el pelo?”, ella debe indicar con el SAAC el objeto del peine, seguido de esto se le pregunta ¿Qué hacemos con el peine?, la paciente debe indicar con el SAAC la acción de peinar.</p>
Actividad 8.2 Cepillado de dientes Duración: 10 min	<p>En esta actividad se realizará la rutina del cepillado de dientes, donde se trabajará la secuencia de lavado de dientes a través del uso del SAAC.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “¿Qué es lo primero que cogemos?”, la paciente debe indicar con el SAAC cepillo de diente. 2. Se le indica a la paciente “ya tenemos el cepillo, y ¿ahora que le ponemos?”. La paciente indica pasta de dientes a través del SAAC 3. “Tenemos preparado el cepillo, ¿Qué hacemos con él?” La paciente debe indicar con el SAAC la acción de lavarse los dientes.
Actividad 8.3 Compromiso para casa	<p>Con el objetivo de conseguir un mayor uso del SAAC, se llegará a un acuerdo con la paciente, para que realice en casa la rutina de aseo con la ayuda de la madre. Se le explicara a la madre la secuencia de la rutina, para que se realice de la misma forma en casa.</p>
Material/ Instrumento	<ul style="list-style-type: none"> o Dispositivo electrónico con SAAC o Cepillo de dientes o Pasta de dientes o Peine del pelo

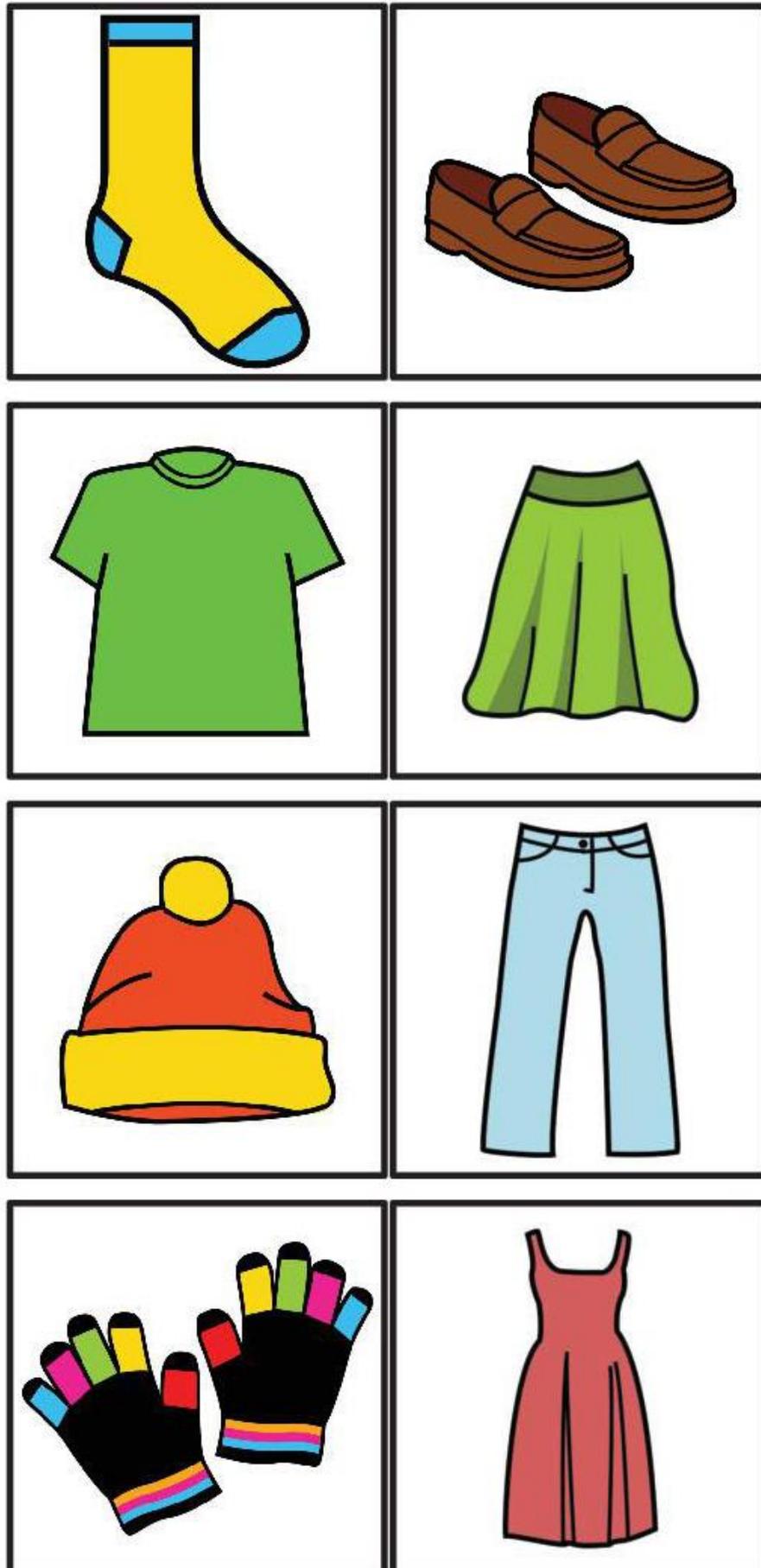
Sesión 9 Ocio	
Temporalización	35 minutos
Contexto	Librería
Participantes	Logopeda, paciente y cuidadora del centro
Objetivo Específico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar el SAAC ○ Emplear el uso del SAAC en contexto naturales ○ Adaptar el SAAC a las necesidades de la paciente ○ Comprender y discriminar pictogramas
Objetivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Usar el SAAC para pedir una revista en la librería. ○ Adaptarlo a los gustos de la paciente ○ Comprenda y discrimine los pictogramas de quiosco, revista, y comprar.
Actividad 9.1 Pictogramas nuevo Duración: 10 min	<p>Para la realización de esta se debe introducir los pictogramas que serán utilizados y saber que la paciente es capaz de identificarlos y discriminarlos visualmente. Para ello se creará una categoría en el SAAC, llamada ocio, donde se encontrará los pictogramas de librería, comprar, y revista. Se le explicará a la paciente la categoría, y los pictogramas que se encuentra dentro de ella. Posteriormente se trabajará la discriminación de esta categoría con los pictogramas correspondientes. Se le realizarán preguntas del tipo ¿Cuál es la librería? ¿Dónde está la revista?</p>
Actividad 9.2 ¡Hola! Duración 20 min	<p>Se le anticipa a la paciente que irá a la librería a comprar la revista “¡HOLA!”, que es uno de sus gustos, señalar el pictograma de librería, comprar, y revista. Durante el camino se le explicará al paciente que tiene que enseñarle el pictograma de comprar y el de revista a la dependienta, que lo podemos haber preparado anteriormente.</p> <p>Al llegar al lugar, se le indica a la paciente la frase que debe decir a través del SAAC “Quiero la revista Hola”, cuando reciba la revista, se le señala el pictograma de dinero, para que la dependienta le indique cuánto es, la paciente debe coger el dinero, y pagar. Tras esto, se le indica a la paciente que debe despedirse y dar las gracias, debe ir al SAAC, y utilizar en pictograma de adiós, y gracias.</p>
Actividad 9.3 Vuelta al centro Duración: 5 min	<p>Al regresar al centro, se terminará la sesión con la ayuda de una de las cuidadoras. Ella le preguntará a la paciente ¿A dónde fuiste?, responderá a través del SAAC, utilizando el pictograma de librería, seguido se le pregunta ¿Qué te compraste? Indicará con la aplicación, el pictograma de revista.</p>
Actividad 9.4 Compromiso para casa	<p>Se llegará a acuerdo con la familia y la paciente, para que realice esta rutina los sábados por la mañana, ya que son los días en lo que la madre le compra la revista. De esta forma se fomentará el uso del SAAC con la familia y a través de los gustos de la paciente.</p>

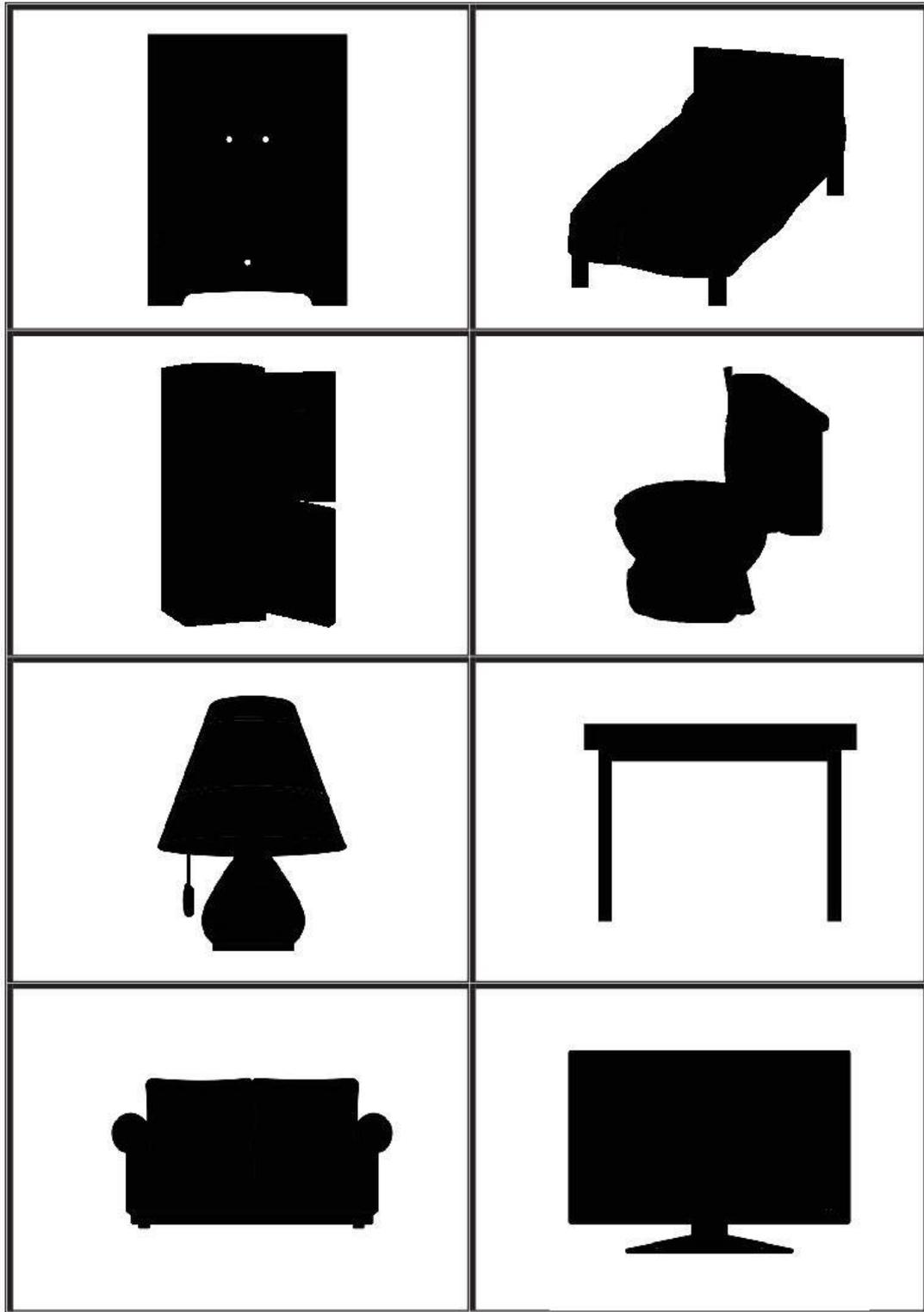
Material/ Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Revista “¡HOLA!” ○ Dinero ○ Dispositivo electrónico con SAAC
Sesión 10: Hora de comer	
Temporalización	20 minutos
Contexto	Comedor
Participantes	Logopeda y paciente
Objetivos Específico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aumentar la intención comunicativa ○ Utilizar el SAAC
Objetivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> ○ La paciente pida los utensilios del comedor ○ Emplear el SAAC para pedir los utensilios
Actividad 10.1 ¿Qué me falta para comer? Duración: 20 min	<p>Los pictogramas utilizados en las actividades ya han introducidos en sesiones anteriores y conocidos y discriminados por la paciente en las rutinas diarias que realiza en el centro.</p> <p>La actividad consistirá en que la logopeda retira ciertos utensilios empleados para comer (tenedor, cuchara, vaso, servilletas), para que cuando la paciente se siente a comer tenga la necesidad de pedir los objetos a través del SAAC, provocando intención comunicativa en un entorno habitual para la paciente.</p> <p>En primer lugar, se le retiran los utensilios de tenedor, cuchara, vaso y servilleta, sin que la paciente lo vea. Se le anima a que se siente a comer, al no tener ningún cubierto, la paciente deberá pedir lo que le falta a través de la aplicación.</p> <p>Se le preguntará ¿Qué es lo que te falta para que puedas comer?, ella debe indicar con el SAAC, los pictogramas de tenedor, cuchara y vaso. Se le formula otra pregunta ¿No te falta nada más?, debe indicar con el SAAC el pictograma de servilleta.</p> <p>Para aumentar más el uso del SAAC, y su intención comunicativa, se le pregunta qué quiere beber ¿Quieres bebe agua o jugo?, señalará a través del SAAC, el pictograma de la bebida que prefiere tomar.</p> <p>Tras finalizar la comida, se le formula otra pregunta para seguir trabajando en la línea del uso del SAAC. ¿De postre quieres fruta o yogur?, responder con el SAAC, el pictograma de la fruta o yogur.</p>
Actividad 10.2 Compromiso para casa	<p>Se hablará con la familia, para que en casa en la hora de merendar o cenar, se le retiren alguno de los cubiertos, y la paciente se lo los pida a través del SAAC. De esta forma se fomenta el uso de SAAC y aumenta la intención comunicativa.</p>
Material/ Instrumento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utensilios para comer: tenedor, cuchara, vaso, servilletas. ○ Dispositivo electrónico con SAAC

ANEXO 6. MATERIALES UTILIZADOS

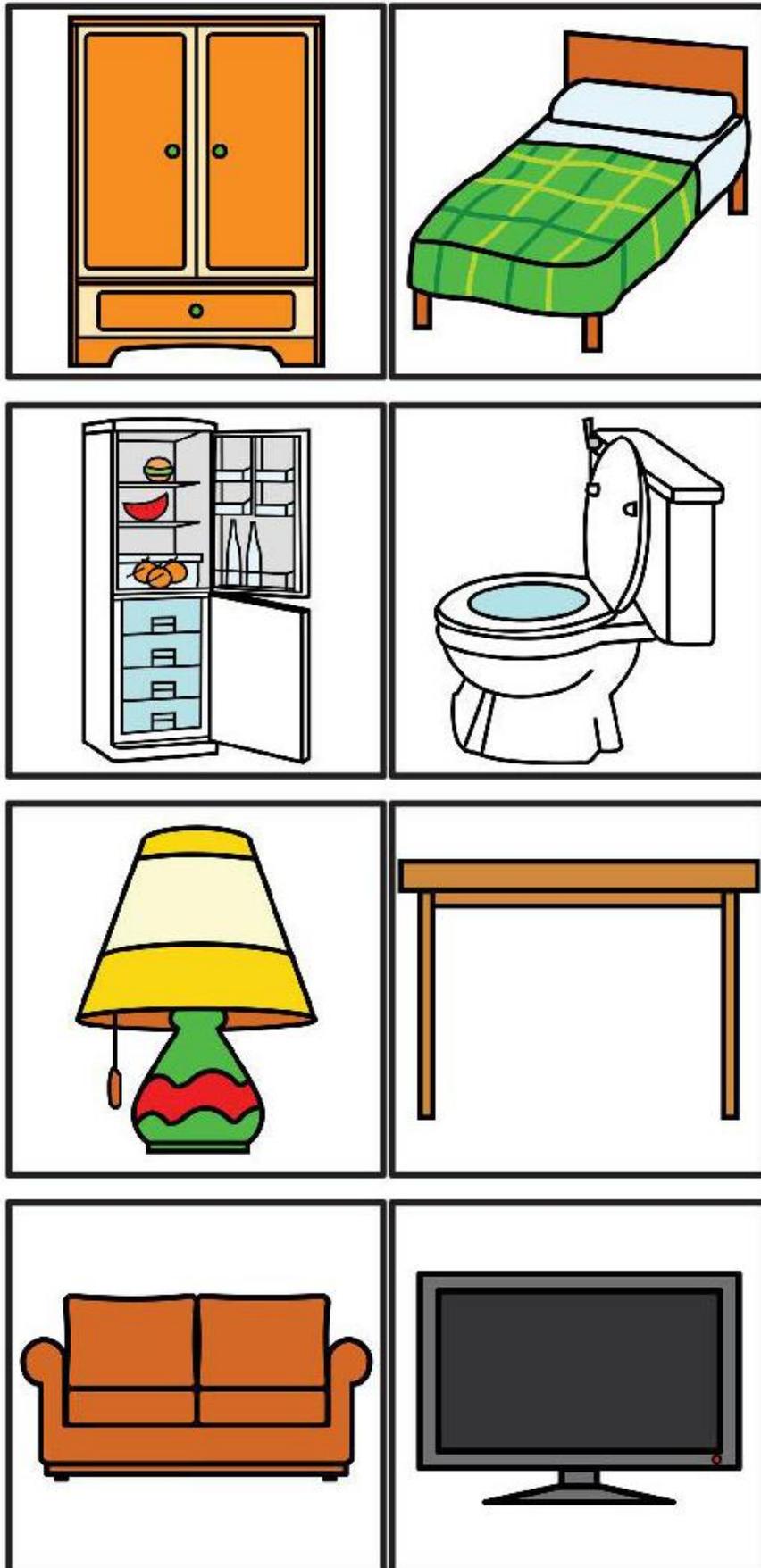


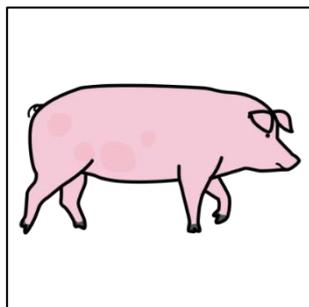
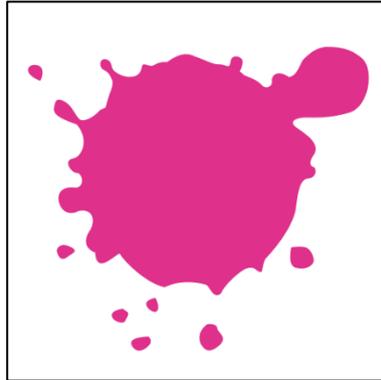
Autor pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC (<http://arasaac.org>) Licencia: CC (BY-NC-SA) Autora: Nora Sierra Cueto

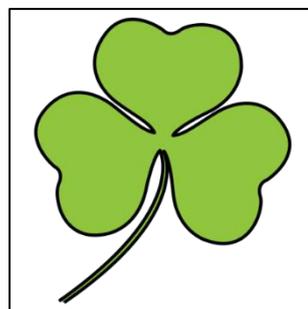
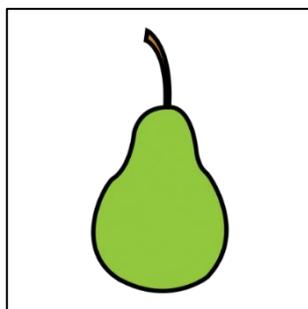
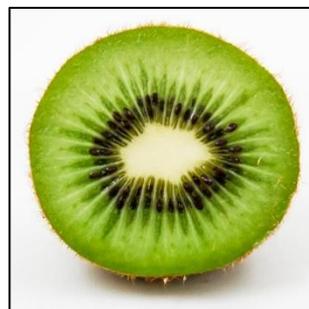
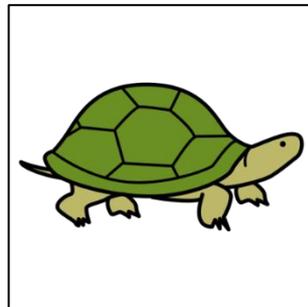
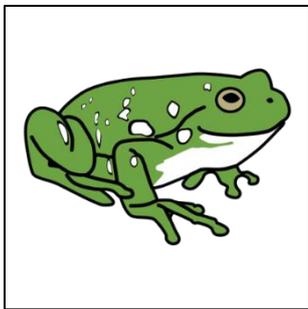
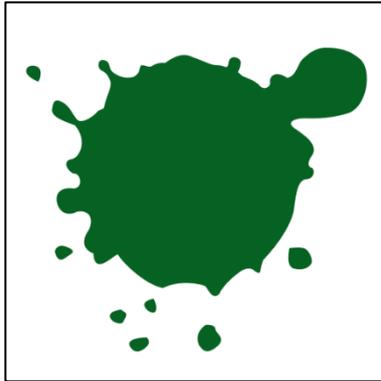




Autor pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC (<http://arasaac.org>) Licencia: CC (BY-NC-SA) Autora: Nora Sierra Cueto







ANEXO 7. Tabla 1. Resultados pre-post-test de la observación y análisis de actos de comunicación

Área	Factor	Pre-intervención	Post-intervención
Formas de la persona	Expresión facial (0-4)	2	2
	Gestual (0-6)	6	6
	Contacto visual (0-1)	1	1
	Señalar (0-2)	1	2
	Señalar con la vista (0-1)	1	1
	Acercamiento (0-1)	1	1
	Movimiento del cuerpo de otra persona (0-5)	0	0
	Uso de un objeto (0-5)	5	5
	Vocalización:		
	- Intranscribible (0-10)	3	3
	- Sin consonante (0-2)	0	0
	- Con consonante (0-4)	0	0
	Gestual/vocal (0-1)	0	1
Problema de conductas (0-3)	0	0	
Forma simbólica (0-3)	0	1	
Funciones de la persona	Regulación de la conducta (0-4)	4	4
	Interacción social (0-7)	2	3
	Atención conjunta (0-4)	0	1
Ayuda a la persona	Los interlocutores proporcionan el andamiaje necesario (pausas, ayuda gestual, ayuda física, imágenes o pictogramas)	0	1
Actos comunicativos	La persona hace un gesto, vocalización, verbalización o señal combinada (0-4)	1	3
	La persona dirige la señal a un compañero que mantiene atención coordinada, o una señal que es seguida de atención coordinada hacia el compañero (0-2)	0	1
	La persona espera una respuesta del compañero y la señal de la persona sirve de función de comunicación que implica o bien regulación de la conducta, interacción social o atención conjunta (0-4)	0	2
Función de discurso	Iniciada (0-2)	1	2
	Respondiente (0-1)	0	1
	Corrección (0-3)	0	1
Pruebas de intencionalidad	(0-8)	5	6
Evidencia de la intencionalidad de la persona	(0-8)	5	6
Estrategias de corrección de la persona	(0-6)	0	2

Barreras del colaborador para la comunicación	Distancia (0-1)	0	1
	Fracaso en el contacto visual (0-1)	0	1
	Fracaso para confirmar o dar retroalimentación en el intento (0-1)	1	1
	Fracaso para establecer la atención conjunta (0-1)	0	1
	Fracaso para confirmar o dar retroalimentación en el intento (0-1)	0	1
	Fracaso para percibir la solicitud (0-1)	1	1
	Fracaso en la espera (0-1)	0	1

ANEXO 8. Tabla 2. Resultados pre-post-test de las formas de comunicación no verbal

Área	Factor	Pre-intervención	Post-intervención
Movimientos de los ojos	Cierra los ojos (0-1)	1	1
	Desvía la mirada (0-1)	1	1
	Contacto de ojos con la persona que se está comunicando (0-1)	1	1
	Mirada fija que pasa de la persona al objeto/lugar deseado (0-1)	1	1
Expresiones Faciales	Sonrisa (0-1)	1	1
	Ceño fruncido (0-1)	0	0
	Mueca de disgusto (0-1)	1	1
	Sorpresa (0-1)	1	1
	Enfado (0-1)	1	1
Movimiento de las extremidades	Aumenta los movimientos corporales generalizados (0-1)	1	1
	Ralentiza el movimiento corporal (0-1)	1	1
	Cambio de tono muscular (0-1)	1	1
	Cambios en la postura/estado de alerta (0-1)	1	1
	Cambia la orientación respecto al interlocutor (0-7)	1	1
Tacto	Toca al interlocutor (0-1)	1	1
	Tira del interlocutor (0-1)	1	1
	Manosea enérgicamente al interlocutor (0-1)	0	0
	Manifiesta emoción al interlocutor (0-3)	1	1
	Señala/ toca a un objeto/persona (0-2)	1	2
	Señala (0-1)	0	1
Movimientos con objetos	Toca/manipula objetos (0-1)	1	1
	Se sirve de objetos/ utilizar objetos (0-1)	1	1
	Para la actividad/el movimiento de objetos (0-1)	1	1
	Manifiesta emoción hacia los objetos (0-3)	1	1
Conducta	Representa acciones desencadenadas (0-2)	0	0
	Representa rutinas no relaciones con la función (0-1)	1	1
	Canta canciones/melodías relacionadas (0-1)	0	0
	Hace bailes/movimientos relacionados (0-1)	1	1
	Agresivo con los otros (0-1)	0	0
	Conducta de auto-lesión (0-1)	0	0
	Destroza los materiales (0-1)	0	0
	Retraimiento frente a otros (0-1)	0	0
	Usa vocalizaciones (no palabras) (0-1)	1	1
	Usa aproximaciones de palabras o palabras simples (0-1)	0	0
	Usa frases (0-1)	0	0
	Muestra/usa la asociación de objetos (0-3)	0	3
	Muestra/ usa símbolos de imagen (0-3)	0	2
	Muestra símbolos que no sean letras (0-1)	0	1
	Muestra letra, palabras, escribe palabras (0-3)	0	0
Realiza gestos convencionales (0-1)	1	1	
Realiza signos manuales (0-1)	0	1	