

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE CASO ÚNICO: “Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple”

ALUMNOS: Aythami Rivero Canino y Noelia Expósito Velázquez

TUTORA: Elena Margarita Leal Hernández

Trabajo de Fin de Grado de Logopedia

Universidad de la Laguna

Curso académico 2015/2016

RESUMEN: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) caracterizada por la inflamación, desmielinización y degeneración axonal que afecta al cerebro, la médula espinal y los nervios ópticos. Este trabajo se centra en una paciente con EM (caso único), diseñando un programa de intervención “*Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple*”, enfocado hacia las dificultades en el habla y en el lenguaje que presenta dicha paciente. Al mismo tiempo, se llevó a cabo la planificación de la evaluación de dicho programa. El programa de intervención “*Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple*”, no se ha concluido, por lo que aún se está desarrollando. Además, se realiza una evaluación inicial con el objetivo de observar las dificultades que presenta la paciente, para conocer así, el punto de partida. Por otro lado, se realiza una evaluación final, con el fin de comprobar si se han conseguido o no los objetivos planteados. Una vez aplicado parte del programa se observan mejorías en el control del soplo, en el proceso de articulación, así como, en la respiración costodiafragmática, la cual se encuentra en proceso de automatización.

PALABRAS CLAVE: Esclerosis Múltiple, lenguaje, comunicación, disartria, programa de intervención y evaluación.

ABSTRACT: Multiple sclerosis (ME) is a disease of the central nervous system (CNS) characterized by inflammation, demyelination and axonal degeneration, which affects the brain, spinal cord and optic nerves. This work is a single-case study, which focuses on a patient with ME. An intervention program, “*Communication and Language in Multiple Sclerosis*”, was designed based on the speech and language difficulties this patient had. At the same time, an evaluation plan for this program was carried out. The intervention program “*Communication and Language in Multiple Sclerosis*”, has not yet been finalized, therefore, it is still being developed. Moreover, an initial evaluation was made in order to observe the difficulties the patient had, and therefore gain knowledge about the starting point. On the other hand, a final evaluation was made, to test if the proposed objectives were fulfilled. Once one part of the program was implemented, improvements were observed in blowing control, articulation process, and in costal-diaphragmatic respiration (which is actually in an automation process).

KEY WORDS: Multiple sclerosis, language, communication, dysarthria, intervention program and evaluation.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica del sistema nervioso central (SNC) caracterizada por la inflamación, desmielinización y degeneración axonal que afecta al cerebro, la médula espinal y los nervios ópticos (Mitolo, Venneri, Wilkinson & Sharrack, 2015). Esta enfermedad es la segunda causa de discapacidad en adultos jóvenes (20-40 años) (Gil, Cerezo, Pinel, López & Aladro, 2013). Se estima una prevalencia de 2,5 millones de personas en todo el mundo, afectando mayoritariamente a las mujeres (Ansari, Naghdi, Mohammadi & Hasson, 2014).

En España, diversos estudios con una etiología similar a los del resto de Europa, muestran resultados de prevalencia que oscilan entre 32 por 100.000 (Teruel) y 74 por 100.000 en Las Palmas (Otero et al., 2010).

CAUSAS DE LA EM

Hoy en día, la causa de esta enfermedad es desconocida, aun así, parece ser resultado de una combinación de factores genéticos y otros no genéticos, como puede ser un virus, el propio metabolismo o factores ambientales (Rostasy, 2007), que juntos dan lugar a un trastorno autoinmune en el SNC (Goldenberg, 2012).

Diversos estudios muestran que el proceso autoinmune se caracteriza por un periodo inicial de inflamación en el SNC, el cual afecta a los oligodendrocitos (células de la macroglia) que forman la mielina. Esta afectación provoca una nutrición inadecuada de las neuronas. Como resultado, la mielina que recubre la zona axonal de la neurona se rompe, dando lugar a un tejido de cicatrización en muchas áreas del SNC. De esta forma, si la mielina que recubre el axón se ve dañada, habrá numerosas dificultades a la hora de transmitir las señales eléctricas de forma efectiva a lo largo del cerebro y de la médula espinal (Spiro, 2012).

Las investigaciones demuestran una fuerte evidencia que sugiere una predisposición genética a dicha enfermedad. La predisposición genética junto a una respuesta anormal a ciertas infecciones virales, puede aumentar el riesgo de EM (Spiro, 2012).

Los factores víricos están relacionados con la llamada hipótesis de “higiene”, la cual sugiere que la falta de exposición a enfermedades infecciosas durante la niñez, puede predisponer más adelante a enfermedades alérgicas y autoinmunitarias (Messmer, 2012).

Se conoce que la prevalencia de la EM aumenta con la latitud, pudiendo ser debido a los factores ambientales (Playford, 2012).

Nuevas teorías exponen que la toxicidad de metales pesados y la exposición al humo de cigarrillos como otros desencadenantes ambientales, pueden afectar a la aparición de esta enfermedad (Spiro, 2012).

En resumen, las causas de la EM todavía tienen que descubrirse y entenderse. Se han examinado numerosos factores de riesgo, pero el creciente número de estudios en todo el mundo y las nuevas tecnologías permitirán que la interacción entre los factores genéticos y ambientales se investigue con mayor precisión y profundidad (Playford, 2012).

SÍNTOMAS DE LA EM

Debido a la naturaleza de las lesiones de la EM dentro el SNC, se pueden observar una amplia variedad de síntomas visuales, bulbares, sensoriales, motores, del control del esfínter, cognitivos y psiquiátricos (Mitolo, Venneri, Wilkinson & Sharrack, 2015).

El 85% de las personas con EM presentan en la etapa inicial un episodio agudo conocido como “síndrome aislado”. Éste puede afectar una, o con menos frecuencia, a varias aéreas del cuerpo. En las etapas tempranas, la recuperación puede ser completa, pero a medida que avanza la enfermedad se convierte en incompleta, provocando así un grado de discapacidad (Playford, 2012).

Los síntomas más comunes en este primer episodio suelen ser anomalías sensoriales o neuritis óptica en un ojo. Sin embargo, si estos episodios afectan al tronco encefálico o la zona cerebelosa darán lugar a una ataxia y nistagmo. Además, si la lesión es en la médula espinal puede dar lugar a diversas sintomatologías; en primer lugar, a una mielitis transversa incompleta, la cual induce a una debilidad asimétrica de miembros; en segundo lugar, al fenómeno de Lhermitte (sensación eléctrica que recorre la espalda hacia los miembros) y por último, una frecuencia y urgencia urinaria. Por otro lado, si la lesión se localiza en los hemisferios del cerebro, puede dar como resultado una debilidad o pérdida de sensación en alguna parte de su cuerpo (Playford, 2012).

Otros de los síntomas más frecuentes son los cognitivos, los cuales se manifiestan a través de una lentitud en el procesamiento mental, atención y función ejecutiva alterada, sugiriendo un patrón subcortical. Por otro lado, se verá afectado el razonamiento abstracto, funciones visoperceptivas, recuperación semántica y fluidez verbal. Sin embargo, la demencia aparece en fases avanzadas de la enfermedad con patrón de tipo subcortical (Amato, Zipoli & Portaccio, 2006; Guimarães & Sá, 2012).

Estos síntomas generan otros que se producen con regularidad, donde se incluye fatiga, la cual se manifiesta en un 65-70% de los pacientes y se describe con una sensación de cansancio físico y mental no relacionada con la actividad desarrollada. Este síntoma para algunos pacientes es muy invalidante (Chalah et al., 2015).

Otros de los síntomas característicos son el desánimo y ansiedad, disfunciones de vejiga, trastornos gastrointestinales (disfagia, estreñimiento e incontinencia fecal) dolor, y disfunción sexual. Todos estos síntomas marcan un impacto en la vida cotidiana, dando lugar a una menor participación en actividades familiares, sociales, etc., y por lo tanto, en la calidad de vida. Algunos de estos síntomas pueden interactuar entre ellos, por ejemplo, la fatiga puede verse aumentada por el desánimo, el uso de fármacos, etc. (Playford, 2012).

TIPOS DE EM

La evolución clínica de EM es muy diversa, pero la inmensa mayoría de los pacientes pueden ser catalogados en varias categorías que mencionaremos a continuación.

La esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) afecta a más del 80% de las personas con EM. Se caracteriza por distintos tipos de brotes que se intercalan con fase de remisión (Jena et al., 2015).

La esclerosis múltiple secundaria progresiva (EMSP) se produce cuando el grado de discapacidad persiste y/o aumenta sin que se identifiquen brotes. Se considera una fase avanzada de esclerosis múltiple pudiendo aparecer recidivas ocasionales. Entre el 30 y el 50% de pacientes que presentan inicialmente una EMRR, desarrollan una forma progresiva en un periodo de 10 años (Hawker, 2010).

La esclerosis múltiple primaria progresiva (EMPP) es menos frecuente, afecta a un 10%. Se caracteriza porque la discapacidad y los síntomas se agravan de forma continua desde el principio y no se producen brotes definidos, solo se produce fases de estabilidad ocasionales y mejorías pasajeras poco importantes (Hawker, 2010).

Actualmente existe una nueva clasificación donde se introduce un marcador radiológico, diferenciando entre formas activas e inactivas (Lublin et al., 2014).

Figura 1. Tipos de EM (Tomado de Servicio Canario de Salud, 2016)



DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS PARA DETECTAR LA EM

Para llevar a cabo el diagnóstico de EM se realizan una serie de pruebas. En primer lugar, se realizan pruebas analíticas como diagnóstico de exclusión (Tsang & Macdonnell, 2011).

La resonancia magnética (RM) se ha convertido en los últimos años en una técnica fundamental para el diagnóstico de la EM. Esta técnica permite no sólo ayudar al diagnóstico de la enfermedad, sino también a seguir su evolución (Cruz, Belenguer, González, Simón & Forn, 2011).

Otra de las pruebas para el diagnóstico de la EM es la punción lumbar, la cual se utiliza para extraer el líquido cefalorraquídeo. Por otro lado, una técnica que permite obtener una imagen anatómica de la retina de alta resolución, es la tomografía de coherencia óptica (Rebolleda et al., 2015; Varga et al., 2015).

Por último, otra de las técnicas que se utilizan son los potenciales evocados. Éstos nos muestran si existe o no un retraso en la conducción nerviosa debido a daños estructurales (Teijeira, Montes & González-Barón, 2015).

Por lo tanto, el diagnóstico de la EM puede realizarse cuando hay varios episodios de afectación en el SNC a lo largo del tiempo (al menos 30 días). Sin embargo, muchas personas presentan lesiones aisladas, y es a partir de aquí, cuando se requiere de una RM

para poder diagnosticar una EM. Entre el 50-70% de las personas que sufren un episodio aislado presentan múltiples lesiones visibles en una RM que no causan síntomas, mientras que de estas personas, entre el 60-80% desarrollarán una EM definitiva. De esta forma, para llegar al diagnóstico, no existe una única prueba, se basa en la historia de los síntomas de la persona, los descubrimientos en los exámenes físicos, la RM, el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR), además de la posible prueba evocada por la mirada (Playford, 2012).

TRATAMIENTO

El tratamiento actual de la EM se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar efectivo desde el aspecto clínico, rehabilitador, psicológico y social (Juárez, 2010). El equipo debe incluir:

Tabla 1

Equipo multidisciplinar para el tratamiento de la EM. (Tomado de Juárez 2010).

Médico Neurólogo y/o Médico Internista	Para el tratamiento clínico farmacológico integral
Médico Rehabilitador	Realizarán la evaluación de cada caso en particular y el control y seguimiento de estos pacientes
Fisioterapeutas	Realizarán el programa de ejercicios indicado por el médico rehabilitador
Terapeutas ocupacionales	Ayudarán a la realización del entrenamiento de las actividades de la vida diaria
Logopedas	En caso de afectación en la articulación del lenguaje
Psicólogos	Para psicoterapia de apoyo, manejo de crisis depresiva, de ansiedad, etc.
Enfermeras	Con entrenamiento y orientación para el manejo de pacientes con esclerosis múltiple.
Trabajadoras sociales	Evaluación de entorno familiar
Protesistas	Para la confección de férulas y/o aditamentos en casos requeridos

En la EM se pueden abordar numerosos tratamientos en función de la sintomatología. Estos pueden ser farmacológicos o no farmacológicos. A continuación,

se abordarán los tratamientos no farmacológicos centrados en subsanar/frenar numerosos problemas que acarrea dicha enfermedad.

En primer lugar, haciendo referencia a la espasticidad, se realizan técnicas de estiramiento de forma sostenida, ejecución de movimientos pasivos, estimuladores mecánicos por vibración, férulas nocturnas y aparatos de ortesis, y además es recomendable la natación (Oreja-Gueva et al., 2013).

Por otro lado, para disminuir la fatiga, se utilizan medios ortopédicos para ayudar en la marcha. El objetivo de la rehabilitación consiste en realizar un programa de ejercicios físico moderado con periodos cortos de reposo al inicio de la fatiga (15-30 minutos) y entrenamiento en terapia ocupacional. Asimismo, es importante la disminución de la temperatura corporal, evitando la exposición a ambientes calurosos o controlando la temperatura ambiental, así como reorganizar el tiempo, realizando descansos regulares y efectuando las actividades a primera hora de la mañana (Servicio Canario de Salud, 2016)

En cuanto a la ataxia y temblor, el tratamiento rehabilitador se basa en muñequeras lastradas, sillas de ruedas con soporte rígido para movilizar la cabeza y diversos instrumentos de la vida diaria adaptados al temblor (Servicio Canario de Salud, 2016).

Los trastornos de la marcha son muy frecuentes en la EM y es la principal causa de discapacidad. Cuando la paresia o debilidad sea moderada, los pacientes precisarán la ayuda de férulas y ortesis para estabilizar las articulaciones. Si la paresia es más intensa, se utilizarán ayudas compensatorias, bastones, muletas o andadores para proporcionar una mayor estabilidad (Servicio Canario de Salud, 2016).

La rehabilitación cognitiva e intervención familiar es fundamental en estos pacientes, cuyo objetivo es facilitar la realización de las tareas cotidianas de una forma eficaz e independiente (Amato et al, 2013; Sistiaga et al, 2014). Es recomendable aplicar terapias rehabilitadoras en el aspecto emocional (Rosti- Otajärvi & Hämäläinen, 2014).

Otro aspecto importante es el tratamiento y rehabilitación de la comunicación y deglución en estos pacientes (Renom et al., 2014). En el tratamiento de la deglución (disfagia) se utilizan una serie de indicaciones entre las cuales podemos destacar: un tiempo necesario para comer, adoptar medidas posturales (sentarse erguido, flexionar la cabeza para iniciar la deglución), utilización de espesantes, cortar los alimentos en trozos pequeños o triturarlos, además de la importancia de la rehabilitación logopédica para mejorar la respiración, el fortalecimiento de los músculos masticadores, etc. (Servicio Canario de Salud, 2016)

Una vez mencionado los diferentes tipos de tratamientos rehabilitadores, se ha demostrado que algunos de ellos presentan una serie de problemas metodológicos, es decir, con poco valor estadístico, falta de descripción y estandarizaciones del tratamiento que se ha llevado a cabo, variación de la localización y duración de la rehabilitación, falta de control, además de un uso inapropiado de las medidas de evolución (Terré-Boliart & Orient-López, 2007).

Actualmente, no existe un tratamiento curativo y debido a su progresión, hace que tanto pacientes como cuidadores estén continuamente adaptándose a las complicaciones que acarrea esta enfermedad, lo cual repercute en su calidad de vida. Entre los principales factores que van a determinar la calidad de vida de estos pacientes, nos centraremos exclusivamente en la comunicación (Pozuelo-Moyano & Benito-León, 2015).

LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON EM

La EM puede, en mayor o menor medida, dar lugar a alteraciones de la comunicación y del lenguaje, que estarán presentes a lo largo del transcurso de la enfermedad. Además, la capacidad para comunicarse adquiere una mayor relevancia si esa persona presenta dificultades para moverse o si precisa ayuda de otras personas. Las dificultades en la comunicación y en el lenguaje en la EM pueden ser debido a uno o varios trastornos. Por un lado, los trastornos motores, sensitivos o cerebelosos, productos de la desmielinización del SNC, los cuales pueden producir alteraciones en el control muscular del habla a causa de una paresia o parálisis, alteraciones de la sensibilidad o incoordinación de la musculatura implicada en el habla. Por otro lado, los trastornos cognitivos, conductuales y emocionales son provocados por un daño cerebral localizado a nivel cortical y subcortical (Renom & Galán, 2007).

Los principales síntomas de las alteraciones del habla en la EM son la disartria, la disfonía y la disprosodia. En primer lugar, la disartria aparece en un 40-50% de las personas con EM, variando según el perfil neurológico. El habla puede ser lenta e imprecisa, con pausas inadecuadas o excesiva prolongación de los sonidos. Estas manifestaciones son consecuencia del enlentecimiento y la debilidad de los movimientos linguales. En casos extremos, la disartria llega a impedir la comunicación. En segundo lugar, la disfonía es una alteración en la fonación que ocasiona cambios en el timbre de la voz, la cual puede ser ronca, soplada o forzada. El volumen puede ser bajo y disminuir con la fatiga. En algunos casos, las personas sólo pueden expresarse con frases cortas, lo cual es debido a anomalías en la respiración y lesiones en los órganos y cavidades que intervienen en la fonación. Por último, también pueden presentar alteraciones prosódicas tales como, enlentecimiento o excesiva velocidad del habla, pocas variaciones en el tono o por el contrario, variaciones demasiado marcadas del volumen de la voz. Cabe añadir que, en numerosas ocasiones, estos pacientes no tienen dificultades evidentes en el habla, pero sí que presentan afectación de algunos de los componentes involucrados, como pudiera ser la función respiratoria (Renom & Galán, 2007).

Las personas con EM pueden presentar lo que se ha denominado “alteraciones cognitivo-comunicativas”. Esto provoca dificultades para comprender, integrar información oral o escrita, sacar conclusiones o estructurar de manera coherente su discurso. Existen varias alteraciones neurolingüísticas frecuentemente asociadas a la EM, entre las que podemos destacar las alteraciones de acceso al léxico, lo que provoca que la persona con EM tenga dificultades a la hora de denominar. Estas dificultades en el lenguaje espontáneo conllevan a una disminución en la iniciativa para mantener una conversación.

Aunque las personas que padecen EM no suelen presentar alteraciones graves en la comprensión, pero sí que puede hallarse cierta dificultad para entender mensajes complejos, lo cual es debido a un enlentecimiento en el procesamiento de la información, con dificultades para prestar atención y para recordar, integrar, organizar y analizar los contenidos al leer y escuchar. Por lo tanto, se puede afirmar que el lenguaje no puede separarse de otras funciones cognitivas, como pudiera ser la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento, percepción, etc., por ello ha de trabajarse de forma conjunta todos estos procesos (Mackenzie & Green, 2009; Renom & Galán, 2007).

Por último, y refiriéndonos nuevamente a los aspectos cognitivos, el razonamiento abstracto puede verse afectado en estos pacientes provocando dificultades para entender chistes, metáforas, frases ambiguas o para explicar conceptos complejos. Además, en la construcción sintáctica, aparecen dificultades a la hora de emitir frases complejas y

congruentes, afectando esto al discurso, y provocando por ello problemas a la hora de transmitir un mensaje a otro interlocutor.

Por otro lado, los aspectos pragmáticos suelen verse también afectados, ya que existe cierta dificultad para procesar la información inferida que se transmite a través de la expresión facial. Todo lo mencionado hasta ahora, muestra la existencia de un cierto deterioro cognitivo en estos pacientes, el cual repercutirá negativamente en los aspectos comunicativos y en su calidad de vida, afectando consigo a su actividad social (Drake, Carrá & Allegri, 2001; Renom & Galán, 2007).

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y DEL TIPO DE PROGRAMA

Los pacientes con EM presentan dificultades en la comunicación debido a diversos problemas en el habla y en el lenguaje como consecuencia de la afectación que produce esta enfermedad en el SNC, tal y como hemos referenciado en el punto anterior. Además, en este tipo de pacientes, no sólo está afectada la comunicación, sino otros aspectos como son: aspectos cognitivos, motrices y sociales. Todo esto, conlleva a un cambio drástico en la vida personal y social de quienes padecen esta enfermedad, así como en su propio entorno, afectando a su calidad de vida.

Una vez diagnosticada esta enfermedad, es necesaria la intervención multidisciplinar (véase tabla 1) a lo largo de toda su vida desde el aspecto clínico, rehabilitador, social y psicológico. Debido a la heterogeneidad que presenta esta enfermedad, la intervención multidisciplinar tendrá que ir variando, ya que se debe adaptar a las múltiples variaciones que van surgiendo en el transcurso de dicha enfermedad, producto del deterioro cognitivo y de los brotes que se producen en el SNC.

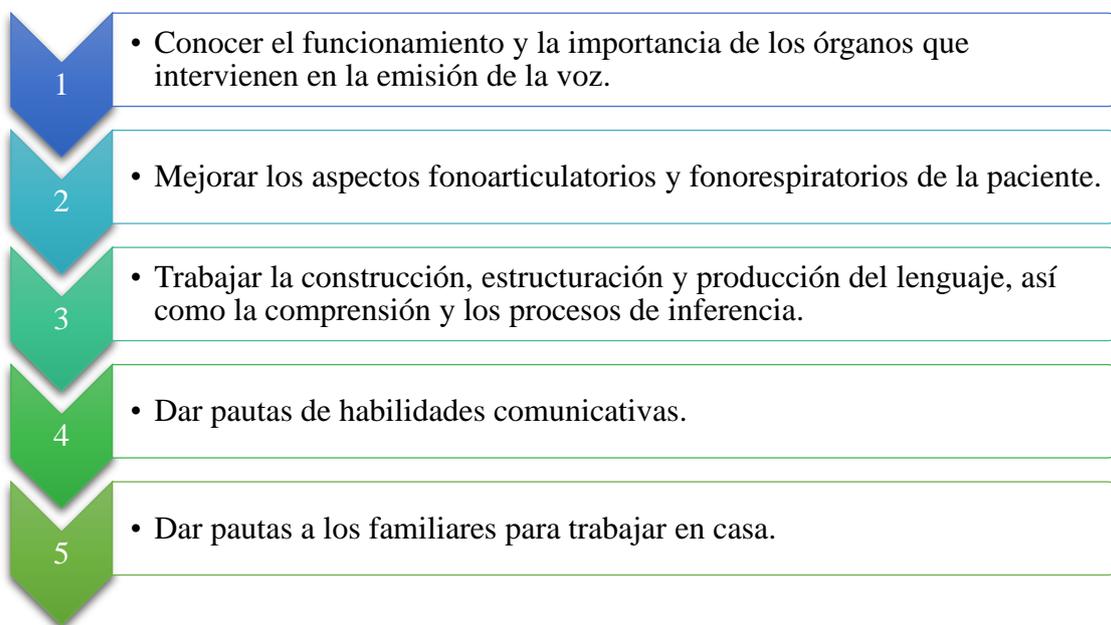
En las primeras fases de la enfermedad, los pacientes con EM presentan una sintomatología motriz o neurológica que no dan lugar a problemas en el lenguaje. Por lo tanto, el tratamiento que se sigue de forma general, es a nivel fisioterapéutico y neurológico. Sin embargo, a medida que avanza la enfermedad, comienzan a surgir dificultades en la comunicación a raíz de los déficits que se producen en el lenguaje y en los órganos implicados en el habla, así como en las funciones cognitivas implicadas. En la mayoría de los casos, estas dificultades en el lenguaje son intervenidas por los neuropsicólogos, los cuales se centran en trabajar procesos psicológicos básicos, como son: atención, memoria y percepción, dejando en un segundo plano, el lenguaje en su conjunto. Cabe destacar, que este trabajo llevado a cabo por los neuropsicólogos en el lenguaje, no es intensivo.

Dicho esto, vemos necesario el diseño y aplicación de un programa de intervención a nivel logopédico que abarque tanto las dificultades en el habla, como en el lenguaje, así como las funciones cognitivas (memoria, atención, etc.) de forma transversal en la intervención. El principal objetivo de este programa no será únicamente mejorar, sino también frenar los déficits que presentan estos pacientes, ya que debido a la propia enfermedad, poseen una atrofia cortical y subcortical que no podrá ser recuperada pero sí frenada, asimismo se podrá dotar a los pacientes de herramientas para solventar estos déficits.

Este programa de intervención irá destinado a una paciente con EM (caso único), con el fin de mejorar/frenar las dificultades que presenta, así como dar las pautas necesarias a los familiares.

1.3 OBJETIVOS GENERALES

Como objetivos generales en la intervención, nos proponemos:



2. MÉTODO

2.1 DESCRIPCIÓN DE LA PACIENTE

Paciente de 52 años de edad diagnosticada en 2006 de Esclerosis Múltiple (EM), teniendo lugar como primer brote una pérdida de fuerza en la pierna izquierda de forma progresiva. A través de resonancias magnéticas (RM) cerebral y medular (véase Figura 2 y Figura 3), se observan múltiples lesiones desmielinizantes.

El diagnóstico médico que le hicieron declaraba que padecía una EM tipo remitente-recurrente (EMRR), con progresión de los síntomas, además de un componente externo osteoarticular que hace referencia a una condromalacia rotuliana bilateral de grado IV, dando lugar a una gran impotencia funcional, la cual ha reducido a la paciente en silla de ruedas, además de las hernias discales que presenta.

Añadir, que la paciente es fumadora de una caja de cigarrillos diaria, a ello hay que sumarle que sufre de hipertensión arterial.

En 2013, se le realiza a la paciente un estudio neuropsicológico donde se obtiene como resultados, un nivel de calidad de vida física y mental bajo. Por otro lado, obtiene una puntuación moderada en ansiedad, mientras que en depresión, obtiene una puntuación leve.

En cuanto a las funciones neuropsicológicas, se observa que el lenguaje (denominación por confrontación visual) se encuentra conservado. En memoria verbal, se aprecian déficits en recuperación espontánea inmediata y tras demora de la información contextualizada y descontextualizada, sin embargo, en memoria visual, se obtienen unos resultados normales en cuanto a material visoespacial y visoperceptivo complejo.

Asimismo, la velocidad de procesamiento y atención están conservadas, pero se aprecian déficits en la memoria operativa. Por último, las funciones ejecutivas como pueden ser, la fluidez verbal ante consignas fonéticas y semánticas e integración visoperceptivas están conservadas, sin embargo, se aprecian déficits en inversión de secuencias verbales simples, flexibilidad e inhibición de respuestas complejas.

Por otro lado, a nivel motórico, se ha comprobado que no hay respuesta en el miembro inferior izquierdo, tanto por estimulación cortical como lumbar, mientras que en los miembros superiores presenta alteraciones patológicas en los supraespinosos que le impide la elevación total de ambos brazos.

En cuanto a los estudios de neuroimagen se hará distinción entre cuatro periodos de tiempo:

A. 2012

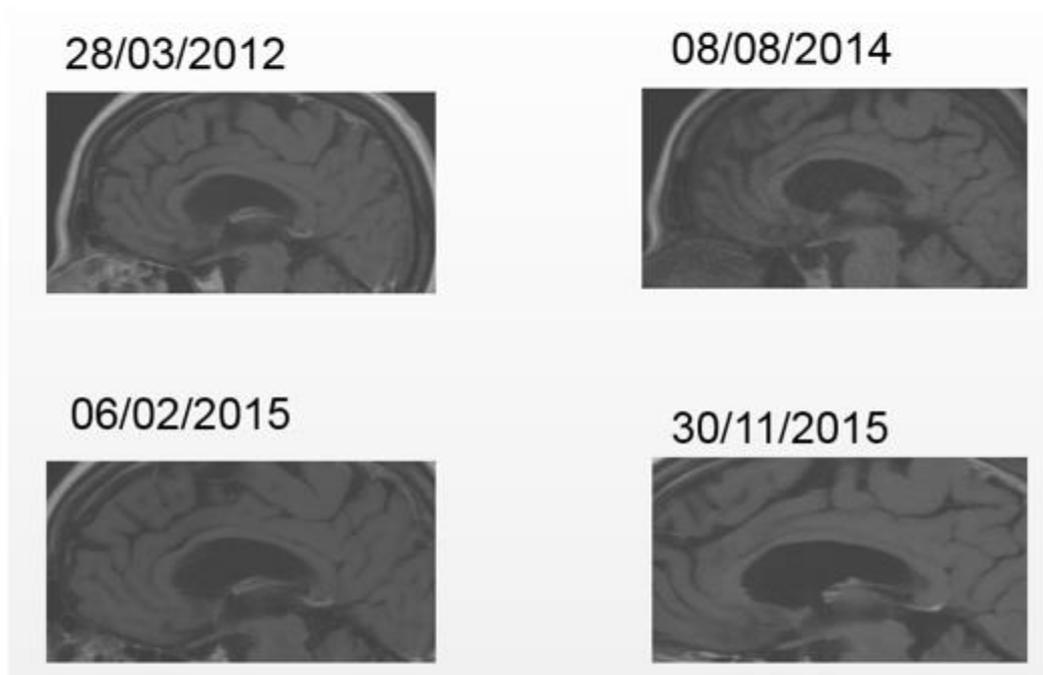
B. 2014

C. Junio de 2015

D. Noviembre de 2015

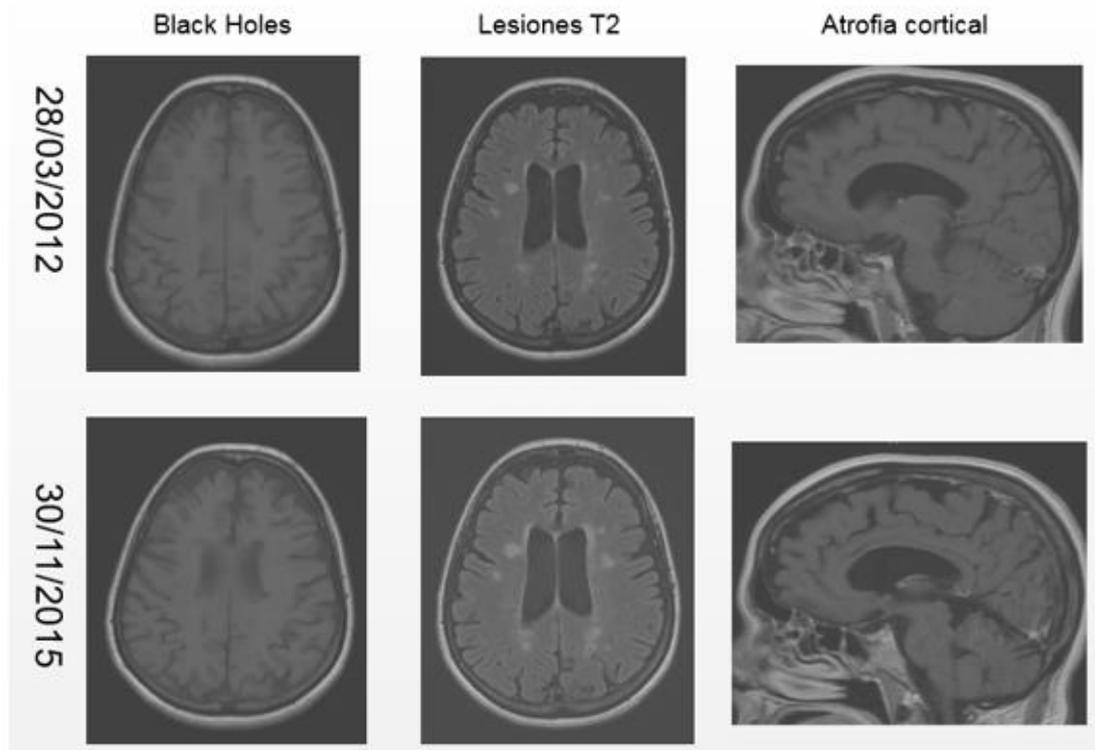
Mediante la Resonancia Magnética (RM), se puede observar a través de un corte sagital en **A**, la presencia de atrofia cerebral cortical y subcortical en la paciente, en la zona fronto-parietal, así como en el cuerpo calloso (más estrecho) y en los ganglios subcorticales. Sin embargo, en **B** se aprecia como los surcos han aumentado en profundidad y los pliegues han sufrido una mayor separación (aumento de la atrofia). Además, el cuerpo calloso ha disminuido su grosor en la zona media (zona relacionada con el hipocampo). Por último, en **C** ha incrementado considerablemente el deterioro con respecto a **B** y **A**. Esto se puede apreciar no sólo por la profundidad de los surcos y separación de los pliegues, sino por la separación de corteza cerebral del cráneo (fronto-parietal), así como el cuerpo calloso que ha continuado disminuyendo. Además, en **D**, a pesar de ser 5 meses después, se observa una mayor presencia de atrofia, con una mayor disminución del cuerpo calloso.

Figura 2. Resonancias magnéticas de corte sagital a lo largo del tiempo.



En un corte horizontal en **A**, se puede observar como la paciente presenta “agujeros negros”, los cuales son productos de la muerte neuronal que pueden expandirse debido a los déficits de conexión interneuronal, o pueden mantenerse si consiguen volver a establecer conexiones neuronales (nunca desaparecen).

Figura 3. Resonancias magnéticas de corte horizontal y sagital a lo largo del tiempo.



Actualmente, la enfermedad (EM) ha ido progresando de manera significativa y gradual. Debido a esto, la paciente remite a nivel neuropsicológico alteraciones en la velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, en la memoria verbal y en las funciones ejecutivas. Todo esto acarrea numerosas dificultades en el lenguaje.

Por otro lado, remite numerosos problemas en el habla, ya que la capacidad pulmonar de la paciente se encuentra deteriorada, además de dificultades en la movilidad de algunos órganos implicados en la fonación.

Estas dificultades en el habla y lenguaje acarrea numerosos problemas en las relaciones sociales.

(Ampliar en Anexo 7)

2.2 PROCESO PARA LA ELABORACIÓN, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN

Para llevar a cabo el programa de intervención con la paciente descrita, hemos realizado una serie de pasos. En primer lugar, mediante un análisis documental, hemos recogido la bibliografía necesaria referente a la enfermedad, así como la historia clínica

de la paciente. En segundo lugar, se ha realizado una evaluación inicial mediante entrevistas semiestructuras, tanto a la paciente y sus familiares, como a la neuróloga, además de diferentes pruebas estandarizadas y cualitativas. Una vez recogida toda la información, se diseña el programa de intervención, así como la planificación de la evaluación de dicho programa. Posteriormente, se llevará a cabo el programa de intervención con la paciente, para luego realizar una evaluación final, con el fin de comprobar si se han logrado o no los objetivos planteados. Por último, se obtendrán una serie de resultados y a raíz de éstos, se tomarán las decisiones pertinentes.

De manera esquemática, las fases de desarrollo de este trabajo han sido:



2.3 INSTRUMENTOS

En la siguiente tabla se verán reflejados los diferentes instrumentos/técnicas de evaluación con sus respectivos objetivos, así como la temporalización y la información obtenida. Además, se presenta un breve resumen de los resultados y valoraciones, los cuales estarán expuestos de forma detallada en los anexos (véase Anexos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14).

Todo lo mencionado anteriormente, ha sido utilizado para obtener información de la paciente y poder llevar a cabo el diseño y aplicación del programa de intervención.

Tabla 2

Instrumentos/técnicas para la evaluación de la paciente

INSTRUMENTO/TÉCNICA	TEMPORALIZACIÓN	OBJETIVOS	INFORMACION OBTENIDA	VALORACIÓN/ RESULTADOS
Análisis documental	9 al 16 de Marzo	Recoger la información necesaria sobre la bibliografía de la enfermedad, así como la historia clínica de la paciente.	Información de la enfermedad en general, además del transcurso de la enfermedad en la paciente a través de la historia clínica de los últimos 10 años.	
Entrevista neuróloga	16 de Marzo	Ampliar la información que hemos obtenido a través del análisis documental mediante una entrevista semiestructurada a la neuróloga.	Información de la EM y del transcurso de esta enfermedad en la paciente.	El avance de la enfermedad ha ido progresando de manera significativa.
Entrevista	12 de Abril	Conocer la percepción de las dificultades comunicativas que tiene la paciente, así como la percepción de éstas en sus familiares.	Conocimiento del transcurso de la enfermedad, problemas que acarrea en la comunicación y lenguaje, además del grado de motivación e interés por llevar a cabo el programa.	Presencia de dificultades en el habla y en el lenguaje. Además de la motivación para llevar a cabo el programa.
Test de Boston	12 de Abril	Evaluar las dificultades y las posibilidades de la paciente en todas las áreas del lenguaje.	Información de todas las áreas del lenguaje.	Puntuación inferior al percentil 50 en líneas melódicas, forma gramatical, discriminación de palabras, escritura narrativa y facilidad motora. Además, de presencia de dificultades en el habla.
RFI	13 de Abril	Conocer las dificultades que presenta a nivel fonológico.	Adquisición de los fonemas y articulación.	Adquisición de todos los fonemas, pero se observan dificultades articulatorias.
Prueba de sople	13 de Abril	Conocer el grado de capacidad pulmonar.	Capacidad pulmonar.	Capacidad pulmonar deficitaria.
Valoración miofuncional	13 de Abril	Tonicidad y movimientos linguales.	Movilidad y tono de los órganos implicados en la fonación.	Tanto el tono y la movilidad de los órganos implicados en la fonación son adecuados.
Observación	12 y 13 de Abril	Observar cualitativamente el acto de comunicación y lenguaje de la paciente.	Información cualitativa sobre la comunicación y el lenguaje.	Problemas en la articulación del habla, tono bajo y estructuración gramatical simple.

2.4 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: “COMUNICACIÓN Y LENGUAJE EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE”

Con la finalidad de proponer un plan de intervención con la paciente, y dentro del ámbito de la logopedia, poder contribuir así a una mejora de su comunicación, hemos diseñado un programa de intervención: “*Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple*” (véase Anexo 8), que, a continuación, trataremos de sintetizar.

Este programa abarcará un periodo de tres meses con 2 sesiones semanales, sumando un total de 25 sesiones. Cada una de ellas, tendrá una temporalización de 45 minutos.

A continuación, se mostrará un resumen del programa de intervención, donde estarán reflejados tanto los objetivos generales como los específicos, así como la temporalización que abarcarán éstos, además de un pequeño resumen de lo que se va a trabajar en las actividades planteadas.

Por otro lado, los objetivos generales planteados con sus respectivos objetivos específicos, estarán organizados a lo largo de las sesiones, siendo algunos de ellos trabajados durante todo el programa (de forma transversal) y otros trabajados sólo durante una sesión (in situ).

Tabla 3

Programa de intervención: “Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple”

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: “COMUNICACIÓN Y LENGUAJE EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE”			
OBJETIVOS GENERALES	ACTIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TEMPORALIZACIÓN
<p>1. Conocer el funcionamiento y la importancia de los órganos que intervienen en la emisión de la voz.</p>	<p>En primer lugar, se mostrará un vídeo sobre el sistema fono-respiratorio y fono-articulatorio, así como la propia percepción de dicho funcionamiento.</p>	<p>1.1 Conocer el funcionamiento del sistema fono-articulatoria a través de una exposición y que la paciente perciba el funcionamiento de éste.</p>	<p>In situ</p>
		<p>1.2 Observar la importancia de mejorar el funcionamiento de los órganos que intervienen en la emisión de la voz mediante la propia percepción de la paciente.</p>	<p>In situ</p>
<p>2. Mejorar los aspectos fono-articulatorios y fono-respiratorios de la paciente.</p>	<p>Se trabajará la respiración costo-diafragmática, el soplo, la coordinación fono-respiratoria, las praxias, así como la conciencia de la necesidad de articulación. Además, se trabajará la articulación, tanto en diálogo como dirigida, las diferentes intensidades de la voz y la colocación y proyección de la misma.</p>	<p>2.1 Aprender a controlar la respiración para facilitar la propia comunicación. Se trabajará la respiración costo-diafragmática de forma correcta.</p>	<p>Transversal</p>
		<p>2.2 Trabajar soplo para aumentar consigo la capacidad pulmonar y a su vez ayudar a aumentar la fuerza, intensidad y timbre.</p>	<p>Transversal</p>

		2.3 Unificar el soplo y la respiración con la emisión del sonido para conseguir una buena fonación.	Transversal
		2.4 Trabajar la musculatura implicada en la fonación.	In situ
		2.5 Concienciar de la necesidad de articulación.	Transversal
		2.6 Trabajar la articulación en diferentes contextos.	Transversal
		2.7 Trabajar la proyección de la voz a través de cambios de intensidad en diferentes distancias y diferentes contextos.	Transversal
3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.	Se trabajará la denominación de objetos, la producción de listado de objetos, la capacidad de relacionar objetos con lugares y la capacidad para enlazar palabras mediante sílabas.	3.1 Trabajar la fluidez de palabras mediante denominación o expresión dirigida (campo semántico).	Transversal
		3.2 Trabajar los procesos de razonamiento y resolución de diversas cuestiones con el fin de potenciar la agilidad mental.	Transversal

	<p>Por otro lado, también se trabajará la definición de conceptos, completar oraciones, resolución de problemas, velocidad de procesamiento mediante lectura y escucha, capacidad de comprensión tanto oral como escrita, construcción de oraciones simples y compuestas, discurso espontáneo y dirigido, procesos de inferencias y capacidad de enlazar secuencias para formar una historia.</p> <p>Además, de forma indirecta se trabajará la memoria y atención.</p>	<p>3.3 Potenciar la velocidad de procesamiento mediante la lectura y escucha.</p>	<p>Transversal</p>
		<p>3.4 Ofrecer pautas para la organización sintáctica de las oraciones.</p>	<p>In situ</p>
		<p>3.5 Trabajar la construcción de oraciones simples.</p>	<p>Transversal</p>
		<p>3.6 Potenciar el uso de oraciones complejas.</p>	<p>Transversal</p>
		<p>3.7 Trabajar los procesos de inferencias.</p>	<p>Transversal</p>
		<p>3.8 Conseguir estructurar los sucesos mentalmente para luego transmitir una historia.</p>	<p>Transversal</p>
		<p>3.9 Trabajar la comprensión oral y escrita, mediante historias, videos, etc.</p>	<p>Transversal</p>

4. Dar pautas de habilidades comunicativas.	Visualización de vídeos de diferentes personas para tomar conciencia de las habilidades comunicativas y la escucha activa.	4.1 Concienciar de la necesidad de incorporar habilidades comunicativas para lograr transmitir la información de forma efectiva al otro comunicante. Para ello se utilizará diferentes ejemplos con el fin de que observe la eficacia de las habilidades comunicativas.	In situ
	Luego, se le mostrarán diferentes formas de hacer preguntas para que el interlocutor se dé cuenta de que está siguiendo la conversación, uso de un lenguaje claro, sencillo y ordenado, así como poner en marcha habilidades que permitan transmitir la información de forma clara.	4.2 Aprender a hacer uso de la escucha activa sabiendo cómo estar en silencio, sin interrumpir y mostrando una actitud de interés (mirando a la cara, asintiendo) y respeto.	In situ
		4.3 Incorporar técnicas para realizar preguntas que permitan comprobar que está entendiendo y siguiendo la conversación.	In situ
	Por último, conseguir una buena voz en cuanto a timbre, fuerza e intensidad.	4.4 Utilizar un lenguaje claro que sea sencillo, ordenado y preciso.	In situ
		4.5 Poner en marcha el uso de habilidades que permitan comprender de forma más sencilla una explicación mediante metáforas, ejemplificaciones, explicitaciones, etc.	In situ

		4.6 Conseguir una buena voz en cuanto a su intensidad, fuerza y timbre, mediante el uso de determinados instrumentos y escalas melódicas.	In situ
		4.7 Hacer un uso adecuado del lenguaje no verbal para así apoyar el lenguaje verbal.	In situ
5. Dar pautas a los familiares para trabajar en casa.	Se incorporará al familiar en las sesiones y se le enseñará como se llevan a cabo cada una de las actividades, con el fin de que éste, las pueda llevar a cabo cuando los terapeutas no estén presentes Además, se le darán técnicas de relajación y como tratar al paciente cuando se comunica de forma inadecuada.	5.1 Incorporar en la realización de las sesiones al familiar, para que observe cómo se trabaja.	Transversal
		5.2 Instruir al familiar para que lleve a cabo diferentes actividades.	Transversal
		5.3 Dar pautas al familiar de cómo incorporar las actividades a las rutinas diarias.	Transversal
		5.4 Ofrecer información al familiar para saber cuándo debe realizar actividades más simples o más complejas y cuando debe parar.	Transversal
		5.5 Enseñar al familiar a llevar a cabo técnicas que permitan relajar a la paciente ante una situación que le genere estrés y no le permita hablar adecuadamente.	In situ
		5.6 Dar pautas de cómo debería tratar a la paciente cuando ésta se comunica mal o no se le entiende adecuadamente.	Transversal

Cabe destacar, que el programa de intervención “*Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple*” está diseñado para el trabajo de los terapeutas (logopedas) con la paciente, sin embargo, se les proporcionarán pautas a los familiares para desarrollar un seguimiento continuo del programa, de cara a un mayor éxito del mismo.

Debido al tiempo disponible para el diseño y aplicación del programa, sólo se ha podido llevar a cabo el primer y segundo objetivo general. Estos objetivos se centran principalmente en mejorar/frenar los problemas del habla, los cuales vemos necesario intervenir antes que los problemas presentes a nivel cognitivo y de lenguaje, ya que estos requerirán de un mayor tiempo de intervención debido a la sintomatología y avance de la enfermedad.

Los resultados obtenidos sobre los aspectos en los que hemos intervenidos se podrán ver en el documento detallado adjunto en el Anexo 8.

2.5 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

Nos hemos planteado planificar, conjuntamente con la elaboración del programa de intervención, el diseño de la evaluación, a fin de conocer su eficacia y funcionalidad para la paciente.

El motivo por el cual llevamos a cabo el diseño de la evaluación del programa de intervención, es para comprobar si dicho programa ha sido efectivo tras su aplicación, es decir, si la paciente ha conseguido los objetivos planteados.

Como hemos mencionado anteriormente, el programa durará aproximadamente tres meses. El planteamiento de evaluación será finalista, ya que pretendemos analizar, al final del proceso de intervención, si los resultados obtenidos se ajustan a los objetivos marcados. Asimismo, se evaluarán los diferentes ámbitos que abarca el programa de intervención, con sus respectivas dimensiones e indicadores. La evaluación se llevará a cabo en el domicilio familiar de la paciente.

En el programa de intervención van a participar los dos logopedas encargados de diseñar y llevar a cabo dicho programa. Por otro lado, la paciente con EM, que será la persona a la cual se le va a aplicar dicho programa para así evaluarla. Luego, los familiares de la paciente, los cuales aportarán información necesaria para realizar y llevar a cabo el programa, además de realizar algunas actividades por petición de los logopedas. Y por último, la neuróloga y neuropsicóloga que aportarán la información necesaria relacionada con las funciones cognitivas a evaluar. Cabe destacar, que la evaluación será exclusivamente llevada a cabo por los logopedas, así como la toma de decisiones.

Para ello nos basaremos en un modelo de evaluación orientada a los objetivos, el cual fue propuesto por R. W. Tyler. En este modelo, la evaluación se entiende como un proceso encargado de determinar la congruencia entre los objetivos y los logros (Tyler, 1950). El proceso de evaluación que sigue el modelo de Tyler se basa en establecer los objetivos, ordenarlos en amplias clasificaciones, definir esos objetivos en términos de comportamiento, establecer situaciones y condiciones según las cuales pueden ser demostrada la consecución de objetivos, explicar los diferentes propósitos, escoger o desarrollar las medidas técnicas apropiadas, recopilar los datos y por último, comparar estos datos con los objetivos establecidos. Por esta razón, vemos necesario basarnos en este modelo, ya que para lograr los objetivos planteados en el programa de intervención “*Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple*”, se requiere cierto tiempo para lograrlos debido a la patología que se aborda, por lo que un modelo procesual no sería viable. Por lo tanto, se hará una evaluación antes de intervenir y se plantearán una serie de objetivos que serán clasificados en función de si se han logrado o no, al terminar el

proceso de evaluación. (Véase evaluación del programa “*Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple*” en Anexo 10)

Una vez delimitado y justificado el modelo, vemos necesario el uso de éste en nuestro estudio de caso único, ya que nos centraremos en conseguir diversos objetivos categorizados en diferentes áreas. Para ello, se lleva a cabo una evaluación final, en la cual se evalúan los comportamientos observables y no observables para delimitar así, si se han logrado o no.

Tabla 4
Objetivos de evaluación

OBJETIVOS DE EVALUACIÓN
1. Comprobar si hay interés por parte de la paciente para mejorar sus dificultades.
2. Verificar si se dispone de los recursos necesarios para aplicar el programa.
3. Comprobar que el plan de intervención está justificado de forma adecuada.
4. Comprobar que el orden de las diferentes actividades propuestas es el adecuado.
5. Comprobar si el nivel de dificultad de las actividades propuestas es el adecuado.
6. Comprobar que la temporalización del programa se haya cumplido.
7. Comprobar que el material propuesto para cada actividad es el adecuado.
8. Comprobar el coste de la aplicación de este programa no es excesivo.
9. Comprobar si los objetivos del programa se han conseguido.
10. Comprobar si hay implicación por parte de los familiares.
11. Comprobar que se han llevado a cabo de forma correcta las pautas que se le han dado al familiar para trabajar con la paciente.
12. Conocer el grado de satisfacción de la paciente tras la intervención, al igual que el grado de satisfacción de sus familiares con respecto a éste.
13. Comprobar que la evaluación llevada a cabo es la adecuada.
14. Contar con los consentimientos tanto para la recogida de información como para la propia intervención.
15. Mostrar imparcialidad en la redacción de los resultados y del informe.

3. RESULTADOS INICIALES

Para llevar a cabo el programa de intervención, ha sido necesario recabar información mediante el uso de diferentes instrumentos y técnicas, ya mencionados anteriormente (véase tabla 2).

En primer lugar, tras el pase de la entrevista a la neuróloga (véase Anexo 2) se obtiene información general sobre la enfermedad y el tratamiento de ésta. Sin embargo, a través del pase de las entrevistas tanto a la paciente como a los familiares (véase Anexos 3, 4, 5 y 6), se obtiene información sobre la percepción que presentan éstos, sobre la enfermedad y las dificultades que acarrea en la comunicación y el lenguaje.

Según la percepción de la paciente, ésta manifiesta que presenta dificultades en el habla debido a una mala articulación, a un tono muy bajo y dificultades en la prosodia, lo que conlleva a numerosas dificultades para comunicarse a diferentes distancias, lo cual es corroborado por los familiares. Destacar, que la paciente cree que estas dificultades son debidas a la propia enfermedad y a la prótesis dentaria que posee.

Por otro lado, comenta que la mayoría de las veces, no piensa lo que tiene o quiere decir, sino que lo dice de forma espontánea. Además, el nivel de vocabulario es simple y tiene dificultades para encontrar palabras, lo que conlleva al uso de frases simples y problemas en la estructuración y coherencia del discurso. Los familiares concuerdan en el uso que hace la paciente de frases simples, sin embargo, discrepan en cuanto al nivel de vocabulario, ya que uno de ellos manifiesta que éste es reducido, pero el otro familiar piensa que es amplio y que no lo emplea de la forma correcta.

En cuanto al discurso, uno de los familiares corrobora lo que comenta la paciente acerca de las dificultades en la estructuración y coherencia de las conversaciones, mientras que el otro familiar no percibe estas dificultades, pero si concuerda con la paciente en que es capaz de seguir el hilo de una conversación de manera correcta. Por último, ambos familiares manifiestan que hay problemas para comunicarse con personas desconocidas, al igual que la paciente.

Tras el pase de las entrevistas, se lleva a cabo una evaluación inicial del lenguaje y de los órganos implicados en la fonación. Para ello, se realiza una evaluación tanto cuantitativa como cualitativa.

En primer lugar, tras realizar la prueba del espirómetro, la paciente consigue elevar sólo la segunda bola (900 cc), y la tercera (1.200 cc) solo vibra, pero no consigue elevarla. Además, a través de la observación hemos podido observar que la paciente durante el discurso emite frases cortas y se fatiga debido a esa débil capacidad pulmonar.

En cuanto a la articulación, tras administrarle el RFI, podemos comprobar que tiene incorporados todos los fonemas (véase Anexo 14). Sin embargo, hemos podido apreciar que existen numerosos problemas a la hora de articular de forma adecuada la mayoría de los fonemas.

Por otro lado, tras pasar la ficha miofuncional se observa que la paciente no presenta dificultades en el tono y movilidad de la musculatura implicada en la fonación, ya que presenta normalidad en casi todos los aspectos (véase Anexo 13). Cabe destacar, que los problemas de articulación mencionados anteriormente, son debidos a un déficit de apertura vocal, así como a la poca movilidad de los labios y lengua durante el discurso.

Por último, tras el pase del Test de Boston encontramos que la paciente se encuentra por debajo del percentil 50 en fluidez (línea melódica y forma gramatical), en comprensión auditiva (discriminación de palabras), en agilidad articulatoria y en escritura (facilidad motora y escritura narrativa) (véase Anexo 12).

Una vez realizada las entrevistas y la evaluación inicial mencionada anteriormente, se administra parte del programa de intervención diseñado (véase Anexo 8). Durante este periodo, el campo de intervención se ha centrado en las alteraciones de coordinación fonorespiratoria y fonarticulatoria.

Una vez aplicado el programa y tras realizar la evaluación final, la paciente sigue presentando una respiración superior, sin embargo, la utilización de la respiración costodiafragmática está en proceso de automatización. Asimismo, se observa un mayor

control de soplo y un incremento en los tiempos de respiración, pudiéndose observar mediante la prueba del espirómetro, donde es capaz de elevar la tercera bola (1.200 cc).

Por otro lado, en el proceso de articulación se han podido observar ciertas mejoras, tales como, mayor apertura a la hora de hablar y mayor control sobre la musculatura implicada en la articulación (veáse Anexo 11).

4. REFERENCIAS

- Adrew, J., & Solomon, G. (2013). Misdiagnosis of multiple Sclerosis Frequency, causes, Effects, and Prevention. *Current Neurology and Neuroscience Report*, 13(12), 403.
- Amato, M.P., Langdon, D., Montalbán, X., Benedict, R.H.B., DeLuca, J., Krupp, L.B., ... Comi, G. (2013). Treatment of cognitive impairment in multiple sclerosis: position paper. *Journal of Neurology*, 260(6), 1452-1468.
- Amato, M.P., Zipoli, V., & Portaccio, E. (2006). Multiple sclerosis-related cognitive changes: a review of cross-sectional and longitudinal studies. *Journal of the Neurological Sciences*, 245(1-2), 41-46.
- Ansari, N. N., Naghdi, S., Mohammadi, R., & Hasson, S., (2014). Multiple Sclerosis Walking Scale-12, translation, adaptation and validation for the Persian language population. *Gait & Posture*, 41, 420-424.
- Banwell, B.L. (2008). Through the eyes of a child: Research insights gained through the study of childhood multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 14(4), 4-5.
- Castellanos, F.X., Lee, P.P., Sharp, W., Jeffries, N.O., Greenstein, D.K., Clasen, L.S., ... Rapoport, J.L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288(14), 1740-1748.
- Chalah, M.A., Riachi, N., Ahdab, R., Créange, A., Lefaucheur, J.P., & Ayache, S.S. (2015). Fatigue in Multiple Sclerosis: Neural Correlates and the Role of Non-Invasive Brain Stimulation. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 30(9), 460.
- Cruz-Gómez, J., Belenguer-Benavides, A., González-Rosa, J.J., Simón- Gosalbo, A., & Forn, C. (2011). Análisis crítico de los estudios de neuroimagen en relación con el rendimiento cognitivo en pacientes con esclerosis múltiple. *Rev Neurol*, 53(6), 337-350.
- Drake, M., Carrá, A., & Allegri, R. (2001). Trastornos de memoria en esclerosis múltiple. *Revista Neurológica Argentina*, 26, 108-112.
- Forrester, M.B., Coleman, L., & Kornberg, A. (2009). Multiple sclerosis in childhood: Clinical and radiological features. *Journal of Child Neurology*, 24(1), 56-62.

- Gil, M.J., Cerezo, M., Marasecu, R., Pínel, A., López, L., & Aladro, Y. (2013). Neuropsychological síndromes in multiple sclerosis. *Psicothema*, 25(4), 452-460.
- Goldenberg, M. (2012). Multiple sclerosis review. *Pharmacy and Therapeutic*, 37(3), 175-184.
- Guimarães, J., & Sá, M. J. (2012). Cognitive Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Frontiers in Neurology*, 3(34), 123-130.
- Hawker, K. (2010). Primary progressive multiple sclerosis. *Continuum*, 16(5), 211–225.
- Jena, S.S., Alexander, M.L., Aaron, S., Mathew, V., Thomas, M.M., Patil, A.K., ... Rebekah, J.G. (2015). Natural history of multiple sclerosis from the Indian perspective: Experience from a tertiary care hospital. *Neurology India*, 63(6), 866-873.
- Juárez, G. (2010). Neurorehabilitación del paciente con esclerosis múltiple. *Revista mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22, 41-53.
- Ko Ko, C. (1999). Effectiveness of rehabilitation for multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 13, 33-41.
- Kornek, B., & Lassmann, H. (2004). Neuropathology of multiple sclerosis new concepts. *Brain Research Bulletin*, 61, 321-326.
- Krone, B., Pohl, D., Rostasy, K., Kahler, E., Brunner, E., Oeffner, F., & Hanefeld, F. (2008). Common infectious agents in multiple sclerosis: A case-control study in children. *Multiple Sclerosis*, 14(1), 136-139.
- LaRocca, N.G. (1995). Efficacy of rehabilitation in multiple sclerosis. *Journal of Neurologic rehabilitation*, 6, 147-155.
- Lublin, F. D., Reingold, S. C., Cohen, J. A., Cutter, G. R., Sørensen, P. S., Thompson, A. J., ... Polman, C. H. (2014). Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revisions. *Neurology*, 83(3), 278–286.
- Mackenzie, C., & Green, J. (2009). Cognitive-linguistic deficit and speech intelligibility in chronic progressive multiple sclerosis. *International Journal of Language Communication Disorders*, 17, 1-20.
- Mitolo, M., Venneri, A., Wilkinson, I., & Sharrack, B. (2015). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: A systematic review. *Journal of the neurological Sciences*, 354, 1-9.
- Muñoz, A., Oreja-Guevara, C., Cebolla, S., Carrillo, L., Rodríguez, B., & Bayón, C. (2015). Psychotherapeutic and psychosocial interventions for managing stress in multiple sclerosis: the contribution of mindfulness-based interventions. *Neurología*, 31(2), 113-120.

- Nieto, A., Sánchez, M.P., Barroso, J., Olivares, T., & Hernández, M.A. (2008). Alteraciones cognitivas en etapas iniciales de la esclerosis múltiple y su relación con el estado de ánimo, variables demográficas y clínicas. *Psicothema*, 20, 583-588.
- Oreja-Guevara, C., Montalbán, X., de Andrés, C., Casanova-Estruch, B., Muñoz-García, D., & García, I. (2013). Consensus document on spasticity in patients with multiple sclerosis. *Revista de Neurología*, 57(8), 359–373.
- Otero, S., Batlle, J., Bonaventura, I., Brieva, L., Bufill, E., & Cano, A. (2010). Multiple sclerosis epidemiological situation update: pertinence and set-up of a population based registry of new cases in Catalonia. *Revista de Neurología*, 50(10), 623–633.
- Playford, E. D., (2012). ¿Es EM? *Revista MS In Focus*. Multiple sclerosis international federation. Londres, Reino Unido.
- Pozuelo-Moyano, B., & Benito-León, J. (2015). Trastornos afectivos y psicóticos en la esclerosis múltiple. *Revista de Neurología*, 61, 503-508.
- Rebolleda, G., Díez-Álvarez, L., Casado, A., Sánchez-Sánchez, C., de Dompablo, E., González-López, J.J., & Muñoz-Negrete, F.J. (2015). OCT: New perspectives in neuro-ophthalmology. *Saudi J Ophthalmol*, 29(1), 9-25.
- Renom, M., & Galán, I. (2007). La comunicación en la esclerosis múltiple. *Rehabilitation in multiple sclerosis*, 3.
- Renom, M., Conrad, A., Bascañana, H., Cieza, A., Galán, I., Kesselring, J., & Coenen, M. (2014). Content validity of the Comprehensive ICF Core Set for multiple sclerosis from the perspective of speech and language therapists. *International Journal of Language & Communication disorders*, 49(6), 672–686.
- Rostasy, K. (2007). Multiple sclerosis in children: Clinical, diagnostic, and therapeutic aspects. *International Review of Neurobiology*, 79, 269-279.
- Rosti-Otajärvi, E. M., & Hämäläinen, P. I. (2014). Neuropsychological rehabilitation for multiple sclerosis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Servicio Canario de Salud. (2016). *Guía de Actuación en Pacientes con Esclerosis Múltiple*. Manuscrito inédito [Manuscrito en preparación]. Elaborado por la unidad de Esclerosis Múltiple del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.
- Sistiaga, A., Castillo-Triviño, T., Aliri, J., Gaztañaga, M., Acha, J., Arruti, M., ... Olascoaga, J. (2014). Cognitive performance and quality of life in multiple sclerosis in Gipuzkoa. *Revista De Neurología*, 58(8), 337–344.
- Spiro, D.B., (2012). Early onset Multiple Sclerosis: A review for nurse Practitioners. *Pediatric multiple sclerosis*, 26, 399-408.

- Teijeira, J.M., Montes, C., Díaz, E., & González-Barón, S. (1998). Visual evoked potentials (VEP). Current perspectives. *Rev Neurol*, 26(151), 451-458.
- Terré-Boliart, R., & Orient-López, F. (2007). Tratamiento rehabilitador en esclerosis múltiple. *Revista de Neurología*, 44(7), 426-431.
- Thompson, A. (2000). The effectiveness of neurological rehabilitation in multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation Research and development*, 37, 455-61.
- Tsang, B. K-T., & Macdonell, R. (2011) Multiple sclerosis- diagnosis, management and prognosis. *Australian Family Physician*, 40(12), 948–955.
- Tyler, R. (1950). Basic principle of curriculum and instruction. Chicago: Chicago University.
- Varga, B.E., Gao, W., Laurik, K.L., Tátrai, E., Simó, M., Somfai, G.M., & Cabrera DeBuc, D. (2015). Investigating Tissue Optical Properties and Texture Descriptors of the Retina in Patients with Multiple Sclerosis. *PLoS One*, 10(11).
- Zuvich, R.L., McCauley, J.L., Pericak-Vance, M.A., & Haines, J.L. (2009). Genetics and pathogenesis of multiple sclerosis. *Seminars in Immunology*, 21, 328-333.

ANEXOS

ÍNDICE ANEXOS

ANEXO 1. Hoja de información al paciente.....	29
ANEXO 2. Entrevista neuróloga.....	32
ANEXO 3. Entrevista paciente.....	39
ANEXO 4. Entrevista paciente. Habilidades comunicativas.....	43
ANEXO 5. Entrevista familiar 1. Habilidades comunicativas.....	45
ANEXO 6. Entrevista familiar 2. Habilidades comunicativas.....	47
ANEXO 7. Informe logopédico inicial de la paciente tras la evaluación.....	50
ANEXO 8. Programa de intervención “ <i>Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple</i> ”.....	59
ANEXO 9. Materiales para el desarrollo de las actividades del programa de intervención.....	97
ANEXO 10. Evaluación del programa “ <i>Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple</i> ”.....	119
ANEXO 11. Informe logopédico de evolución de la paciente tras la aplicación parcial del programa.....	132
ANEXO 12. Test de Boston (versión abreviada).....	133
ANEXO 13. Ficha miofuncional.....	151
ANEXO 14. RFI.....	155

ANEXO 1. Hoja de información al paciente.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

CENTRO: COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de caso único en el que usted será la persona a estudiar. El estudio se llevará a cabo para realizar el Trabajo de Fin de Grado que pertenece a la sección de Logopedia de la Universidad de la Laguna.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El presente estudio tiene como objetivo ver las consecuencias que le ha producido su enfermedad (EM) en el ámbito de la Logopedia, es decir en su comunicación y lenguaje con el fin de crear un programa de intervención que permita mejorar sus problemas fonoarticulatorios y a su vez su calidad de vida.

Para ello se requiere hacer una entrevista a su neuróloga para conocer a fondo la enfermedad y las consecuencias de ésta desde el momento del diagnóstico hasta la actualidad. Por lo que se necesita acceder a su historial médico (resonancias magnéticas, evaluación cardiológica, neumológica etc), así como que nos aporte imágenes por resonancia magnéticas, TAC, gráficos, etc que podamos incorporar al estudio. Además de esto, se requiere una evaluación no invasiva (expresión oral, comprensión, articulación, respiración, etc) para poder valorar sus dificultades.

Los beneficios de este estudio serán ayudar a la persona en sus dificultades de comunicación y lenguaje para mejorar así su calidad de vida y la de su entorno.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal del sujeto participante se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo los evaluadores lo conocerán. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

(Opcional, sólo si existe esta posibilidad) Sólo se transmitirán a terceros los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, n° de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad.

El acceso a su información personal quedará restringido a su neuróloga, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por los evaluadores, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente retenidas para evitar la realización de nuevos análisis.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Tal y como exige la ley, para participar deberá firmar y fechar el documento de consentimiento informado.

Los evaluadores son Sra...*NOELIA... EXPOSITO... VELAZQUEZ*..... y Sr...*ANTHAMI... RIVERO... CANINO*..... Si durante la realización de este estudio le surge alguna cuestión relacionada con él puede consultar con la Dra...*ELENA MARGARITA... REAL... HERNÁNDEZ*. De la sección de Logopedia de la Universidad de la Laguna.

**** Nota aclaratoria:** en este documento aparecen en letra normal los aspectos que quedan fijos para todos los estudios, y en cursiva los aspectos variables dependiendo de las características del estudio, pero que deben obligatoriamente cumplimentarse.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (nombre y apellidos)

A.V.D.

He leído la hoja de información que se me ha entregado.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

NOELIA EXPÓSITO VELÁZQUEZ Y AYTHAMI RIVERO LANINO
(nombre de los evaluadores)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1º Cuando quiera
- 2º Sin tener que dar explicaciones.
- 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.



Firma del paciente:

Nombre: A.V.D.

Fecha: 6/3/2016



Firma del evaluador:

Nombre: NOELIA EXPÓSITO VELÁZQUEZ

Fecha: 6/03/2016



Firma del evaluador:

Nombre: AYTHAMI RIVERO LANINO

Fecha: 6/3/2016

ENTREVISTA NEURÓLOGA

1. DIAGNÓSTICO

- **Antes de diagnosticar esclerosis múltiple, ¿Qué posibilidades barajaron?**

Empezó en el 2006, el primer brote lo tuvo en ese momento con la pérdida de fuerza en la pierna izquierda, ahí se hizo todo el despistaje, las analíticas fueron normales, las bandas oligoclonales positivas, las serologías negativas y la resonancia ya era compatible con el diagnóstico y las lesiones eran en el cerebro y a nivel medular. Y en ese momento se le indicó ya tratamiento, osea que se hizo un diagnóstico en el primer brote y siendo administrado de forma precoz.
- **¿Por qué se descartaron otro tipo de diagnósticos?**

Normalmente en esta patología lo que tienes es que descartar otras enfermedades autoinmune que cursan con daños desmielinizantes en el SNC son el lupus, artritis, soriasis, etc., todo eso se le descartó de forma rutinaria y se suelen descartar con una analítica. También se descartaron procesos infecciosos. El diagnóstico diferencial que se aplicó fue muy extenso.
- **¿Qué síntomas presentaba la paciente para poder ser diagnosticada de EM?**

El diagnóstico no era sólo por los síntomas, el diagnóstico es síntomas compatibles, es decir un déficit neurológico (que puede ser por otras cosas), el inicio de los síntomas fue subagudo, osea no fue brusco que te puede dar a pensar que fue un ictus, sino que fue subagudo y luego el resto de pruebas complementarias, osea una resonancia compatible con lesiones desmielinizantes, en diferentes estadios evolutivos y luego que los demás estudios de otras cosas son negativos.
- **¿Qué tipos de pruebas se hicieron?**

Se hizo, RM, punción lumbar, potenciales evocados, serologías, despistaje autoinmunitario de otras índoles, y otros marcadores, la verdad que es muy extenso el despistaje.
- **Para llegar al diagnóstico, ¿sólo se basó en su propio criterio o intervinieron otros profesionales?**

Si, a ver, el proceso en 2006 fue que ingresó para estudio, y tras esto se revisa todas las pruebas en una sesión clínica donde todo el mundo opina. En este hospital, los neurólogos tratan de forma precoz pidiendo resonancias a ver cómo van las cosas, esto antes no estaba generalizado en todos los hospitales. La ventaja de aplicarse de forma precoz es que el daño lesional de los pacientes es muchísimo menor que en otros sitios.

- **Una vez diagnosticado, ¿qué tipo de EM presenta la paciente?**
Ella en aquel momento una EM remitente – recurrente no habían datos para pensar en otras cosas.
- **¿Y con la clasificación actual?**
Sigue estando en la misma, con progresión de los síntomas. Ella tiene síntomas deficitarios que han progresado que además ha sido agravada por una componente osteoarticular externo que nada tiene que ver con la enfermedad pero sí que se ve agravada la situación.
- **A lo largo del tiempo, ¿podría darse un cambio de tipo de EM o se mantendrá el mismo?**
Bueno podríamos pensarnos si estamos ante una secundaria-progresiva, si ya estamos en una fase donde no hay nada de actividad y estamos progresando, esa es la duda en la que estamos actualmente. Sabemos que muchos pacientes con un perfil de no nuevos brotes, no aumento de la discapacidad, situación estable. Cuando retiramos fármacos porque estamos en una fase progresiva, lo que tenemos son brotes de activación. Por lo que ante esa situación que sabemos que ocurre, pues preferimos dejar puesta la medicación, ya que un nuevo brote podría dejarla peor.

2. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

- **¿Se conocía con detalle esta enfermedad en el año en el que fue diagnosticada la paciente?**
Sí, se conocía.
- **De no ser así, ¿hoy por hoy, es más fácil detectar la EM que en años anteriores?**
No, en esa época ya íbamos bien, la RM en España empieza a funcionar en el 70s y es a partir de ahí donde da un vuelvo el diagnóstico, hasta entonces sí que era muy difícil. Desde que tenemos incorporada la RM es mucho mejor, además con RM de seguimiento vamos aprendiendo más sobre la enfermedad porque no es solo el diagnóstico, sino que si no presenta brotes y lo que tiene es progresivo, no puedes ver sin un seguimiento como avanza la actividad y si debes ser agresivo. Además que evitas que la evolución sea peor.
- **Antes de tratar a esta paciente con EM, ¿tuvo otros pacientes con esta enfermedad?**
Sí, yo me formé en le HUNSC, luego me fui a Gerona a trabajar una temporada y estuve trabajando en el Trueca en la unidad de EM y a donde quiera que he ido siempre he tenido contacto con pacientes con EM.

3. PRIMER CONTACTO

- **¿Cómo se le informa a la paciente y sus familiares de la enfermedad?**

A ver cuando un paciente ingresa para diagnóstico, y digo ingresa porque estaba bien en su casa y presenta un déficit (deja de ver, empieza a caminar mal, lleva una semana caminando peor...), entonces ingresa porque el paciente se encuentra mal. Si ingresa normalmente a medida que vamos teniendo las pruebas complementarias, vamos insinuándole al paciente por dónde van los tiros, es decir, que se ha ido descartando infecciones, enfermedades de otro tipo, y ya le vas diciendo más o menos. Al alta en un 90% ya tenemos prácticamente el diagnóstico hecho, el otro 10% es que no tenemos clara cuál es la situación o nos faltan resultados por llegar (de las bandas, anticuerpos anti NMO, etc., entonces hay algunas cosas que debemos esperar un poquito más. Pero la primera visita de seguimiento se la damos en mes o mes y medio, ahí vemos todas las pruebas complementarias, una RM de seguimiento que hemos pedida para esa visita y ya solemos tener el diagnóstico. Hay casos más dudosos que nos pueden llevar hasta 1 año haciendo pruebas, pero son casos atípicos, en líneas generales en 4 meses está el diagnóstico. Otro grupo de pacientes son los que nos llegan a la consulta de forma ambulatoria, donde tuvieron un déficit y cuando llega a la consulta del neurólogo estaba bien. Esas personas se estudian de forma ambulatoria y siguen un estudio más o menos igual. Aunque la punción lumbar se suele dejar para un “segundo tiempo”, porque si el diagnóstico va encaminado a algo diferente a EM, es mejor ahorrarse una punción lumbar.

En esto sí que ha cambiado a lo largo del tiempo, ya la punción lumbar no hace tanta falta para el diagnóstico persé y por lo tanto ha disminuido ya que se utilizan otras pruebas complementarias. Pero sí que se está volviendo hacer ya que nos dan marcadores pronósticos y a la hora de ser más agresivos o no con los fármacos utilizamos estos factores. Por lo que intentamos hacerle punción lumbar a casi todo el mundo, aquí no solo hacemos bandas oligoclonales y IGG, sino que también tenemos las IGM líquido específicas (que no las hacen en Madrid), luego anticuerpos anti NMO...

4. DIFICULTADES ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD

- **¿Qué dificultades a nivel motriz, sensorial, de lenguaje, etc. estarían asociados a la enfermedad? (Preguntar a partir de su respuesta)**

Bueno mira, los síntomas más comunes de una EM son trastornos sensitivos, un hemicuerpo, las dos piernas, los brazos con alteraciones sensitivas que los pacientes refieren que los tienen dormidos, que han perdido la sensibilidad, que cuando se duchan la temperatura corporal la notan distinta de un lado del cuerpo que en el otro, y luego tienen los motores. Puede que tenga síntomas sensitivos solo, sensitivo con motor o motor solo, con debilidad que puede ser en una pierna, en las dos piernas, en los brazos, una alteración de la fuerza de la cara. Otros síntomas son la neuritis óptica (afectación de la vista), sensación de mareos e inestabilidad, aspectos cognitivos (que se pueden dar desde el inicio). EL brote en EM es más progresivo, empieza en una pierna, hoy caminas mal, peor mañana peor y la progresión suele ser una semana o 10 días y luego de forma espontánea empieza a mejorar, porque el cuerpo tiene herramientas para

remielinizar. Por eso antes, la gente se diagnosticaba en el segundo o tercer brote, porque ellos se iban recuperando).

- **¿Cómo ha visto la afectación en el lenguaje en estos pacientes?**

Es muy rara la afectación en el lenguaje, es rara la afectación en el lenguaje que tenga disartria, que tenga afasia, que tenga parafasia, eso es muy raro que pueda ocurrir, pero algunos casos hay descritos. Pero lo que sí que hay es alteración de la velocidad de hablar en cuanto a la fluidez, que se ve alterada, presenta dificultades a la hora de hacer un discurso de corrido, suelen tener pausas porque no encuentran la palabra, les cuesta construir toda la frase. Además a veces si se acompaña de un déficit de atención, saltan de una idea a otra, pero vamos que problemas persé del lenguaje como una disartria o una afasia suelen ser poco frecuentes. Pero sí, que pueden tener problemas a la hora de producir determinadas sílabas o construir palabras con determinadas sílabas sobre todo la fluidez y lo que es la memoria operativa que es necesaria para el lenguaje.

5. EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

- **¿Cómo ha sido la evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta la actualidad? ¿Ha empeorado, mejorado o se ha mantenido constante?**

En esta paciente que estamos revisando, en principio brotes claros no han habido dentro de la actividad de su enfermedad, se han añadido otros fenómenos como es la cefalea atencional y ha habido una alteración en la marcha pero debido a la condromalacia rotuliana. Esta patología a ser bilateral, le impedía estar de pie, el uso de bastones terminó siendo problemáticos, porque tuvo una rotura de los manguitos de los dos brazos, con lo cual tampoco se podía mantener de pie, entonces a ella la marcha se le limitó de forma temprana, no tanto por la evolución de la enfermedad como por la patología asociada. Aunque sí que tiene progresión de la enfermedad, ella empezó con una debilidad en una pierna que nunca recuperó, se quedó esa secuela y se ha ido añadiendo otras cosas. Luego, mediante las pruebas de electromiogramas que se le han hecho, se ha descartado que tenga afectación del nervio periférico por una plasopatía lumbar y demás, que en algún momento se pensó que podía tener una afectación, sobre todo porque en la RM de columna apareció pequeñas hernias discales. Y bueno, ella fundamentalmente donde empeora es a partir de 2012, que es cuando la empezamos a ver conjuntamente con trauma, por todo este tema de dificultad para movilizar. El estar en sillas de ruedas inmovilizada y demás hace que los músculos sean de mala calidad, con lo cual no nos ayuda para en un momento dado volver a ponerla de pie. Se desestimó tratamiento quirúrgico porque la afectación de las rótulas es severa y tampoco se le va a operar de los manguitos rotadores. Luego la rehabilitación es muy difícil por todas las cosas que tiene. Cognitivamente se ha valorado pero no te puede decir yo como está, a mí me da la impresión que está medianamente, eso sí deprimida (quien no se deprime al estar todo el día en una silla de ruedas y ver que antes era capaz de organizar todo y ahora es cada vez más dependiente de los demás para hacer las cosas), por lo que creo que esta situación es acorde a la situación que tiene. De todas maneras, se le puso tratamiento antidepresivo a ella pero la respuesta no es buena,

pero para no tenerla con tanta polifarmacia le hemos ido quitando medicación al respecto.

- **A nivel cerebral, ¿qué hemisferios y áreas se han visto afectadas? ¿eso ha repercutido en algún otro aspecto (movilidad, lenguaje...)?**

Es global, todo, tiene su atrofia generalizada (cortical y subcortical) no tiene zonas más afectadas sino es en su conjunto y la médula también la tiene atrofiada. Todo esto ha repercutido en sus funciones, es como el pez que se muerde la cola, si tú no mueves un brazo, la representación de tu brazo en el cerebro... el cerebro también se va atrofiando esto es una simbiosis. También tolera mal los fármacos para la espasticidad, por lo que agrava el manejo de la espasticidad, el dolor.

- **La paciente presenta dificultades a la hora de expresarse tanto por la articulación como la prosodia y el tono, ¿esto puede ser debido al daño neurológico o a esa sensación de fatiga/agotamiento que produce la enfermedad?**

Las dos cosas, hay una parte que es debido a una atrofia cerebral de envejecimiento con lo cual las funciones son más lentas, mayor dificultad para integrar las cosas, tiene también una alteración en la memoria de trabajo (para rescatar cosas de forma ágil, en ese sentido está bastante afectada y hay un combinado de todo).

- **La EM, ¿hace que avance mucho más el deterioro cognitivo?**

Sí, tiene un deterioro cognitivo específico. Neurona que se muere, neurona que deja de funcionar, neurona que deja de relacionarse con las demás, y eso además, favorece el que haya otras áreas que se van afectando, digamos por continuidad en el tiempo. Cada vez que hay un brote, se lesiona esa parte, se recupera, pero luego hay una parte que va encadenada en el tiempo. De esta forma, el deterioro en la EM, está presente incluso desde el inicio del diagnóstico. El número de brotes influye, cada brote, cada daño cerebral, empeora la situación cognitiva. Hay brotes sólo cognitivos también. Ella tiene, por ejemplo, mucha carga lesional, en el sentido de, agujeros negros, atrofia.

- **¿En qué medida el consumo de tabaco afecta a la progresión de la enfermedad o inhibe parcialmente la eficacia de los fármacos?**

El tabaco está relacionado con la severidad de la enfermedad, en el sentido de que los brotes son de mayor intensidad, la recuperación es menor, y es mucho más prolongada. Además la progresión de discapacidad es más intensa. Aquí, se le recomienda a todo el mundo que deje el hábito tabaquito.

- **Los problemas de velocidad y procesamiento cognitivo (memoria, atención...) ¿son debido a la propia enfermedad o al tratamiento farmacológico?**

Ella ha estado en principio con fármacos antiepilépticos, para controlar el dolor. Dentro de estos fármacos, se han utilizado anabolizantes del estado de ánimo, debido al ánimo tendente a la depresión que presenta la paciente, y eso, a las dosis que se le han puesto no le producen mucho deterioro cognitivo, sin embargo, a dosis más altas, sí que pueden producirlo, pero a las dosis que ha llevado ella no. También se le han asociado fármacos como el Diorezal, que es un anti-espástico, que puede dar somnolencia, apatía, abulia,

etc., ese sí que le puede afectar desde el punto de vista cognitivo. Luego, probamos el Sativex, que no lo tolero porque le sentó mal.

6. TRATAMIENTO (MENCIONAR DE FORMA GENERAL)

- **A finales de la década de los 90, se establecieron una serie de fármacos (Interferón) para esta enfermedad, ¿cuándo fue diagnosticada recurrió a estos tipos de fármacos?**
Sí, se le inicio temprano el Avonex. En el 92s se introdujo el Interferón. Además, también hay fármacos para reducir la fatiga, para mejorar la marcha, que también ayuda al manejo del día a día. Para la espasticidad, el dolor, el Sativex, y también para problemas esfinterianos.

- **La administración de dichos fármacos, ¿tienen efectos secundarios en la paciente? En caso afirmativo, ¿cuáles?**

No tiene efectos secundarios, el que tu pongas un cannabinoide que está bloqueando la función psicótropa, no te da efectos cognitivos, el efecto cognitivo lo estas aboliendo, solamente estas dejando la otra fase. Otra cosa es que toleres el fármaco o no. La paciente, por ejemplo, tiene intolerancia a muchos fármacos. Algunas veces te ves limitada pero por la propia condición de ella.

- **Actualmente hay una serie de fármacos que están aprobados para el tratamiento de dicha enfermedad, entre ellos hay uno que regenera la mielina, ¿esto podrá cambiar el curso de la enfermedad (en todos los niveles), tanto en estadios iniciales como avanzados?**

Esos están todavía en fase de experimentación. Esos fármacos nos darán un aporte extra, ya que mientras vamos descubriendo cosas, tenemos pacientes que ya van con el curso de su enfermedad. Entonces, el poder utilizar fármacos que regeneren mielina y que regeneren algo, pues nos va a ayudar seguro. Por otro lado, estamos siendo más agresivos, en el paciente que debuta. Hay que controlar de forma intensa la actividad de la enfermedad, para intentar que no progrese.

Antes no se hacían tantas RM, sólo se hacían RM cada 2 años si no habían brotes, y te estás perdiendo en 2 años de gente que no está dando la cara clínicamente con un brote. Las RM que se hacen ahora son RM normales, las funcionales son para el campo de la investigación.

7. REHABILITACIÓN

- **¿Cree que la rehabilitación en los pacientes con EM es necesaria?**

Es fundamental, no tenemos posibilidades para poder soportar a todo el mundo, pero lo ideal sería que desde la primera situación, establecer un plan fisioterapéutico para cada uno. Hay personas que están bien por lo que plan fisioterapéutico es si te gusta

nadar, nada, si te gusta correr, corre, pero otras personas necesitan un plan fisioterapéutico más reglado, como natación, ejercicios acuáticos, bicicleta, un poco más específico. Lo ideal sería que una persona con EM tuviera rehabilitación continua. No tenemos un sistema que nos lo permita, por lo que nos valemos de estrategias, se hacen grupos de rehabilitación, intentan enseñar cosas para que hagan en el domicilio. Y luego cuando ya se pierde mucha movilidad, lo que es la movilidad pasiva es fundamental, y eso sí que falla porque no tenemos soporte para poder dar fisioterapia, por ejemplo esta paciente.

- **En el caso de poder disponer de recursos ideales, ¿hubiera sido necesario la aplicación de rehabilitación en la paciente?**

Si, por supuesto, en ella sí.

- **Los pacientes que tienen problemas a nivel del lenguaje, ¿se derivan a logopedia?**

Si. Nosotros tenemos fondos que conseguimos de donaciones y lo que es la rehabilitación cognitiva la trabajamos mucho, no solamente el diagnóstico sino intentar mejorar el funcionamiento del día a día, de la calidad de vida habitual, es decir, no es que mejores una situación por mejorar. Tenemos pacientes en los que utilizamos terapias, lo mandamos a logopedia porque necesitan de un tratamiento específico y a veces utilizamos dentro de las estrategias habituales nuestras, ejercicios más habituales, lo que es listado de palabras, intentar buscar silabas, eso lo solventamos nosotros.

- **Actualmente no recibe rehabilitación, aun así sigue teniendo problemas de movilidad en los miembros inferiores y superiores, otros dolores asociados, problemas al expresarse, respirar y además no puede realizar labores domésticas, ¿cree que debería de disponer de un logopeda, fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional que le ayude a mejorar en estas áreas?**

Sí, yo creo que sí, en los diferentes aspectos claro.

La última vez que la vi yo, fue en diciembre del año pasado, tenía dolor en ambos brazos, rotura de hombro con rotura de manguito rotadores, no ha mejorado con el tratamiento rehabilitador, silla de ruedas por problemas traumatológicos, condromalacia rotuliana de grado IV, se le pidieron anticuerpos anti interferón, por si el interferón no le estaba haciendo efecto, pero no. Luego, tiene problemas esfinterianos y estos problemas le producen muchas infecciones de repetición. Además tiene micturia, despertares frecuentes por la noche y a parte de los calambres, y el descanso no es bueno. También presenta intolerancia a muchos fármacos. De hecho, tiene una cefalea crónica diaria, continuamente con dolor y no responde a nada, y luego en la exploración física tiene una afectación piramidal con una debilidad 3-4 sobre todo a la flexo-extensión de la cadera, lo que es ponerte de pie, no. Los reflejos están vivos en todos lados pero el de mayor envergadura es en el lado izquierdo, tanto brazo como pierna. Tiene además para fastidiar, una sensibilidad vibratoria nula que indica que no sabes dónde tienes los pies.

ENTREVISTA PACIENTE

1. DATOS PERSONALES

- **Nombre:** Ana María Velázquez Delgado
- **Fecha de nacimiento:** 28 de Julio de 1963
- **Lugar de nacimiento:** La Caleta de Interián
- **Sexo:** Mujer
- **Domicilio:** C/ Walt Disney, nº 5
- **Estado civil:** Casada
- **Estudios:** Básico (8º)
- **Trabajo:** No
- **Nivel socioeconómico:** Medio
- **Número de hijos:** 1
- **Tipo de enfermedad que padece:** Esclerosis múltiple (EM), condromalacia grado IV,

2. PREGUNTAS SOBRE LA ENFERMEDAD

- **¿Padece de alguna otra enfermedad?**
Estoy en un psiquiatra y en un psicólogo, tengo depresiones.
- **¿Ha padecido alguna enfermedad autoinmune (afectan al SNC) a lo largo de su vida que no haya sido Esclerosis Múltiple (EM)?**
No.
- **¿Existen familiares con alguna enfermedad autoinmune (afectan al SNC)?, ¿y con EM?**
Epilepsia, un hermano.
- **¿Por qué motivo acude a consulta/urgencias?**
Acudí a urgencias porque ya me costaba caminar y cuando me fui a duchar sentí un calor elevado en el pie y como que me estaba quemando, como fuego, y dije esto no es normal y acudí a urgencias del hospital.

- **A parte de esa sensación de calor ¿Cuáles fueron los primeros síntomas?**
Perdida de movilidad de la pierna izquierda y fuerza en la mano.
- **En 2006 fue diagnosticada de EM, ¿cómo fue diagnosticada de EM, es decir, que pruebas le hicieron?**
Primero me hicieron un escáner, luego me hicieron otro porque estaban dudosos y luego un punzón lumbar, pinzamiento en la zona lumbar.
- **¿Qué supuso para usted el diagnóstico de dicha enfermedad?**
Quizás lo cogí yo mejor que mi marido que estaba al lado, cuando me lo dijeron dije yo pues, me lo suponía, me suponía que tenía algo de eso, y mi marido no sabía lo que era, eche “pa” adelante.
- **¿Por qué supuso que podía ser esa enfermedad?**
Ya había leído algo, tenía la mosca detrás de la oreja. Cuando me hicieron lo del punzón ya sabía que ahí era determinante lo que me iban a diagnosticar, o si o no. Sabía que tenía hernias pero yo sabía que esto no era de las hernias.
- **¿Recibió la suficiente información sobre la enfermedad en dicho momento?**
No, en ese momento no.
- **Actualmente, ¿conoce las nuevas terapias que hay para la enfermedad?**
No, me entero más o menos en la consulta, por la doctora.
- **¿De qué le ha hablado la doctora?**
Sobre la enfermedad, que me afectaría más a los brazos, a lo que es mente.
- **Tanto su marido como su hija, ¿conocen con detalle la enfermedad?**
Sí, ahora sí.
- **¿Conoce algún otro caso de EM?**
 - **Si lo conoce, ¿nos podría decir las diferencias entre usted y esa persona o personas, en cuanto al transcurso de la enfermedad?**

Sí, varios. Sí, hay una chica en Los Silos, considero que está peor que yo, porque no mueve las manos y no mueve los pies.

3. TRANSCURSO DE LA ENFERMEDAD

- **Desde el 2006 que fue diagnosticada, ¿cómo ha avanzado la enfermedad?**

Cada vez más débil al caminar, a hacer cosas de la casa, no tengo agilidad, la memoria me ha fallado. Movilidad sobre todo movilidad, tener que ir a ducharme con ayuda, para subir al coche.

- **¿Qué dificultades han tenido lugar en el transcurso de la EM? (respiratorias, articulatorias, movilidad, cognitiva, etc.)**

Respiratorio no he tenido dificultades, pero si articulatorios, cada vez más. A nivel cognitivo si, la memoria y comprensión también.

- **¿Cree que la enfermedad la ha limitado de poder realizar ciertas actividades? En caso afirmativo, ¿cuáles y por qué?**

Si, bastantes. Caminar paseando, ir de compras, muchas cosas, hacer las comidas, correr, nadar. Diversiones pocas, la verdad.

4. ALIMENTACIÓN

- **¿Presenta dificultades a la hora de tragar? En el caso de ser afirmativo, ¿cuáles?**

No, hasta ahora no.

- **¿Puede comer cualquier tipo de alimentos?**

No, todo tipo no, porque tengo una prótesis dentaria.

5. AMBIENTE SOCIAL

- **¿Se define como una persona introvertida o extrovertida?**

Más bien introvertida.

- **Introvertida, ¿se definiría ahora o desde siempre?**

Desde siempre.

- **¿Con quién pasa más tiempo a lo largo del día?**

Con mi marido y mi madre.

- **¿Acude actualmente a rehabilitación? ¿Por qué?**

No, no me han aconsejado, la he realizado pero no me conviene.

- **¿Realiza alguna actividad de ocio/deportiva?**

Natación.

- **¿Realiza actividades en casa para reforzar algunas áreas (memoria, atención, motrices, etc.)?**

Sí, tengo una Tablet que ahí, me entretengo y memorizo, también hago punto cruz, bordado, la cosa es mantenerme activa.

- **¿Es igual la relación, en cuanto a comunicación, que tiene con sus familiares más cercano que con una persona desconocida?**

Igual, igual.

- **¿Cómo es su día a día?**

La llevo con entereza, no me gusta que vaya por la calle y me digan la pobre, quiero estar bien, si tengo que salir en silla de ruedas, hay gente que no me ha visto y se extraña pero da igual, salgo.

6. PREGUNTAS FINALES

- **¿Cómo cree que será la enfermedad en los próximos años? ¿Por qué?**

Yo creo que me ira afectando cada vez más. De hecho en la última resonancia ya tenía media vertebra seca, y ya la doctora me dijo que cada vez irían avanzando más, y menos movimientos tendría. Que me encame o no, ya eso estará en manos de esa enfermedad o en manos mías también, porque yo no quiero encamarme.

- **¿Cree que se podría hacer algo para frenar la progresión?**

Yo pienso que es no parar de perder la esperanza y seguir, y creo que la doctora que me está tratando también tiene interés en ello.

ENTREVISTA

BLOQUE I: COMUNICACIÓN

- **¿Se ha visto afectada el habla en el transcurso de la enfermedad? ¿En qué?**
Si bastante, me cuesta pronunciarlo, me trabo mucho, se me va la voz y suelo ir bajando el tono.
- **¿Cree que esto es debido a algo que no sea la enfermedad?**
No, creo que es de la enfermedad y también porque tengo una prótesis dental, porque se desgastó el hueso de la encía debido a la EM.
- **¿Actualmente cuesta entenderla cuando habla?**
Muchos dicen que sí, pero yo me entiendo. Pero el que me está oyendo dice que sí, que me voy apagando la voz.
- **¿Esas dificultades para entenderla a que son debidas, mala articulación de las palabras, a que habla muy bajo, etc.?**
Hablo bajo y mala articulación.
- **Cuando quiere expresar una idea, ¿lo hace de forma clara? (uso de ejemplificaciones, metáforas, palabras adaptadas al contexto, etc.)**
Según me viene a la cabeza lo suelto.
- **¿Si se le pide que resuma algo es capaz de hacerlo?**
Hay días que sí y otros que no.
- **¿Puede comunicarse a diferentes distancias sin problema?**
No, me tendría que acercar a donde esté la persona.
- **¿Cómo es su nivel de vocabulario? (amplio, reducido, etc.)**
Más bien reducido.
- **¿Siempre ha sido así o le cuesta encontrar palabras?**
Me cuesta encontrar palabras.
- **¿Utiliza frases simples o más complejas?**
Simples, cuanto más simples mejor.
- **¿Es capaz de expresar las cosas con estructuración y coherencia?**

Me cuesta, casi siempre.

- **¿Le cuesta respirar o se fatiga cuando habla?**

No.

- **El ritmo y tono del habla, ¿se han visto afectados con la enfermedad?**

Si, si, bastante.

- **¿Utiliza adecuadamente el lenguaje no verbal?**

Si.

- **Cuando mantiene una conversación o siguiendo el argumento de una historia o película, ¿hace preguntas?**

No, procuro no hacerlas.

- **¿Es capaz de seguir el hilo de la conversación?**

Si.

- **¿Es capaz de inferir parte de la conversación si no la escucha entera?**

Si.

- **¿Hace un uso adecuado de la escucha activa? (Es decir, saber cómo estar en silencio, sin interrumpir, mostrando una actitud de interés y respeto)**

Si.

- **¿Es capaz de mantener una conversación fluida con personas nuevas o desconocidas o evita este contacto?**

Fluida, fluida no, me cortaría.

BLOQUE II: EXPECTATIVAS SOBRE EL PROGRAMA

- **¿Cree que necesita de rehabilitación logopédica?**

Yo creo que voy necesitando, antes no, ahora sí.

- **¿Qué expectativas tiene con el programa?**

Me vendría bien.

- **¿Cree que va a ser útil? ¿En qué?**

Por supuesto, yo sé que voy perdiendo lo que es hablar y me enseñarían en que la lengua no se me trabe tanto.

ENTREVISTA

BLOQUE I: COMUNICACIÓN

- **¿Se ha visto afectada el habla en el transcurso de la enfermedad? ¿En qué?**
Si, en que bueno, antes tenía más facilidad en la palabra, pero ahora se traba algo más al hablar.
- **¿Esas dificultades para entenderla a que son debidas, mala articulación de las palabras, a que habla muy bajo, etc.?**
Habla más bajo, no sé si le cuesta también estructurar lo que quiere decir.
- **¿Influyen esas dificultades a la hora de comunicarse con los demás?**
Si, cuando no estamos muy juntos no le entiendo lo que dice.
- **Cuando quiere expresar una idea, ¿lo hace de forma clara? (uso de ejemplificaciones, metáforas, palabras adaptadas al contexto, etc.)**
Si, a veces sí, otras le cuesta expresar una idea que quiere decir.
- **¿Si se le pide que resuma algo es capaz de hacerlo?**
Si.
- **¿Puede comunicarse a diferentes distancias sin problema?**
No, cuando está lejos no se le entiende lo que dice, habla muy bajo y antes no pasaba.
- **¿Cómo es su nivel de vocabulario? (amplio, reducido, etc.)**
Yo creo que es reducido.
- **¿Utiliza frases simples o más complejas?**
Simples, antes tampoco era muy de alargar frases.
- **¿Es capaz de expresar las cosas con estructuración y coherencia?**
Si, a veces no, pero si casi siempre.
- **¿Le cuesta respirar o se fatiga cuando habla?**
Si.
- **El ritmo y tono del habla, ¿se han visto afectados con la enfermedad?**
Si.

- **¿Utiliza adecuadamente el lenguaje no verbal?**
Sí.
- **Cuando mantiene una conversación o siguiendo el argumento de una historia o película, ¿hace preguntas?**
No.
- **¿Es capaz de seguir el hilo de la conversación?**
De momento sí.
- **¿Es capaz de inferir parte de la conversación si no la escucha entera?**
Yo creo que sí.
- **¿Hace un uso adecuado de la escucha activa? (Es decir, saber cómo estar en silencio, sin interrumpir, mostrando una actitud de interés y respeto)**
Hay momentos que no espera, pero otros que sí.
- **Antes del diagnóstico de la enfermedad, ¿era una persona extrovertida o introvertida?, y ¿actualmente?**
Siempre ha sido un poco introvertida.
- **¿Es capaz de mantener una conversación fluida con personas nuevas o desconocidas o evita este contacto?**
No mucho, se corta un poco.
- **¿A qué crees que es debido?**
Pues no lo sé, antes si era un poco así, pero no sé.

BLOQUE II: EXPECTATIVAS SOBRE EL PROGRAMA

- **¿Cree que necesita de rehabilitación logopédica?**
Yo creo que sí.
- **¿Qué expectativas tiene con el programa?**
Le va a beneficiar, en los problemas del habla para que tenga facilidad y hable mejor.
- **¿Está dispuesto a participar de forma activa en la intervención?**
Sí, por supuesto.

ENTREVISTA

BLOQUE I: COMUNICACIÓN

- **¿Se ha visto afectada el habla en el transcurso de la enfermedad? ¿En qué?**
Si, y más ahora en el momento en el que está. No vocaliza bien, por lo que no se le entiende del todo bien, habla muy bajo.
- **¿Actualmente cuesta entenderla cuando habla?**
Si, bastante la verdad. No solo porque no se le entiende sino porque habla muy bajito, como ya dije antes.
- **¿Influyen esas dificultades a la hora de comunicarse con los demás?**
Hombre claro, porque la gente no le entiende cuando está hablando.
- **Cuando quiere expresar una idea, ¿lo hace de forma clara? (uso de ejemplificaciones, metáforas, palabras adaptadas al contexto, etc.)**
Normalmente no, dice lo que quiere decir y ya está, no se complica.
- **¿Si se le pide que resuma algo es capaz de hacerlo?**
Algunas cosas si, lo que le cuesta acordarse de ciertas cosas.
- **¿Puede comunicarse a diferentes distancias sin problema?**
No, porque habla muy bajito, siempre hay que decirle que suba el volumen para poder escucharla.
- **¿Cómo es su nivel de vocabulario? (amplio, reducido, etc.)**
Yo pienso que tiene vocabulario, pero el que emplea es bastante reducido. Pienso que sea, porque no se quiere complicar la vida a la hora de hablar.
- **¿Utiliza frases simples o más complejas?**
Utiliza frases simples, sí.
- **¿Es capaz de expresar las cosas con estructuración y coherencia?**
Normalmente no, suele mezclar muchas cosas y a veces no tienen coherencia.
- **¿Le cuesta respirar o se fatiga cuando habla?**
No creo que le cueste respirar, pero si cuando habla mucho o se agobia se fatiga.
- **El ritmo y tono del habla, ¿se han visto afectados con la enfermedad?**

Si, por supuesto. Ella antes no hablaba tan bajito.

- **¿Utiliza adecuadamente el lenguaje no verbal?**

Sí, yo creo que sí.

- **Cuando mantiene una conversación o siguiendo el argumento de una historia o película, ¿hace preguntas?**

Según, si le interesa, pues puede hacer preguntas pero si no, no dice nada.

- **¿Es capaz de seguir el hilo de la conversación?**

En ocasiones sí, pero normalmente se pierde y entiende cosas que no son, pero no quiere decir que no puedas mantener una conversación con ella.

- **¿Es capaz de inferir parte de la conversación si no la escucha entera?**

Pues no lo sé, quizás muchas veces saque sus propias conclusiones.

- **¿Hace un uso adecuado de la escucha activa? (Es decir, saber cómo estar en silencio, sin interrumpir, mostrando una actitud de interés y respeto)**

Si claro, aunque a veces en casa puede que interrumpa alguna conversación, pero yo creo que la razón es porque quiere decir las cosas antes de que se le olviden.

- **Antes del diagnóstico de la enfermedad, ¿era una persona extrovertida o introvertida?, y ¿actualmente?**

Ella siempre ha sido vergonzosa, pero antes quizás era más extrovertida en algunas cosas y ocasiones, y ahora con la enfermedad y los problemas que tiene pues se achaque más.

- **¿Es capaz de mantener una conversación fluida con personas nuevas o desconocidas o evita este contacto?**

De mantener una conversación es capaz, con sus más y sus menos, pero si es verdad que con personas desconocidas se retraiga más, por el hecho de que se rían de ella o digan que habla mal. No sé eso es lo que pienso y veo yo.

BLOQUE II: EXPECTATIVAS SOBRE EL PROGRAMA

- **¿Cree que necesita de rehabilitación logopédica?**

Si por supuesto.

- **¿Qué expectativas tiene con el programa?**

Las expectativas que tengo son bastante buenas, ya que a lo largo de la enfermedad no han visto necesaria la intervención logopédica pero en el momento en el que esta es bastante necesaria para solucionar esos problemas.

- **¿Cree que va a ser útil? ¿En qué?**

Sí, claro. porque va a solucionar los problemas de articulación, el que habla demasiado bajo y muchos otros problemas que están ligados a éstos, que la ayudaran tanto a la hora de comunicarse como es su calidad de vida.

ANEXO 7. Informe logopédico inicial de la paciente tras la evaluación.

INFORME LOGOPÉDICO INICIAL

1. DATOS PERSONALES

Sexo: Mujer

Edad: 52 años

Estado civil: Casada

Fecha del informe: 15 de mayo de 2016

2. ANAMNESIS

Paciente de 52 años de edad diagnosticada en 2006 de Esclerosis Múltiple (EM), teniendo lugar como primer brote una pérdida de fuerza en la pierna izquierda de forma progresiva. A través de resonancias magnéticas (RM) cerebral y medular, se observan múltiples lesiones desmielinizantes en la secuencia T2 y en el SNC y medular: C2-C3 y D4, D8. Además, presenta una cefalea tensional con tendencia a crónica diaria (en tratamiento).

El diagnóstico médico que le hicieron declaraba que padecía una EM tipo remitente-recurrente (EMRR), con progresión de los síntomas, además de un componente externo osteoarticular que hace referencia a una condromalacia rotuliana bilateral de grado IV, dando lugar a una gran impotencia funcional la cual la ha reducido en silla de ruedas, además de hernias discales en L4-L5 y L5-S1, la cual propicia también al uso de la misma.

Mencionar, que antes del diagnóstico de la enfermedad, presentaba una hipoacusia por otosclerosis bilateral, de la cual fue intervenida quirúrgicamente con resultados satisfactorios. Además, la paciente es fumadora de una caja de cigarrillos diaria, a ello hay que sumarle que sufre de hipertensión arterial.

1.1 Valoración neuropsicológica en 2013

En 2013, se le realiza a la paciente un estudio neuropsicológico donde se obtiene como resultados, un nivel de calidad de vida física y mental bajo (35,78/100), tras el pase del MSQoL-54. Por otro lado, obtiene una puntuación en ansiedad de 12, siendo esto una puntuación moderada, mientras que en depresión obtiene una puntuación de 10, siendo leve.

En cuanto a las funciones neuropsicológicas, se observa que el lenguaje (denominación por confrontación visual) se encuentra conservado. En memoria verbal, se aprecian déficits en recuperación espontánea inmediata y tras demora de la información contextualizada y descontextualizada, sin embargo, en memoria visual, se obtienen unos resultados normales en cuanto a material viso-espacial y viso-perceptivo complejo. Asimismo, la velocidad de procesamiento y atención están conservadas, pero se aprecian déficits en la memoria operativa. Por último, las funciones ejecutivas, como pueden ser la fluidez verbal ante consignas fonéticas y semánticas e integración viso-perceptivas están conservadas, sin embargo, se aprecian déficits en inversión de secuencias verbales simples, flexibilidad e inhibición de respuestas complejas.

Por otro lado, a nivel motórico, tras un estudio neurofisiológico, se ha comprobado que no hay respuesta en el miembro inferior izquierdo tanto de estimulación cortical como lumbar, mientras que en los miembros superiores no presenta alteraciones patológicas, excepto en los supraespinosos que le impide la elevación total de ambos brazos.

1.2 Estudios de neuroimagen en el tiempo

En este subapartado se hará distinción entre cuatro periodos de tiempo.

A. 2012

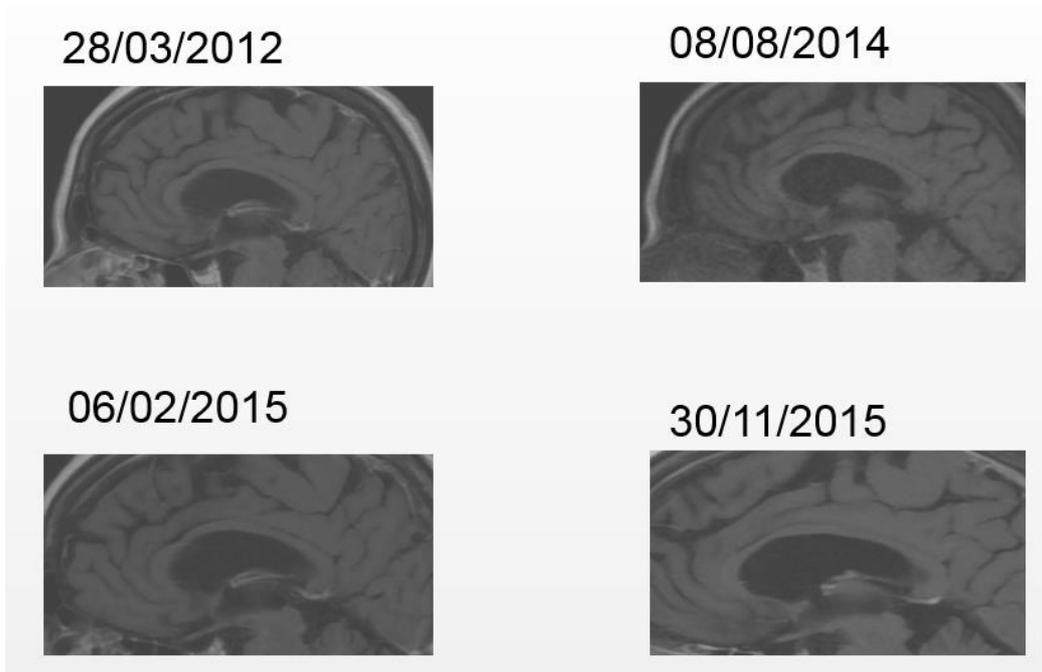
B. 2014

C. Junio de 2015

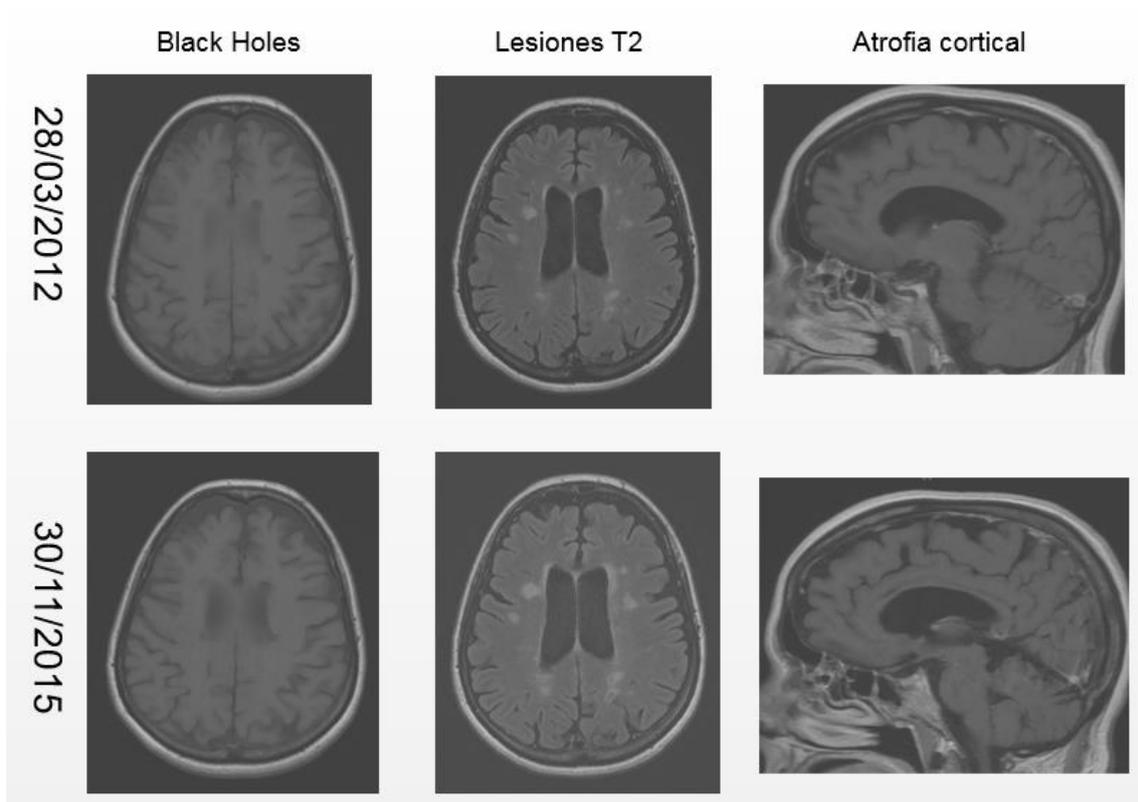
D. Noviembre de 2015

Mediante la Resonancia Magnética (RM), se puede observar a través de un corte sagital en **A**, la presencia de atrofia cerebral cortical y subcortical, en la zona fronto-parietal (se puede apreciar en la profundidad de los surcos y en la separación de los pliegues), así como en el cuerpo calloso (más estrecho) y en los ganglios subcorticales. Sin embargo, en **B** se aprecia como los surcos han aumentado en profundidad y los pliegues han sufrido una mayor separación (aumento de la atrofia). Además, el cuerpo calloso ha disminuido su grosor en la zona media (zona relacionada con el hipocampo). Por último, en **C** ha incrementado considerablemente el deterioro con respecto a **B** y **A**. Esto se puede apreciar no sólo por la profundidad de los surcos y separación de los pliegues, sino por la separación de corteza cerebral del cráneo (fronto-parietal), así como el cuerpo calloso que ha continuado disminuyendo. Asimismo, en **D**, a pesar de ser 5 meses

después, se observa una mayor presencia de atrofia, con una mayor disminución del cuerpo calloso.



En un corte horizontal en **A**, se puede observar como la paciente presenta “agujeros negros”, los cuales son productos de la muerte neuronal que pueden expandirse debido a los déficits de conexión interneuronal, o pueden mantenerse si consiguen volver a establecer conexiones neuronales (nunca desaparecen). Estos llamados “agujeros negros” se encuentran en las astas de los ventrículos laterales. Además, se observan diversas lesiones características de la EM, como son cicatrices (escleras) de forma difusa por el SNC. Sin embargo, en **D** se observa como los agujeros negros han incrementado su tamaño y como han aparecido y aumentado las cicatrices, así como la presencia de un ensanchamiento de los ventrículos laterales, siendo esto producto de la atrofia que presenta.



1.3 Datos actuales

Actualmente, la enfermedad (EM) ha ido progresando de manera significativa y gradual. Debido a esto, la paciente remite a nivel neuropsicológico alteraciones en la velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, en la memoria verbal y en las funciones ejecutivas. Todo esto acarrea numerosas dificultades en el lenguaje.

Por otro lado, remite numerosos problemas en el habla, ya que la capacidad pulmonar de la paciente se encuentra deteriorada, además de dificultades en la movilidad de algunos órganos implicados en la fonación.

Estas dificultades nombradas anteriormente, acarrea numerosos problemas en las relaciones sociales.

3. PLANTEAMIENTO DE LA EVALUACIÓN

Pruebas:

- Registro fonológico inducido (RFI)
- Espirómetro

- Ficha miofuncional
- Test de Boston (formato abreviado)
- Observación

4. ÁREAS EXPLORADAS

Conciencia fonémica:

- Praxias bucofaciales
- Voz y ritmo

Capacidad pulmonar:

- Tipo de respiración
- Capacidad de soplo

Praxias:

- Agilidad de la musculatura facial y bucal
- Tonicidad de los órganos implicados en la fonación
- Estado de los elementos implicados en la fonación

Fluidez:

- Longitud de la frase
- Línea melódica
- Forma gramatical

Habla de conversación/exposición:

- Respuesta sociales y sencillas

Comprensión auditiva:

- Discriminación de palabras
- Órdenes
- Material ideativo complejo

Recitado:

- Secuencias automatizadas

Repetición:

- Palabras
- Oraciones

Denominación:

- Respuesta de denominación
- Denominación por categorías

Lectura:

- Mecánica lectora
- Comprensión lectora

Escritura:

- Mecánica
- Copia
- Dictado

5. ACTITUD DEL PACIENTE

La paciente se muestra colaboradora, con un buen nivel de atención, mostrando interés en solucionar las dificultades que presenta.

6. RESULTADOS OBTENIDOS

➤ **Exploración de la capacidad pulmonar**

Espirómetro

Tras realizar la prueba del espirómetro, la paciente consigue elevar sólo la segunda bola (900 cc), y la tercera (1.200 cc) solo vibra, pero no consigue elevarla. Además, mediante la observación hemos podido ver que la paciente durante el discurso emite frases cortas y se fatiga debido a esa débil capacidad pulmonar.

➤ **Exploración articulatoria**

Registro Fonológico Inducido (RFI)

En cuanto a la articulación, tras administrarle el RFI, podemos comprobar que tiene incorporados todos los fonemas. Sin embargo, hemos podido observar que existen numerosos problemas a la hora de articular de forma adecuada la mayoría de los fonemas.

➤ **Exploración miofuncional**

Ficha miofuncional

No presenta dificultades en el tono y movilidad de la musculatura implicada en la fonación, ya que tras el pase de la ficha miofuncional, presenta normalidad en casi todos los aspectos.

Cabe destacar, que los problemas de articulación mencionados anteriormente, son debidos a un déficit de apertura vocal, así como a la poca movilidad de los labios y lengua durante el discurso.

➤ **Exploración del lenguaje**

Test de Boston

Fluidez:

- Longitud de la frase: 7/7
- Línea melódica: 3/7
- Forma gramatical: 4/7

Habla de conversación/exposición:

- Respuesta sociales y sencillas: 7/7

Comprensión auditiva:

- Discriminación de palabras: 14/16
- Órdenes: 10/10
- Material ideativo complejo: 6/6

Articulación:

- Agilidad articulatoria (características del habla): 3/7

Recitado:

- Secuencias automatizadas: 4/4

Repetición:

- Palabras: 5/5
- Oraciones: 2/2

Denominación:

- Respuesta de denominación: 10/10
- Denominación por categorías: 12/12

Lectura:

- Lectura: (palabras: 15/15), (oraciones: 5/5)
- Comprensión lectora: (discriminación letras-palabras: 8/8), (emparejar dibujo-palabra: 4/4), (comprensión de oraciones y párrafos: 4/4)

Escritura:

- Mecánica
- Copia
- Dictado

Tras el pase del Test de Boston encontramos que la paciente se encuentra por debajo del percentil 50 en fluidez (línea melódica y forma gramatical), en comprensión auditiva (discriminación de palabras), en agilidad articulatoria y en escritura (facilidad motora y escritura narrativa).

Cabe destacar, que en la descripción de la lámina “El robo de las galletas” de forma oral, hay un predominio de frases simples sin una correcta estructuración gramatical, además de un contenido vacío. Por otro lado, haciendo referencia a la misma lámina, en cuanto a la escritura, se observa que no existe coherencia y estructuración, además de un uso repetitivo del vocabulario.

7. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

Paciente de 52 años de edad, diagnosticada de EM en 2006. Una vez realizada la exploración logopédica basada en las siguientes pruebas: *RFI, ficha miofuncional, espirómetro y Test de Boston*, encontramos ausencia de alteración en el lenguaje, sin embargo, hay dificultades en la capacidad pulmonar y en la articulación.

Una vez administrada todas las pruebas, a parte de los resultados obtenidos, se ha llevado a cabo una observación, donde hemos podido comprobar la presencia de dificultades en lenguaje

que no habían sido recogida por las pruebas administradas. Estas dificultades en el lenguaje son, déficits en la organización y estructuración gramatical en una conversación espontánea (con predominio de oraciones simples), déficits en la velocidad de procesamiento de la información, así como funciones implicadas en el lenguaje como son la memoria y la atención. Por último, en el habla, se aprecia un volumen bajo de la voz, además de la presencia de fatiga al realizar el discurso. Cabe destacar que existen fluctuaciones de un día a otro, variando el rendimiento en todas las áreas exploradas.

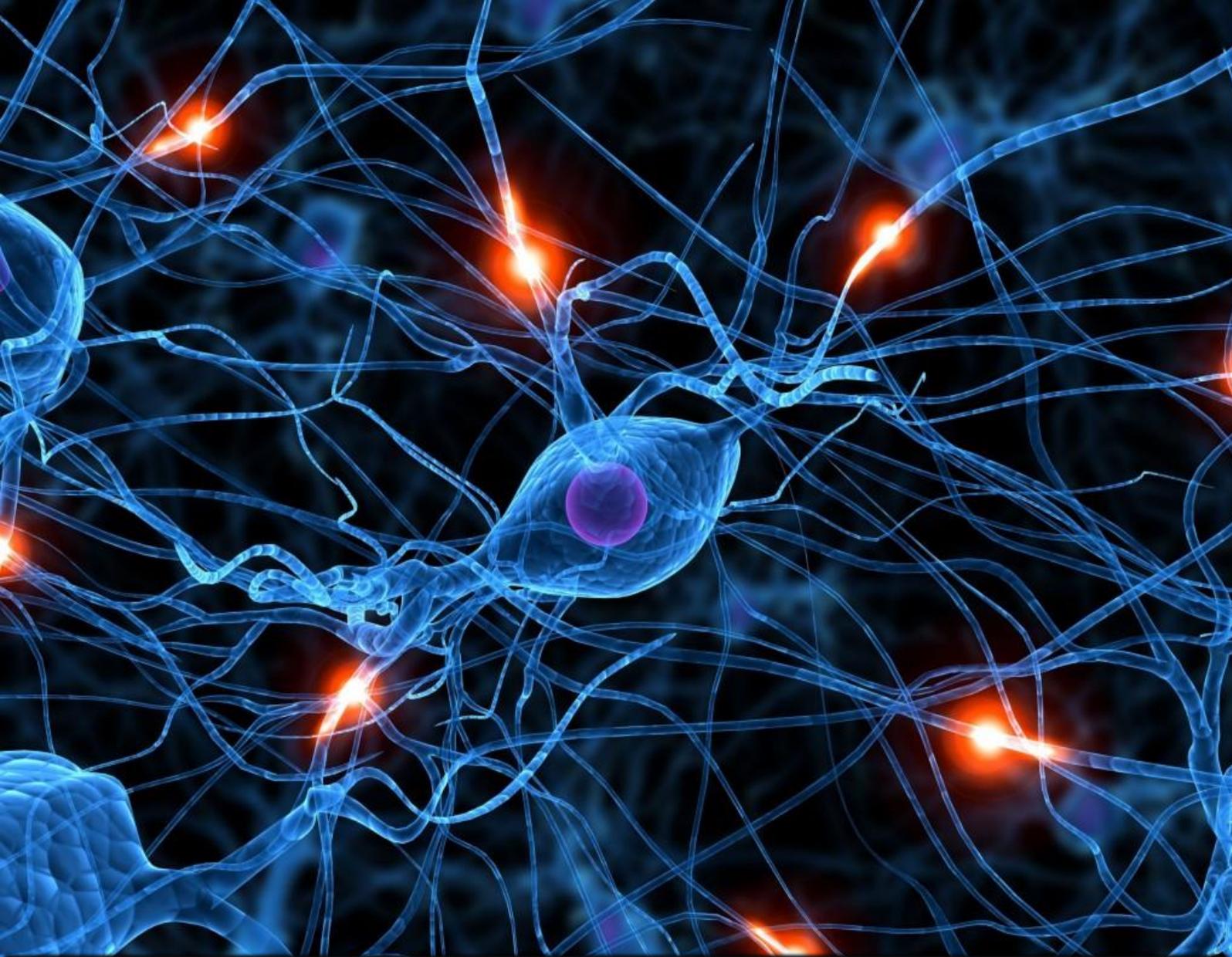
Tener en cuenta que, además de la enfermedad, la paciente dispone de una prótesis dentaria la cual podría influir en estos problemas.

Todo esto y lo mencionado anteriormente ha provocado en la paciente un síndrome depresivo de larga evolución en tratamiento psiquiátrico y farmacológico.

De los datos obtenidos en la evaluación, concluimos que la paciente presenta una sintomatología compatible con leve disartria, dificultades en la coordinación fono-respiratoria, además de la presencia de un claro deterioro cognitivo.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda rehabilitación logopédica dirigida fundamentalmente a frenar el deterioro cognitivo, así como mejorar las habilidades fonarticulatorias y fonorespiratorias.



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: “Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple”

ANEXO 8. Programa de intervención “*Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple*”.

**Las técnicas que se le dan al familiar, serán las mismas que hemos trabajado durante la sesión, en cada actividad, para que éste se pueda guiar a través de ellas. El trabajo que debe hacer el familiar con la paciente en los días que no recibe intervención, tendrá que incorporarse en las rutinas diarias. Según el tipo de ejercicio, se podrá trabajar a lo largo del día o en periodos cortos.*

**Cada sesión tendrá una duración entre 30 y 45 minutos. Los primeros 30 minutos estarán destinados a los objetivos correspondientes a cada sesión, mientras que los 15 minutos restantes estarán destinados a consolidar aquellos objetivos trabajados en sesiones anteriores que no se han consolidado.*

**Los objetivos que se irán trabajando a lo largo del programa que hayan sido trabajados anteriormente, incorporan variaciones de las actividades originales.*

**En cada una de las actividades que se llevarán a cabo, habrá un apartado donde se explicarán los resultados obtenidos de la paciente tras la realización de las actividades. Solo se llevará a cabo hasta la sesión 8, ya que son las sesiones que se van a aplicar debido al tiempo que se dispone.*

SESIÓN 1

Temporalización de la sesión: 30–45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

1. Conocer el funcionamiento y la importancia de los órganos que intervienen en la emisión de la voz.

- **Objetivo específico**

- 1.1** Conocer el funcionamiento del sistema fonoarticulatorio a través de una exposición y que la paciente perciba el funcionamiento de éste.

ACTIVIDAD 1: LA FONACIÓN

Temporalización	10 minutos.
------------------------	-------------

Materiales	Vídeo.
Desarrollo de la actividad	<p>Esta actividad se llevará a cabo mediante la presentación a la paciente de un vídeo, donde le mostraremos los órganos que intervienen en la fonación, los órganos respiratorios y los órganos de articulación. Además de, el tipo de respiración (costo-diafragmática), mostrando como se produce y la vibración de las cuerdas vocales al salir el aire.</p> <p>Una vez expuesto dicho funcionamiento, lo pondremos en práctica. Por ejemplo, se le dice que diga en voz alta “aaaaaaaaaaaa” y le pediremos que se ponga una mano en el abdomen y otra en la garganta percibiendo así el desplazamiento del aire de la cavidad torácica pasando por las cuerdas vocales hasta llegar a la cavidad bucal.</p>
Estrategias	Situarse delante de un espejo, además de la percepción mediante el tacto.
Resultados	Entiende las explicaciones del vídeo, aunque hay algunas cosas más técnicas que requieren de clarificación. Además, percibe el desplazamiento del aire.

▪ **Objetivo específico**

- 1.2 Observar la importancia de mejorar el funcionamiento de los órganos que intervienen en la emisión de la voz mediante la propia percepción de la paciente.

ACTIVIDAD 2: PERCIBIMOS LA VIBRACIÓN	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	Se le dará indicaciones para mejorar las diferentes dificultades que presenta, con el fin de que vea útil el programa de intervención que se le aplicará. Por ejemplo, le pediremos que incline el tronco como si fuera a chocar con las rodillas. Tras esto le pediremos que hable, para que pueda percibir la vibración en la cara y la diferencia entre esa voz “clara” y la voz “rasposa”.
Estrategias	Inclinar el tronco como si fuera a chocar con las rodillas para emitir una voz más clara.
Resultados	Se marea al inclinar el tronco y no percibe la vibración en la cara, pero si la diferencia de la voz al estar en dicha posición.

OBJETIVO GENERAL

2. Mejorar los aspectos fonoarticulatorios y fonorespiratorios de la paciente.

▪ **Objetivo específico**

2.1 Aprender a controlar la respiración para facilitar la propia comunicación. Se trabajará la respiración costo-diafragmática de forma correcta.

ACTIVIDAD 3: ¿CÓMO RESPIRA?	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Una silla, superficie plana y dura donde la paciente se pueda tumbar (camilla o cama) y objeto de 2 kg.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad haremos que la paciente tome conciencia sobre su forma de respirar. Para ello se le pedirá que se siente en una silla con la espalda recta, adoptando una postura adecuada. Luego, le pediremos que realice una serie de inspiraciones y espiraciones con una mano en el pecho y la otra en el abdomen. Tras esto, la paciente tomará conciencia del tipo de respiración que posee. Una vez haya percibido el tipo de respiración, si ésta no es costo-diafragmática, se podrá trabajar en la misma posición mencionada anteriormente pero con ambas manos sobre el abdomen o debajo de las costillas. En el caso de que esta respiración no resulte efectiva, se pondrá a la paciente sobre una camilla o cama (superficie más o menos dura) y se le pondrá un peso (no más de 2 kg) encima del abdomen, y se le pedirá que con este peso descienda y eleve dicho objeto.
Estrategias	En el caso de que la respiración costo-diafragmática no sea efectiva estando sentada, se utilizara como medio alternativo una cama o camilla para poder facilitarla. Como estrategia, se le pedirá a la persona que se centre en los movimientos del abdomen o en su defecto al movimiento del objeto posicionado sobre el abdomen.
Resultados	La paciente presenta una respiración superior, por lo que se intenta instaurar una respiración costo-diafragmatica. Se da cuenta cuando lo hace de una forma u otra, pero presenta problemas a la hora de integrar y ser consciente de llevar a cabo dicha respiración de forma natural.

SESIÓN 2

Temporalización: 30-45 minutos

OBJETIVO GENERAL

2. Mejorar los aspectos fonoarticulatorios y fonorespiratorios de la paciente.

▪ **Objetivo específico**

2.2 Trabajar el soplo para aumentar así la capacidad pulmonar y a su vez ayudar a aumentar la fuerza, intensidad y timbre.

ACTIVIDAD 1: INFLAMOS UN GLOBO

Temporalización	5 minutos.
Materiales	Globo.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad le pediremos a la paciente que realice una respiración costo-diafragmática (trabajada anteriormente) con el objetivo de inflar un globo. Este proceso se repetirá 5 veces, para que la paciente sea consciente de su capacidad pulmonar.
Estrategias	Coger el máximo de aire posible para inflar el globo, evitando coger el aire a través de una respiración superior.
Resultados	Desde el principio, la paciente dijo que no podía, pero tras intentarlo varias veces e insistiendo en realizar la respiración costo-diafragmática, logro inflarlo un poco sin esfuerzo.

ACTIVIDAD 2: SOPLAMOS

Temporalización	10 minutos.
Materiales	Vela y mechero o cerilla.
Desarrollo de la actividad	Otra actividad para trabajar el soplo, consistirá en soplar una vela. Para ello, se sitúa delante de la paciente una vela encendida, de modo que la iremos alejando o acercando según la potencia del soplo, pidiéndole

	<p>así que haga vibrar la llama, pero que no la apague. El aire debe de salir paulatinamente, sin esfuerzo.</p> <p><i>Variación:</i> También se puede llevar a cabo esta actividad de otra forma, de manera que el paciente sople la vela expulsando el aire de forma brusca.</p>
Estrategias	Acercar o alejar la vela para que la paciente observe que puede conseguir soplarla gradualmente sin problemas.
Resultados	En esta actividad no hubo problemas, solo en la dirección del soplo, que le costaba un poco más.

ACTIVIDAD 3: CONDUCCIMOS LA BOLA

Temporalización	15 minutos.
Materiales	Circuito y huevera.
Desarrollo de la actividad	<p>Aquí se trabajará el soplo mediante el movimiento de una bola a través de un circuito hecho. Este circuito podrá ser construido con diferentes materiales (dibujado con tiza, en una cartulina, un circuito hecho en 3D, etc.) Por otro lado, podrá tener diferentes formas, ya sea línea recta, con curvas, etc.</p> <p><i>Variación:</i> En vez de utilizar un circuito podemos hacer uso de una huevera, de forma que la paciente intente pasar la bola de un hueco a otro en una dirección determinada.</p>
Estrategias	Se le dirá a la persona que controle su fuerza para rodar la bola y a su vez que se apoye en la cabeza para direccionarla.
Resultados	Al principio se frustró porque no era capaz de dirigir la bola por el circuito, pero tras repetirlo varias veces lo consiguió. Sin embargo, cuando la bola estaba a cierta distancia ya era incapaz de moverla.

Otras actividades para trabajar este objetivo son las siguientes:

ACTIVIDAD 4: MATASUEGRAS

Temporalización	5 minutos.
Materiales	Matasuegras y pito.

Desarrollo de la actividad	Se le da a la paciente un matasuegras y tendrá que soplar a través de él. Cuanto más rápido y fuerte lo haga, mejor. <i>Variación:</i> En vez de utilizar un matasuegras se puede utilizar cualquier tipo de pito.
Estrategias	Realizar una buena respiración costo-diafragmática.

ACTIVIDAD 5: MANTENEMOS EL PAPEL

Temporalización	10 minutos.
Materiales	Papel y espejo.
Desarrollo de la actividad	Se colocará a la paciente delante de un espejo y se le dará un papel. La paciente deberá mantener mediante el soplo el papel pegado al espejo.
Estrategias	Realizar una buena respiración costo-diafragmática.

ACTIVIDAD 6: FLECOS

Temporalización	5 minutos.
Materiales	Papel con flecos.
Desarrollo de la actividad	Se le colocará a la paciente en la frente un papel con sus respectivos flecos. Por lo tanto, la paciente tendrá que soplar dichos flecos y dirigirlos en diferentes direcciones.
Estrategias	Realizar una buena respiración costo-diafragmática.

SESIÓN 3

Temporalización: 30-45 minutos.

 **OBJETIVO GENERAL**

2. Mejorar los aspectos fonoarticulatorios y fonorespiratorios de la paciente.

▪ **Objetivo específico**

2.3 Unificar el soplo y la respiración con la emisión del sonido para conseguir una buena fonación.

ACTIVIDAD 1: HABLAMOS CON LA VELA	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Vela y mechero o cerilla.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad volveremos a hacer uso de la vela. La paciente tendrá que intentar mover la llama de la vela con su propia voz, primero con la emisión de una /a/ sostenida y luego mientras habla sobre un tema aleatorio. Se lo podrán hacer preguntas si la paciente no sabe que decir. La vela se pondrá cerca de la paciente.
Estrategias	Cuanto más cerca esté la vela de la paciente mejor. Además, tiene que notar como expulsa el “vaho”.
Resultados	En esta actividad tras explicar varias como hacerla y llevar a cabo una demostración, la paciente fue incapaz de realizarla.

ACTIVIDAD 2: EMITIMOS SONIDOS	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Gráfica.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad aprovechando la respiración costo-diafragmática trabajada, le pediremos a la paciente que coja el máximo de aire que pueda en el abdomen y luego lo expulse emitiendo una vocal abierta /a/, /e/, /o/ manteniéndola el tiempo que pueda. <i>Variación:</i> Además, se le puede pedir a la paciente que emita estas mismas vocales pero con cambios de intensidad. Para ello, nos apoyaremos en una gráfica, donde haya líneas rectas con subidas y bajadas.
Estrategias	Poner la mano encima del abdomen para notar como éste aumenta o disminuye.

Resultados	Al principio, los sonidos eran cortos, pero a medida que se fue repitiendo el ejercicio los fue haciendo más largos, pero con ciertas dificultades por la capacidad pulmonar.

ACTIVIDAD 3: EL ESPEJO	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Espejo.
Desarrollo de la actividad	<p>La paciente tendrá que hablar con un espejo delante, como cuando se trabaja la prueba Gratzel, pero en este caso el espejo delante de la boca. De esta manera, lo que queremos conseguir es que la paciente mantenga el espejo “húmedo” mientras realiza la fonación, indicando así que lo hace de la forma correcta.</p> <p><i>*Prueba de Gratzel: test para medir el grado de permeabilidad nasal, donde se coloca el espejo debajo de las fosas nasales.</i></p>
Estrategias	Intentar que la paciente no pare de hablar para así mantener el espejo “húmedo” el mayor tiempo posible.
Resultados	En esta prueba se obtuvo buenos resultados, ya que empañaba de forma adecuada el espejo.

SESIÓN 4

Temporalización: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

2. Mejorar los aspectos fonoarticulatorios y fonorespiratorios de la paciente.

▪ **Objetivo específico**

2.4 Trabajar la musculatura implicada en la fonación.

ACTIVIDAD 1: PRAXIAS	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Espejo.
Desarrollo de la actividad	<p>En esta primera actividad se empezará trabajando con praxias. Con ello, queremos conseguir una mejor movilidad de la lengua, labios y apertura mandibular. Los ejercicios que se llevaran a cabo son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llevar la lengua hacia cada carrillo. - Rodear el orbicular de los labios con la lengua. - Relajar la mandíbula inferior y llevar la lengua contra el paladar óseo. - Relajar la mandíbula inferior y mover la lengua como si barriéramos el paladar de atrás hacia adelante. - Chasquear la lengua contra el paladar. - Sacar y meter la lengua. - Llevar la lengua a la punta de la nariz y luego a la barbilla. - Vibrar los labios. - Llenar los labios de aire. - Besos volados. - Morder el labio inferior y el superior.
Estrategias	Mirarse al espejo para comprobar si está realizando lo que se le pide.
Resultados	No tuvo problemas en realizar las praxias, pero observamos que la presencia de temblor labial superior al realizarlas.

ACTIVIDAD 2: SONIDOS FUERTES	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Hoja con palabras y frases.
Desarrollo de la actividad	<p>En esta actividad la paciente tendrá que repetir una serie de palabras y frases, las cuales tendrán integradas sonidos como /k/, /j/, /g/, para trabajar consigo el velo del paladar, así como la fuerza de la propia fonación. Por ejemplo, la palabra "casa".</p>

Estrategias	Darle la fuerza al sonido correspondiente.
Resultados	No se observan problemas en esta actividad.

SESIÓN 5

Temporalización: 30-45 minutos

OBJETIVO GENERAL

2. Mejorar los aspectos fonoarticulatorios y fonorespiratorios de la paciente.

- **Objetivo específico**

2.5 Concienciar de la necesidad de articulación.

ACTIVIDAD 1: DISCRIMINAMOS	
Temporalización	5 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	<p>En esta actividad nos colocaremos como a 4 metros de la paciente y le diremos dos frases iguales donde único cambiaremos una palabra, por ejemplo, “El supermercado está en la primera calle a la derecha” - “El supermercado está en la tercera calle a la derecha”. Ambas frases las haremos con la boca cerrada y en un tono adecuado. De esta forma, le pediremos a la paciente que las repita y le preguntaremos si le costó o no percibir la diferencia. Tras eso, le diremos una frase con la boca cerrada y luego se la repetimos articulando de forma exagerada y le preguntaremos de qué modo la ha entendido mejor.</p> <p><i>Variación:</i> También se puede colocar un folio delante de la boca para que la persona no pueda ver los movimientos de los labios aunque estén cerrada.</p>
Estrategias	Colocarse de forma alejada a la paciente o poner un folio delante de la boca.

Resultados	La paciente se da cuenta de la necesidad de articular, debido a la distancia en la que nos encontrábamos.
-------------------	---

▪ **Objetivo específico**

2.6 Trabajar la articulación en diferentes contextos.

ACTIVIDAD 2: ARTICULAMOS	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Depresor.
Desarrollo de la actividad	Colocaremos un depresor entre las paletas y se le pedirá que cuente del 1 al 10 intentado vocalizar lo máximo posible. Lo mismo haremos colocando el depresor entre las muelas, en ambos lados. Tras esto, retiraremos el depresor y le pediremos que lo vuelva hacer sin él pero imaginando que lo tiene. <i>Variación:</i> Se podrá hacer lo mismo pero nombrando los días de la semana o los meses del año.
Estrategias	Con el depresor la paciente deberá percibir la tensión en los músculos maxilares así como su posterior relajación. Además de la diferencia entre la presencia y no presencia del depresor. En el caso de que le produzca arcadas el uso del depresor, la paciente podrá hacer uso de su propio dedo.
Resultados	Tras varios intentos, se consigue que mantenga el depresor en la posición exacta y articule de forma adecuada. Sin embargo, cuando se le retiraba o estábamos tiempo sin utilizar el depresor, volvía a articular de forma inadecuada.

ACTIVIDAD 3: LEEMOS ARTICULANDO	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Depresor y texto.
Desarrollo de la actividad	Se le presenta a la paciente un texto que tendrá que leer con el depresor entre las paletas. Luego se retirará y lo volverá a leer sin el

	<p>depresor. Para ello utilizaremos una revista o periódico que tenga en casa.</p> <p><i>Variación:</i> Se podrá leer también un texto con numerosas pausas, para que controle los tiempos de respiración, así como la articulación ya que se evitaría la velocidad del habla.</p>
Estrategias	El texto no puede ser ni muy extenso ni muy corto, aproximadamente unas 7 u 8 líneas.
Resultados	Esta actividad la realizó de forma correcta, ya que es consciente que con el depresor tiene que vocalizar bastante.

ACTIVIDAD 4: DIÁLOGO

Temporalización	10 minutos.
Materiales	Espejo.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad mantendremos un diálogo con la paciente. Para ello, le pediremos que nos responda articulando de forma exagerada y despacio.
Estrategias	Abrir bastante la boca para que salgan los sonidos con la mayor amplitud posible. Además de colocarse delante de un espejo para que ella misma observe como lo hace.
Resultados	Esta actividad en momentos la realizaba bien, pero en otros se olvidaba y volvía a vocalizar de forma inadecuada cerrando cada vez más la boca.

SESIÓN 6

Temporalización: 45 minutos.

En esta sesión se trabajarán los objetivos que han sido planteados a medio y largo plazo desde el inicio del programa (hasta la sesión 5), con el fin de consolidar aquellos que no se han logrado.

SESIÓN 7

Temporalización: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

2. Mejorar los aspectos fonoarticulatorios y fonorespiratorios de la paciente.

▪ **Objetivo específico**

2.7 Trabajar la proyección de la voz a través de cambios de intensidad en diferentes distancias y diferentes contextos.

ACTIVIDAD 1: NOTAMOS LA VIBRACIÓN

Temporalización	5 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad se le pedirá a la paciente que incline el tronco como si fuera a chocar con las rodillas. Tras esto le pediremos que hable, para que pueda percibir la vibración en la cara. Tras esto, ya en posición normal le pediremos que emita alguna frase para que perciba esa vibración y la facilidad en la salida del aire.
Estrategias	Posicionar la mano en las mejillas o en la zona temporoparietal del cráneo para percibir la vibración.
Resultados	Como en la actividad realizada en la otra sesión, se mareaba al estar agachada y no percibía la vibración en la cara, pero si la diferencia de voz.

ACTIVIDAD 2: CAMBIAMOS EL TONO

Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.

Desarrollo de la actividad	Aquí le pediremos a la paciente que emita diferentes sonidos con diferentes entonaciones. Por ejemplo, primero incrementando la intensidad, luego disminuyéndola, aumentándola, disminuyéndola y volviendo a aumentar y así sucesivamente.
Estrategias	Ayudarse con la mano a medida que cambia la intensidad.
Resultados	En esta actividad no hubo problemas.

ACTIVIDAD 3: PROYECTAMOS LA VOZ

Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad intentaremos que la paciente proyecte la voz hacia adelante. Para ello, nos alejaremos y le pediremos que nos trasmite el mensaje con respecto a la distancia en la que estamos. Por ejemplo, le pediremos que cuente los números y que los intente transmitir.
Estrategias	Ayudarse con la mano a medida que eleva la voz.
Resultados	No hubo problemas durante la actividad pero una vez finalizada la tarea volvió a su voz normal, con un tono y volumen bajo.

SESIÓN 8

Temporalización: 30-45 minutos.

En esta sesión se trabajaran los objetivos que han sido planteados a medio y largo plazo desde el inicio del programa (hasta la sesión 7), con el fin de consolidar aquellos que no se han logrado.

SESIÓN 9

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.

▪ Objetivo específico

3.1 Trabajar la fluidez de palabras mediante denominación o expresión dirigida (campo semántico).

ACTIVIDAD 1: DENOMINACION DE IMÁGENES

Temporalización	10 minutos
Materiales	No precisa material
Desarrollo de la actividad	Se le presenta a la paciente una lámina con imágenes reales de objetos o acciones y se le pedirá que denomine cada uno de ellos que vea en la lámina. <i>Variación:</i> En lugar de poner imágenes reales se utilizan sombras de diferentes objetos.
Estrategias	Clasificar los animales, por ejemplo, animales domésticos, salvajes, etc.

ACTIVIDAD 2: LISTADO

Temporalización	5 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	Se le pedirá a la paciente que nombre en voz alta una lista de cosas. Por ejemplo, 15 animales.
Estrategias	Clasificar los animales, por ejemplo, animales domésticos, salvajes, etc.

ACTIVIDAD 3: PARTES DE LA CASA

Temporalización	10 minutos.
------------------------	-------------

Materiales	Tarjetas con imágenes.
Desarrollo de la actividad	La paciente tendrá encima de la mesa 6 tarjetas boca abajo con imágenes reales de lugares de la casa, de modo que tendrá que ir levantando una por una e ir diciendo objetos relacionados con la tarjeta que ha levantado. Por ejemplo, levanta la tarjeta con la imagen de una cocina, pues podrá decir, “tenedor, caldero, etc.”
Estrategias	Recordar las cosas que suele tener en ese lugar de la casa.

ACTIVIDAD 3: ENCADENAR

Temporalización	5 minutos.
Materiales	Tarjetas con imágenes.
Desarrollo de la actividad	La paciente tendrá que enlazar palabras por la última vocal o última sílaba, pudiendo ser dentro del mismo campo semántico o aleatoriamente.
Estrategias	Recordar las cosas que suele tener en ese lugar de la casa.

SESIÓN 10

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.

- **Objetivo específico**

3.2 Trabajar los procesos de razonamiento y resolución de diversas cuestiones, con el fin de potenciar la agilidad mental.

ACTIVIDAD 1: DEFINICIONES

Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	Se le presenta oralmente a la paciente diversas definiciones, por lo que tendrá que decir el objeto que corresponde con cada definición. Las definiciones no corresponderán a un único campo semántico.
Estrategias	Mantenerse atenta a las definiciones que se le van presentando oralmente.

ACTIVIDAD 2: SERIES DE PALABRAS

Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	Oralmente se le irán presentando a la paciente una serie de palabras, por ejemplo, "naranja, manzana, pera y plátano". Luego, en vez de repetir la serie de palabras que ha escuchado, deberá seguir la secuencia nombrando el color de cada objeto.
Estrategias	No centrarse en la palabra que está escuchando, más bien que se la imagine en su mente.

ACTIVIDAD 3: ¿QUÉ FALTA?

Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	El logopeda dirá en voz alta una serie de frases del estilo, "Si está lloviendo utilizamos un _____", por lo que la paciente tendrá que responder "PARAGUAS".
Estrategias	Ponerse en la situación real.

Otras actividades para trabajar este objetivo son las siguientes:

ACTIVIDAD 4: PROBLEMAS	
Temporalización	15 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad la paciente tendrá que resolver oralmente una serie de problemas que se le plantean.
Estrategias	Razonar detenidamente cada problema.

ACTIVIDAD 5: INSTRUCCIONES	
Temporalización	15 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	<p>En esta actividad se darán una serie de instrucciones. Se le dirá a la paciente: “Memoriza las siguientes normas, si te digo.” Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">- “Palabra-color debes repetir la palabra omitiendo la primera letra” (CAMISA ROJA) <p>Por lo tanto, la paciente tendrá que decir “AMISA”.</p>
Estrategias	Escuchar detenidamente y memorizar las instrucciones que se le presentan.

SESIÓN 11

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

 **OBJETIVO GENERAL**

3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.

▪ **Objetivo específico**

3.3 Potenciar la velocidad de procesamiento mediante la lectura y escucha.

ACTIVIDAD 1: ¿CUÁL SE ASEMEJA?	
Temporalización	15 minutos.
Materiales	Frases escritas en papel.
Desarrollo de la actividad	<p>Se le presenta a la paciente una frase y a partir de ésta se le presentan tres frases más. De esta forma, tendrá que elegir cuál de las tres frases se asemeja gramaticalmente a la primera frase expuesta. Por ejemplo:</p> <p>Primera frase: “El niño abre la ventana”</p> <p>Frases siguientes: “La ventana fue abierta por el niño”, “La ventana es abierta por el niño”, “La ventana es cerrada por el niño”.</p>
Estrategias	Decirle que preste atención a los tiempos verbales (pasado, presente, futuro) y en la estructuración gramatical.

ACTIVIDAD 2: ¿RECUERDAS LO QUE HAS LEÍDO?	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Párrafo escrito en papel.
Desarrollo de la actividad	<p>Leemos en voz alta un párrafo de algún cuento, noticia, etc. Luego se le hacen preguntas para que responda, comprobando así que ha entendido lo leído.</p> <p><i>Variación:</i> En vez de leer nosotros el párrafo que lo lea la paciente.</p>
Estrategias	Volver a leer la parte que corresponde a la pregunta planteada.

ACTIVIDAD 3: RELLENAR HUECOS	
Temporalización	5 minutos.
Materiales	Texto escrito en papel.
Desarrollo de la actividad	<p>En esta actividad se le presenta a la paciente un pequeño texto con huecos, por lo que deberá rellenar dichos huecos con las palabras correspondientes.</p> <p><i>Variación:</i> Se podrá utilizar un texto más amplio y con mayor dificultad, pero se le darán las palabras que debe colocar escritas debajo.</p>
Estrategias	Entender el texto para colocar las palabras correspondientes.

Otras actividades para trabajar este objetivo son las siguientes:

ACTIVIDAD 4: PENTAGRAMA	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Lámina con pentagrama y objetos.
Desarrollo de la actividad	Se presentará una lámina donde aparezcan diferentes objetos dentro de un pentagrama. Luego, se le darán diferentes órdenes que la paciente deberá realizar. Por ejemplo: "Dibuja una pelota al lado de la clave de sol, en la tercera línea empezando por abajo."
Estrategias	Guiarse de las líneas del pentagrama para dibujar.

ACTIVIDAD 5: PALABRA INSTRUSA	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Frases escritas en una lámina.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad se le presenta a la paciente una lámina con frases. Las frases tendrán una palabra intrusa, por lo que la paciente tendrá que leer la frase y tachar la palabra intrusa.

Estrategias	Leer detenidamente las frases para detectar el fallo.

ACTIVIDAD 6: COMBINA PALABRAS	
Temporalización	15 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad se le presenta oralmente a la paciente dos palabras. De esta forma, la paciente tendrá que combinar la primera sílaba de la primera palabra con la primera sílaba de la segunda palabra y formar así una palabra, que no tiene por qué ser real (pseudopalabra). Tras esto, deberá combinar la última sílaba de la primera palabra con la última sílaba de la segunda palabras, combinando así de nuevo una palabra, que al igual que antes no tiene por qué ser real.
Estrategias	Estructurar mentalmente las palabras para poder combinar así las sílabas.

SESIÓN 12

Temporalización de la sesión: 45 minutos.

En esta sesión se trabajaran los objetivos que han sido planteados a medio y largo plazo desde el inicio del programa (hasta la sesión 11), con el fin de consolidar aquellos que no se han logrado.

SESIÓN 13

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

 **OBJETIVO GENERAL**

3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.

- **Objetivo específico**

3.4 Ofrecer pautas para la organización sintáctica de las oraciones.

ACTIVIDAD 1: COMBINA PALABRAS	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Tarjetas con cada elemento sintáctico.
Desarrollo de la actividad	Explicar de forma breve y clara la organización sintáctica de las oraciones, explicando así el uso de verbos, sustantivos, adjetivos y conectores.
Estrategias	Utilizar colores para cada uno de los elementos sintácticos. Por ejemplo, azul para los sustantivos.

- **Objetivo específico**

3.5 Trabajar la construcción de oraciones simples.

ACTIVIDAD 2: FORMAMOS ORACIONES	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Tarjetas con los elementos sintácticos.
Desarrollo de la actividad	Se le da a la paciente varias tarjetas con sustantivos, verbos, adjetivos, etc., con el fin de trabajar las oraciones simples, por lo que tendrá que formar la frase ordenando los elementos de forma adecuada. <i>Variación:</i> En lugar de tarjetas con palabras utilizar imágenes para formar la oración.
Estrategias	Utilizar colores para cada elemento sintáctico.

ACTIVIDAD 3: FORMA LA ORACIÓN LO MÁS RÁPIDO POSIBLE

Temporalización	10 minutos.
Materiales	Hoja y lápiz.
Desarrollo de la actividad	La paciente tendrá que formar una oración lo más rápido posible a través de la presentación de forma oral de una palabra aleatoria. La oración la tendrá que escribir en una hoja y luego decirla en voz alta.
Estrategias	Asociar la palabra a cosas y situaciones cotidianas.

Otras actividades para trabajar estos objetivos son las siguientes:

ACTIVIDAD 4: ORDENA

Temporalización	10 minutos.
Materiales	Frases desordenadas.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad se le da a la paciente una serie de oraciones desordenadas gramaticalmente, por lo que la paciente tendrá que ordenarlas de la forma correcta.
Estrategias	Empezar por la palabra que esté en mayúscula.

SESIÓN 14

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.

- **Objetivo específico**

3.6 Potenciar el uso de oraciones complejas.

ACTIVIDAD 1: FORMAMOS ORACIONES	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Tarjetas con los elementos sintácticos.
Desarrollo de la actividad	Se le da a la paciente varias tarjetas con sustantivos, verbos, adjetivos, etc., con el fin de trabajar las oraciones complejas, por lo que tendrá que formar la frase ordenando los elementos de forma adecuada. <i>Variación:</i> En lugar de tarjetas con palabras utilizar imágenes para formar la oración.
Estrategias	Utilizar colores para cada elemento sintáctico.

ACTIVIDAD 2: FORMA LA ORACIÓN LO MÁS RÁPIDO POSIBLE	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Hoja y lápiz.
Desarrollo de la actividad	La paciente tendrá que formar una oración lo más rápido posible a través de la presentación de forma oral de dos palabras aleatorias, con el fin de que elabore una oración más compleja. La oración la tendrá que escribir en una hoja y luego decirla en voz alta.
Estrategias	Asociar las palabras a cosas y situaciones cotidianas.

ACTIVIDAD 3: ORDENA	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Frases desordenadas.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad se le da a la paciente una serie de oraciones desordenadas gramaticalmente más complejas que las trabajadas en

	la sesión anterior y con un grado de desorden mayor, por lo que la paciente tendrá que ordenarlas de la forma correcta.
Estrategias	Empezar por la palabra que esté en mayúscula.

SESIÓN 15

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.

- **Objetivo específico**

3.6 Potenciar el uso de oraciones complejas.

ACTIVIDAD 1: LOS RECUERDOS	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad seguiremos trabajando el uso de frases complejas. Para ello, se le hará a la paciente preguntas sobre hechos significativos del pasado. Por ejemplo, preguntas sobre sus padres, hermanos, su boda, su primer trabajo, donde vivía, etc.
Estrategias	Dar detalles sobre lo que se pregunta, para que le sea más fácil recordar.

ACTIVIDAD 2: SITUACIONES REALES

Temporalización	10 minutos.
Materiales	Lámina con situaciones reales.
Desarrollo de la actividad	Se le presentan a la paciente una serie de láminas con situaciones reales, donde tendrá que elaborar frases complejas a partir de lo que ve en la lámina. Por ejemplo, una lámina con el dibujo de una señora comprando en un supermercado.
Estrategias	Imaginarse que es ella misma la que está realizando la acción.

ACTIVIDAD 3: ORACIÓN ENCADENADA

Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	Esta actividad se trabajará de forma oral y consiste en decir una frase y encadenarla con la siguiente, por ejemplo: el logopeda dice: "A mí me gusta jugar al fútbol por la tarde", por lo que la paciente podrá decir: "A él le gusta jugar al fútbol, pero a mí me gusta coser todas las tardes."
Estrategias	Relacionar una frase con la otra, aunque sea algo imaginario, no real.

SESIÓN 16

Temporalización de la sesión: 45 minutos.

En esta sesión se trabajaran los objetivos que han sido planteados a medio y largo plazo desde el inicio del programa (hasta la sesión 15), con el fin de consolidar aquellos que no se han logrado.

SESIÓN 17

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.

▪ Objetivo específico

3.7 Trabajar los procesos de inferencias.

ACTIVIDAD 1: ¿QUÉ DEBES HACER?	
Temporalización	15 minutos.
Materiales	Imágenes.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad se trabajarás las inferencias. Para ello, se le presentará a la paciente diferentes imágenes, y de ahí el logopeda ha de sacar preguntas para que la paciente realice inferencias acerca de la imagen. Por ejemplo, se le presenta una imagen de un día lluvioso, por lo que el logopeda dirá: “Está lloviendo y tienes que ir a comprar el pan, ¿qué debes hacer?”
Estrategias	Pensar en la vida real, pensando en lo que harías tú en ese lugar o momento.

ACTIVIDAD 2: ¿CÓMO TERMINA EL CUENTO?	
Temporalización	15 minutos.
Materiales	No se precisa material.

Desarrollo de la actividad	En esta actividad se le narra a la paciente un microcuento sin acabar, por lo que la paciente tendrá que inferir el final del cuento. El logopeda podrá hacerle preguntas o simplemente ella contarle como cree que puede acabar.
Estrategias	Echarle imaginación.

SESIÓN 18

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.

- **Objetivo específico**

3.8 Conseguir estructurar los sucesos mentalmente para luego transmitir una historia.

ACTIVIDAD 1: CONSTRUIMOS UNA HISTORIA	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Color Cards.
Desarrollo de la actividad	Ofrecer una secuencia de imágenes y que la paciente vaya construyendo y narrándola oralmente.
Estrategias	Seguir el orden de las imágenes y no saltárselas.

ACTIVIDAD 2: PASO A PASO

Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	Se le pedirá a la paciente que nos explique los pasos para llevar a cabo algún tipo de acción. Por ejemplo, los pasos para realizar un bizcochón. <i>Variación:</i> Se le pueden crear situaciones en las que ella deba de tomar decisiones. Por ejemplo, tiene que coger un avión y retrasan el vuelo para el día siguiente, y que ella explique lo que haría.
Estrategias	Sucesos que le sean familiares y que mantenga la atención mientras lo cuenta.

ACTIVIDAD 3: CUENTA UNA HISTORIA

Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	La paciente nos tendrá que contar sucesos que le hayan ocurrido recientemente o del pasado.
Estrategias	Mantener la atención mientras narra el suceso.

SESIÓN 19

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.

- **Objetivo específico**

3.8 Conseguir estructurar los sucesos mentalmente para luego transmitir una historia.

ACTIVIDAD 1: DADOS	
Temporalización	15 minutos.
Materiales	Dados con el dibujo de objetos.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad trabajaremos con dos dados, cada uno de ellos con un objeto en cada cara. Por lo tanto, la paciente tendrá que lanzar los dados y con los objetos que salgan construir una historia.
Estrategias	Recordar sucesos que le hayan pasado con esos dos elementos.

ACTIVIDAD 2: UNIR HISTORIAS	
Temporalización	15 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	Esta actividad se basará en leer dos microcuentos y la paciente tendrá que conectar en alguna parte de la historia ambos microcuentos, para formar uno único y final. Luego, lo tendrá que contar en voz alta de forma estructurada.
Estrategias	No cambiar la historia de ninguno de los micro-cuentos, solamente seguir a partir de ellos.

SESIÓN 20

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

3. Trabajar la construcción, estructuración y producción del lenguaje, así como la comprensión y los procesos de inferencia.

- **Objetivo específico**

3.9 Trabajar la comprensión oral y escrita, mediante historias, videos, etc.

ACTIVIDAD 1: COMPRENDEMOS	
Temporalización	30 minutos.
Materiales	Historias escritas.
Desarrollo de la actividad	En esta actividad se le presentará a la paciente diferentes vídeos, así como diversas historias tanto escritas como orales, para luego hacerle preguntas sobre esto.
Estrategias	Mantenerse atenta a lo que percibe, tanto de forma oral como escrita.

SESIÓN 21

Temporalización de la sesión: 45 minutos.

En esta sesión se trabajarán los objetivos que han sido planteados a medio y largo plazo desde el inicio del programa (hasta la sesión 20), con el fin de consolidar aquellos que no se han logrado.

SESIÓN 22

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

4. Dar pautas de habilidades comunicativas.

▪ **Objetivo específico**

4.1 Concienciar de la necesidad de incorporar habilidades comunicativas para lograr transmitir la información de forma efectiva al otro comunicante. Para ello se utilizará diferentes ejemplos con el fin de que observe la eficacia de las habilidades comunicativas.

ACTIVIDAD 1: VISUALIZAMOS	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	Vídeos de diferentes personas.
Desarrollo de la actividad	Se le presentará a la paciente varios ejemplos de personas transmitiendo una información sobre algún tema, ya sean políticos, presentadores, profesores, etc. De esta manera, tendrá que observar detenidamente las habilidades comunicativas que emplean dichas persona, para luego comentarlas oralmente.
Estrategias	Los videos que utilizaremos serán de diferentes personas pero hablando del mismo tema.

▪ **Objetivo específico**

4.2 Aprender a hacer uso de la escucha activa sabiendo cómo estar en silencio, sin interrumpir y mostrando una actitud de interés (mirando a la cara, asintiendo) y respeto.

ACTIVIDAD 2: ESCUCHAMOS DETENIDAMENTE	
Temporalización	10 minutos.

Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	Mantener una conversación con la paciente sobre algún tema de interés para que ésta pueda participar de forma activa. De esta forma, la paciente tendrá que estar atenta a la conversación y seguir el hilo, sin interrumpir y evitando bloqueos internos (pensamiento internos sobre lo que se está hablando).
Estrategias	Clarificar/reflejo, parafrasear y sintetizar.

- **Objetivo específico**

4.3 Incorporar técnicas para realizar preguntas que permitan comprobar que está entendiendo y siguiendo la conversación.

ACTIVIDAD 3: ESCUCHAMOS DETENIDAMENTE	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	No se precisa material.
Desarrollo de la actividad	Se le explicaran diferentes modos de preguntar sobre el tema del que está escuchando para que el otro interlocutor sepa que el otro lo está escuchando. Para ello, haremos uso de preguntas abiertas, cerradas, directas, indirectas, relacionales, de contradicción y reflexivas.
Estrategias	Dar ejemplos de cuándo utilizar un tipo de pregunta u otra.

SESIÓN 23

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

 **OBJETIVO GENERAL**

4. Dar pautas de habilidades comunicativas.

▪ **Objetivo específico**

4.4 Utilizar un lenguaje claro que sea sencillo, ordenado y preciso.

ACTIVIDAD 1: BUSCAMOS INFORMACIÓN	
Temporalización	15 minutos.
Materiales	Ordenador/Tablet para buscar la información o texto escrito en papel.
Desarrollo de la actividad	<p>Se le dirá a la paciente un tema del cual tendrá que buscar información. De esta forma, le pediremos que realice un resumen de ese tema que sea estructurado, con un lenguaje claro en el que utilice frases cortas, pausas, etc., resaltando lo importante e intentando conectar con lo previo.</p> <p><i>Variación:</i> En vez de que la paciente se encargue de buscar la información, nosotros le daremos un texto y de ahí realizará el resumen.</p>
Estrategias	Utilizar lenguaje cercano y hacer uso de frases cortas y sencillas.

▪ **Objetivo específico**

4.4 Poner en marcha el uso de habilidades que permitan comprender de forma más sencilla una explicación mediante metáforas, ejemplificaciones, explicitaciones, etc.

ACTIVIDAD 2: UTILIZAMOS ESTRATEGIAS	
Temporalización	20 minutos.

Materiales	Texto.
Desarrollo de la actividad	Se le leerá un pequeño texto a la paciente donde se utilizara un lenguaje cercano haciendo uso de ejemplificaciones, metáforas, sinónimos, explicitaciones, etc., para que pueda acceder a la información de manera sencilla. Una vez, la paciente comprenda la necesidad de utilizar estas estrategias, se le pedirá que comunique algo relacionado con la actividad/sesión anterior utilizando dichas estrategias. <i>Variación:</i> Pedirle que explique algo sobre un tema que domine (ej. costura) a alguien que no lo domine y así hacer uso de estas estrategias.
Estrategias	Ponerse en el lugar de la otra persona.

SESIÓN 24

Temporalización de la sesión: 30-45 minutos.

OBJETIVO GENERAL

4. Dar pautas de habilidades comunicativas.

- **Objetivo específico**

4.6 Conseguir una buena voz en cuanto a su intensidad, fuerza y timbre, mediante el uso de determinados instrumentos y escalas melódicas.

ACTIVIDAD 1: NOTAS MELÓDICAS	
Temporalización	10 minutos.
Materiales	App “Real Piano”

Desarrollo de la actividad	Con la ayuda de la app “Real Piano” vamos a ir tocando diversas notas haciendo una escala y la paciente deberá igualar su voz al timbre de esas notas.
Estrategias	Camuflar con voz el timbre de la nota.

▪ **Objetivo específico**

4.7 Hacer un uso adecuado del lenguaje no verbal para así apoyar el lenguaje verbal.

ACTIVIDAD 2: ¿QUÉ ES LO CORRECTO?	
Temporalización	20 minutos.
Materiales	Frases escritas.
Desarrollo de la actividad	<p>Se dará un ejemplo a la paciente en el que se produzca una contradicción entre lenguaje verbal y no verbal, como pudiera ser, decirle felicidades con la cara triste. De esta forma, la paciente comprenderá que tanto el lenguaje verbal como no verbal deberán transmitir la misma información.</p> <p>Para ello, primero trabajaremos el lenguaje no verbal, el cual se trabajara mediante la mímica, para ello le daremos frases o palabras y tendrá que expresarlo mediante gestos.</p> <p>Luego se realizará el lenguaje verbal y no verbal de manera conjunta dándole frases y sin crear las contradicciones mencionadas anteriormente.</p> <p>.</p>
Estrategias	Colocar a la paciente delante de un espejo.

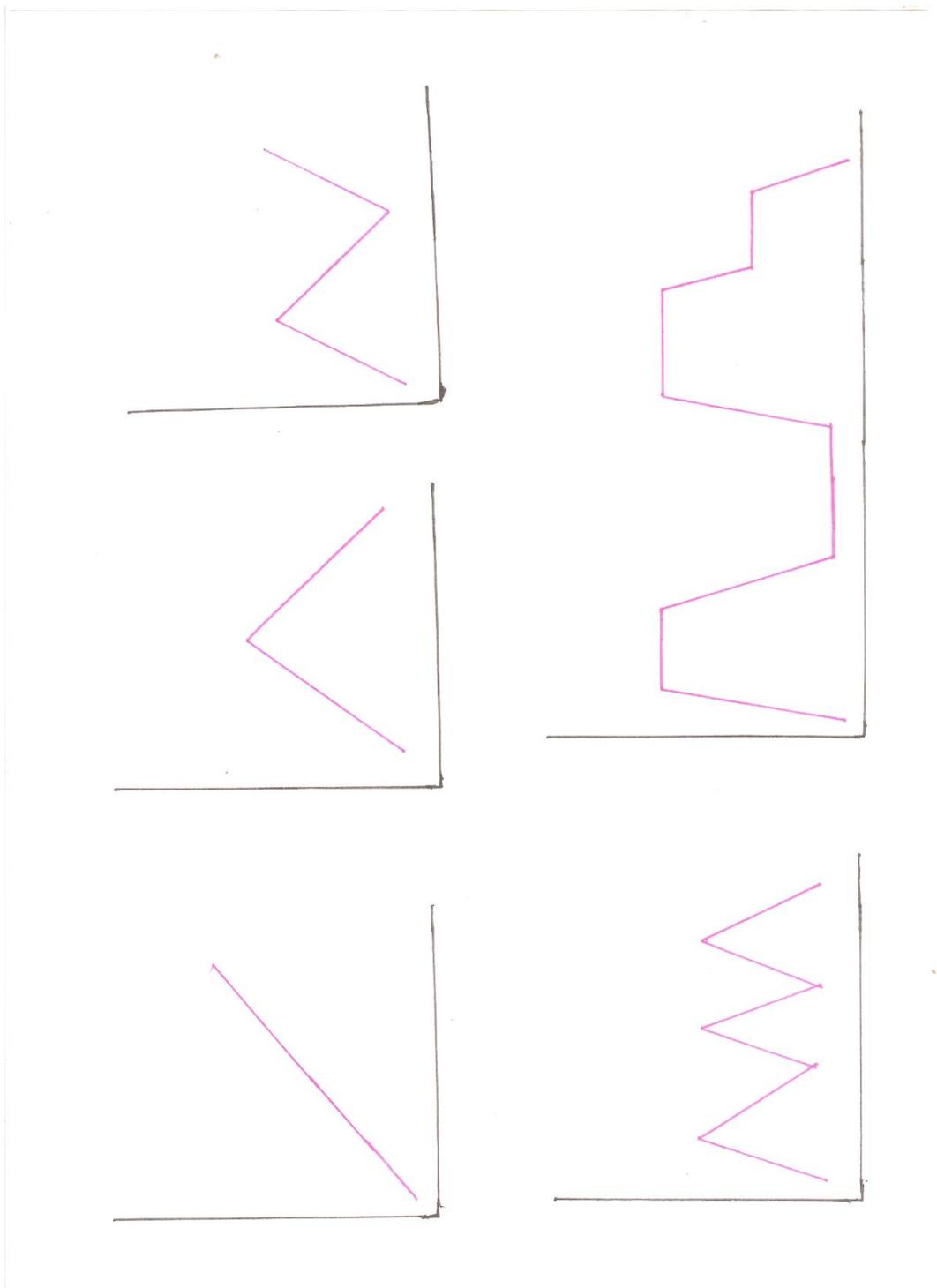
SESIÓN 25

Temporalización: 45 minutos

En esta sesión se trabajaran todos los objetivos que han sido planteados desde el inicio del programa (hasta la sesión 24), con el fin de consolidar aquellos que no se han logrado.

ANEXO 9. Materiales para el desarrollo de las actividades del programa de intervención.

SESIÓN 3 – Actividad 2



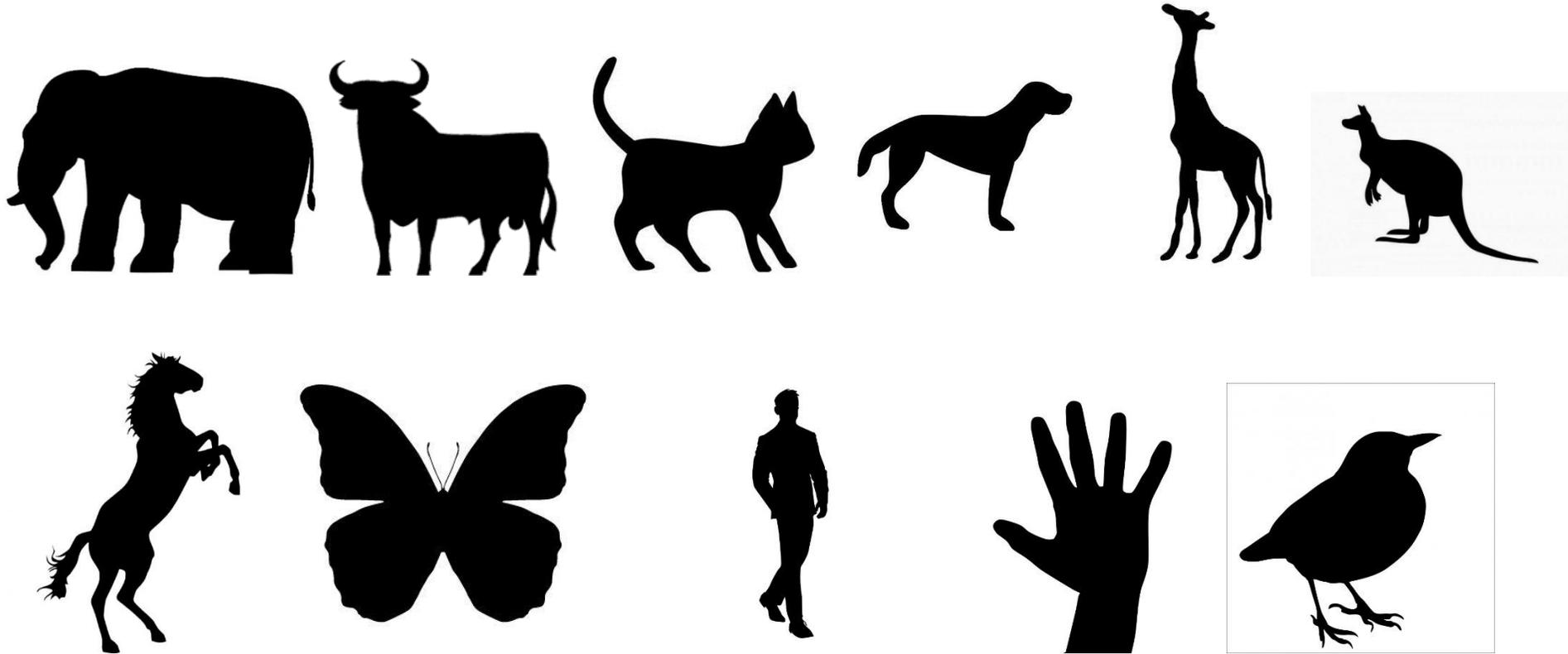
SESIÓN 4 – Actividad 2

CASA	LA CASA ES GRANDE
CAPA	EL MAGO TIENE UNA CAPA NUEVA
CAJA	DENTRO DE LA CAJA HAY DOS PELOTAS
JAMÓN	TENGO QUE COMPRAR JAMÓN
JIRAFÁ	EN EL LORO PARQUE NO HAY JIRAFAS
GATO	MI ABUELA TIENE MUCHOS GATOS
RECOGER	TENGO QUE RECOGER EL CUARTO
CAMINAR	ESTA NOCHE VOY A CAMINAR CON MI PRIMA
JABALÍ	EN NOCHE BUENA CENAMOS JABALÍ
GESTO	ESE CHICO HACES MUCHOS GESTOS
QUESO	ME ENCANTAN EL BOCADILLO DE QUESO
QUERER	POR QUERER, QUIERO TODO
HOJA	NECESITO UNA HOJA PARA EL EXAMEN
GIRASOL	TENGO UN JARDÍN LLENO DE GIRASOLES
ESCOGER	TENGO QUE ESCOGER ENTRE DOS MODALIDADES
GASA	NECESITO GASAS PARA CURARME EL DEDO
COMER	ESTA NOCHE VOY A COMER PAELLA

SESIÓN 9 - Actividad 1



SESIÓN 9 – Actividad 1 (*Variación*)



SESIÓN 9 – Actividad 3



SESIÓN 10 - Actividad 1

- Último piso de un edificio.
- Pelo que crece en la parte baja de la barba
- Utensilio que se usa para borrar el trazado del lápiz.
- Utensilio que se utiliza para cortar la comida
- Bebida que necesitamos para vivir
- Animal de cuatro patas que ladra
- Lugar donde los niños acuden a estudiar
- Lugar donde vamos a realizar la compra
- Mueble destinado a que las personas se acuesten sobre él.
- Mueble compuesto por una tabla horizontal y una o varias patas, cuya función puede variar, pudiendo ser comer, escribir...
- Automóvil destinado al transporte de personas, el cual no supera las 7 plazas
- Mamífero propio de Australia, que se mueve mediante saltos y tiene un “saco” donde guarda a sus crías.
- Objeto que se utiliza para ver mejor y consta de dos lentes
- Objeto que se utiliza para recortar papel
- Objeto que se utiliza para ver las estrellas.
- Instrumento musical de cuerda, generalmente con seis cuerdas y una caja de resonancia en forma de ocho.
- Prenda de vestir que se ajusta a la cintura y llega generalmente hasta el pie de forma separada.
- Fenómeno caracterizado con la emisión de calor y luz, en forma de llama.
- Fenómeno atmosférico que genera un movimiento circular de masa de aire, a gran velocidad.
- Satélite que se observa de noche.
- Estrella, que es el centro de nuestro sistema planetario y se observa de día,
- Piezas de las que está compuesto el esqueleto de los vertebrados
- Recipiente plástico donde se suele envasar el agua.
- La abuela de tu hija.

SESIÓN 10 - Actividad 2

- Plantas / Sangre / Naranja / Nieve
- Leche / Tierra / Oro / Tomates
- Zanahoria / Lengua / Noche / Cielo
- Tronco / Plata / Fresa / Melocotón
- Elefante / Cobre / Hueso / Dientes
- Césped / Carboncillo / Kiwi / Naranjas
- Café / Melocotón / Vino / Sangre / Nieve / Lengua
- Yema de huevo / Cerezas / Sol / Hueso / Nieve / Noche / Cielo
- Plátano / Fuego / Elefante / Oro / Plata / Césped / Zanahoria / Tierra
- Fresa / Sandía / Noche / Cielo / Tronco / Plátano / Carboncillo / Café / Melocotón / Sandía / Plata

SESIÓN 10 – Actividad 3

- Si está lloviendo cogemos un _____
- Si tenemos sed bebemos _____
- Cuando hace frío la temperatura es _____
- Cuando no veo enciendo la _____
- Para pescar utilizamos una _____
- Si estoy malo voy al _____
- Para pedir un préstamo vamos al _____
- El bocadillo mixto es de jamón y _____
- Para secarme utilizo una _____
- Si me roban voy a la _____
- Si hay un incendio llamo a los _____
- Para peinarme utilizo un _____
- Para llamar utilizo el _____
- Si te cortas sale _____
- A los ratones les encanta el _____
- Para imprimir utilizo una _____
- El insecto con ocho patas es una _____
- El animal con espinas es el _____
- De las uvas sale el _____
- Las hojas salen de los _____
- Las lechugas son _____
- Los animales herbívoros comen _____

SESIÓN 10 - Actividad 4

- Estás en una tienda y no encuentras la talla de tu camisa.
- Estas en el supermercado y cuando vas a comprar, te das cuenta que dejaste la cartera en el coche
- Vas a ver una película al cine, pero cuando llegas ya está 20 minutos empezada
- Estás sola en casa y tienes que ir al médico
- Vas a hacer un bizcochón pero no sabes cómo hacerlo.
- Vas a salir de casa pero, escuchas en las noticias que van a ver fuertes precipitaciones.
- Te pide tu hija dinero, pero no tienes.
- Tienes que coger la guagua y debes comprarte un bono.
- Estas haciendo de comer y se te quema la comida, y no te da tiempo de hacerla otra vez porque tienes prisa.
- Quieres ver una serie que te gusta mucho, pero tu marido quiere ver un partido de futbol.

SESIÓN 10 - Actividad 5

- Si escuchas una palabra y un color debes repetirme la palabra omitiendo la primera letra.
- Si escuchas una palabra y un animal debes repetirme la palabra omitiendo la segunda letra.
- Si escuchas una palabra y una parte del cuerpo debes repetir la palabra sin la tercera letra.
- Si escuchas una palabra y una prenda de vestir debes repetir la palabra sin la última letra.

Tenedor – pecho

Amarillo – verde

Camisa – Pantalón

Armario – oreja

Tiburón – amarillo

Estornudo – negro

Naranja – brazo

Pecera – chaqueta

Reloj – rojo

Pierna – dedo

Teléfono – camisa

Marrón - azul

SESIÓN 11 - Actividad 1

La ventana es abierta por Juan.

- A. Juan abre la ventana.
- B. La ventana fue abierta por Juan.
- C. La ventana es cerrada por Juan.

Hoy llueve pero mañana no.

- A. Mañana y hoy llueve.
- B. Hoy y mañana llueve.
- C. Mañana no llueve pero hoy sí.

El ordenador fue arreglado por ellos.

- A. El ordenador fue arreglado por él y ella.
- B. El ordenador fue arreglado p vosotros.
- C. El ordenador fue arreglado por él.

Me llamaron del hospital a casa

- A. La llamada a casa fue del hospital.
- B. Del hospital llamaron a casa.
- C. De casa llamaron al hospital.

Iremos al cine algún día.

- A. Al cine no iremos.
- B. Juan y yo iremos al cine algún día.
- C. Algún día tal vez iremos al cine.

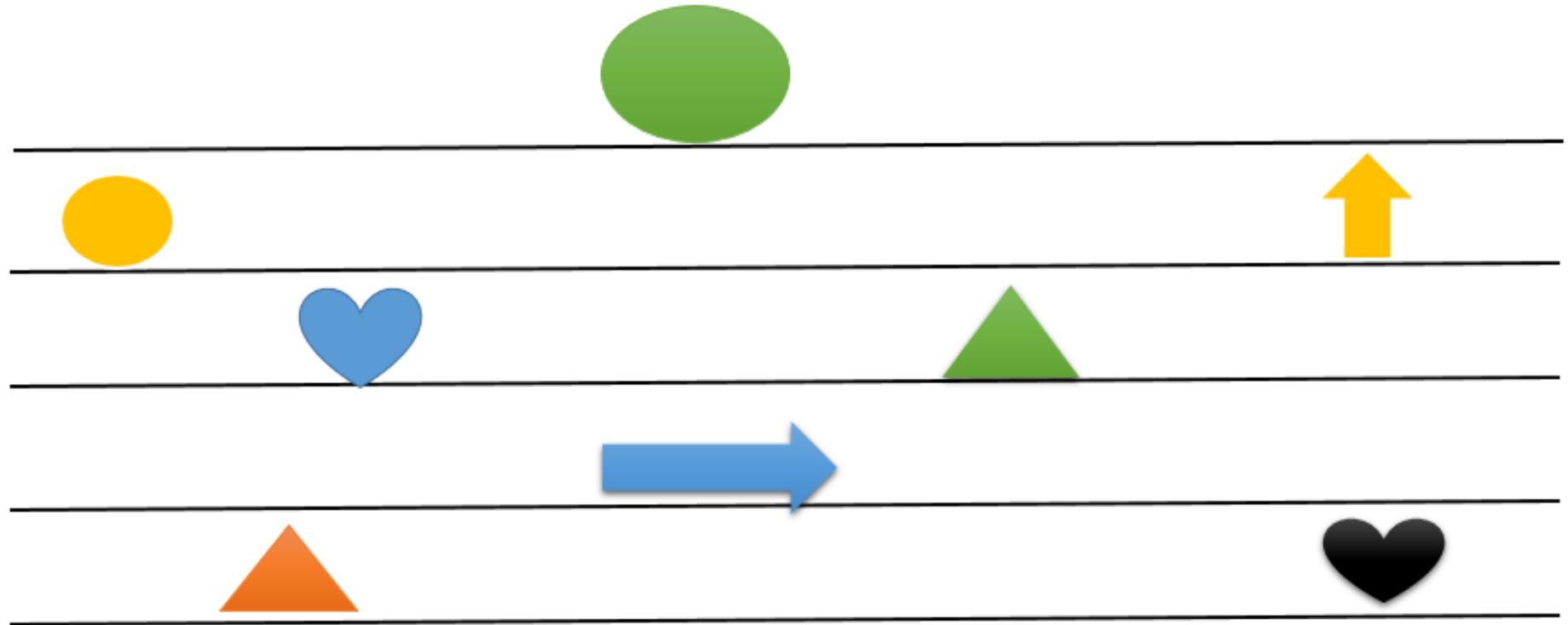
El perro ha sido paseado

- A. Paseado ha sido el perro.
- B. El perro fue paseado.
- C. Paseado está siendo el perro.

SESIÓN 11 - Actividad 3

- A mi hija cada _____ le cuesta más _____ de la cama para ir al colegio. Le cuesta levantarse de la _____, vestirse, tomarse el _____, cepillarse los _____, peinarse y salir por la _____ al colegio. Una vez llegamos al _____ su pereza desaparece. En el trayecto nos encontramos a sus _____ y juntos van hablando de sus cosas.
- Últimamente María no para de hacer travesuras. Ayer por la _____ lo primero que hizo fue derramar el _____ de champú mientras me _____, luego se puso a jugar con el cepillo de _____ y lo lanzó al _____ y tiró de la cisterna. Más tarde sacó todos los _____ de la zapatera.
- El bebé duerme en una _____ de _____. El bebé se llama como su _____. Tiene unos ojos _____ y una sonrisa_____.
- Ese chico es atleta, _____ todos los días, 3 _____ diarias. No importa que haga _____ o _____ él siempre sale a _____ y por eso gana _____. Es un chico mentalmente muy _____.
- Se me cayó el móvil desde el _____ piso y se me _____. Ahora deberé _____ la pantalla y la _____ o no podré sacar fotos.

SESIÓN 11- Actividad 4



Sesión 11 - Actividad 5

- La leche es roja blanca.
- Juan bebió fue a casa.
- Nosotros esta noche vamos a ir pronto a no casa porque se suspendió la actuación.
- Tal vez María quiera beber comer agua, no para de señalar la botella.
- Ayer fui vine por la mañana pero no estabas.
- El chocolate es dulce salado.
- Los herbívoros no comen plantas.
- Armario, silla, cama, sofá, ordenador, mesa, estantería.
- Perro, ornitorrinco, jirafa, león, otorrino, pez, rinoceronte, gorila, gafas, gato.
- Manzana, naranja, plata, plátano, fresa, pera, pecas, peto, melón, sandía, kiwi.
- Ordenador, tableta, televisor, radio, libreta, teléfono.
- Tulipán, rosa, margarita, manzanero.
- Moto, coche, moto de agua, bicicleta, patinete.

SESIÓN 11 - Actividad 6

CASA-MAREA

TELÉFONO-CABLES

ARMARIO-TULIPÁN

LIBRO-CETÁCEO

ALFOMBRA-NOCHE

MONEDA-VACA

COCHE-MOTOCICLETA

PERA-NARANJA

ZUMO-WISKY

CÁSCARA-CHATARRA

ROBOT-ARCA

CARA-MEJILLA

DIENTE-TUBO

DELFIN-DENTISTA

CHAMPÚ-TUBERÍA

ORDENADOR-TABLETA

FÍSCA-QUÍMICA

BIOLOGÍA-ÁRIDO

SESIÓN 13 /14 - Actividad 1 y 2 (sesión 13); Actividad 1 (sesión 14)

YO	TU	ÉL	NOSOTROS
USTEDES	ELLOS	QUERER	COMPRAR
IR	CONducIR	BEBER	COMER
TRABAJAR	PASEAR	VIAJAR	HACER
PIZZA	COCHE	TRABAJO	SUETER
ROPA	PENINSULA	AGUA	COMIDA
PERRO	MEDICO	BONITO	FEO
MALO	BUENO	EL	LA
QUE	PORQUE	UN	UNA

SESIÓN 13/14 – Actividad 3 (sesión 13); Actividad 2 (sesión 14)

- Casa
- Perro
- Cafetera
- Jardín
- Viaje
- Guagua
- Saltamontes
- Operación
- Mesa
- Fregar
- Suelo
- Sangre
- Reír
- Felicidad
- Carruaje
- Paloma
- Ajedrez
- Baloncesto
- Ordenador
- Chokolatina
- Hambre
- Tejer
- Hilo
- Pulsera
- Dientes
- Celebrar
- Pollo

SESIÓN 13/14 – Actividad 4 (sesión 13); Actividad 3 (sesión 14)

- Riquísimas / prepara / Mi / galletas / abuela
- Hambre / el / tiene / perro
- Miedo / ir / tarde / al / película / esta / a / ver / una / quiero / cine / de
- Harina / hoy / si / tengo / en / croquetas / comeré / casa
- Comprarme / dinero / un / para / guagua / necesito / de / bono
- Mal / debería / me / médico / ir /al /encuentro
- Verle hijo, / pero / si /no sé / podré / mañana / mi / ir / a / juega
- Paraguas / está / un / debería / lloviendo /coger
- Dentista / dijo / que / duele / madre / mi / me / la / muela / que / fuera / al
- Galletas / a / Tengo / comprar / ir / que
- Juan / Surfear / mañana / y / vamos / yo / a / las / todas
- Estrellas / viendo / las / disfruto / noche / la / Durante
- Japón / gustaría / me / posible / a / viajar / ser / De
- Lejos / está / muy / tienda / de / La / juguetes
- Pelota / con / El / juega / con / perro / la

SESIÓN 15 - Actividad 1

- ¿Dónde naciste? Descríbeme como era tu pueblo, que solías hacer con tus amigos o con tu familia en el pueblo, como era tu casa y con quien vivías.
- ¿Cómo fue tu boda? En qué lugar la hiciste, quienes fueron los padrinos, como te sentiste ese día, como era el traje de boda, etc.
- ¿Cuándo nació tu hija? Nombre de tu hija, momentos divertidos que recuerdes con ella, primer día de colegio, etc.
- ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?, ¿Qué solías hacer los fines de semana antes?
- ¿Cómo se llamaban sus padres?, anécdotas con ellos, gustos, aficiones, cómo vestían.
- Animales que ha tenido a lo largo de su vida y cómo llegaron a usted.
- ¿Dónde conoció a su marido?
- Hábleme sobre el último lugar al que haya viajado.

SESIÓN 15 - Actividad 2



SESIÓN 17 – Actividad 1



SESIÓN 17 - Actividad 2

- Hace mucho, mucho tiempo, en un pequeño pueblo de no más de mil habitantes, había una anciana muy inteligente que había pasado toda su vida estudiando los poderes curativos de las hierbas y cómo usarlas y mezclarlas para poder sanar a las personas; así que todos en el pueblo, cuando se enfermaban, iban a visitar a la anciana, quien era la única curandera que allí había.

Un día, al notar su vejez, la anciana decidió enseñarle a una de las chicas más inteligentes del pueblo todo lo que sabía para que tomara su lugar cuándo muriera.....

- ¡Guarden sus lápices! -anunció la nueva maestra de historia al entrar al salón-. A partir de este momento escribirán solo con bolígrafo.

- ¡Pero maestra! -reprochó el alumno más inteligente de la clase-. ¿Y si nos equivocamos?

- Cuando el diseñador de modas anunció que había utilizado pieles de animales en su última colección, todos en el público aplaudieron, emocionados; pero cuando los modelos empezaron a desfilarse sus vestimentas hechas con piel humana Cuando el diseñador de modas anunció que había utilizado pieles de animales en su última colección, todos en el público aplaudieron, emocionados; pero cuando los modelos empezaron a desfilarse sus vestimentas hechas con piel humana.....

- La mañana del 19 de noviembre, cuando encendió el televisor para ver la noticias, palideció y se quedó petrificado al escuchar que un gran tsunami se acercaba a la ciudad.....

- Ante el juez llegaron diez cazadores de leones furtivos y cuando éste les preguntó por qué lo hacían ellos respondieron:

"Porque la cacería nos apasiona y es nuestro deporte favorito".....

1. PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN

FASE 1: ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DEL PROYECTO. ESTUDIO DEL CONTEXTO

A) ESTUDIO DE LOS ASPECTOS CAUSALES

A.1. ¿Por qué de la evaluación? ¿Para qué?

El motivo por el cual llevamos a cabo la evaluación del programa de intervención es para comprobar si dicho programa ha sido efectivo tras su aplicación, es decir, si la paciente ha conseguido los objetivos planteados.

A.2. Momento ¿Cuándo?

El programa durará aproximadamente tres meses llevando a cabo dos sesiones por semana. Dicho programa se basa en el modelo de evaluación de Tyler, por lo que si añadimos a estos tres meses el proceso de evaluación, tardaremos aproximadamente cuatro meses en obtener los resultados.

A.3. Contenido de la evaluación. ¿Qué se evalúa?

Se evaluarán los diferentes ámbitos que abarca el programa de intervención, con sus respectivas dimensiones e indicadores como se muestra en la tabla 2.

El Comité Conjunto de Estándares para la Evaluación Educativa (Joint Committee) ha desarrollado a nivel internacional un conjunto de estándares para medir el valor o la calidad de una evaluación.

Según dicho Comité, los Estándares se organizan en torno a cuatro atributos principales que validan la calidad de la evaluación con el fin de obtener y llevar una evaluación útil, factible, ética y precisa.

- UTILIDAD: Servir a las necesidades de los usuarios que intervienen en el programa.
- FACTIBILIDAD: Asegurar que los procedimientos empleados sean los adecuados.
- ÉTICA: Basada en el compromiso y en la honradez.
- PRECISIÓN: Describir con claridad el objeto a evaluar.

A.4. ¿Quién solicita la evaluación?

Los logopedas solicitan la evaluación del programa de intervención para comprobar si es efectivo o no.

A.5. ¿Dónde?

En el domicilio familiar de la paciente.

A.6. Posibles resistencias/obstáculo a la evaluación que podemos prever: materiales (edificio, recursos didácticos,..) y humanas (no se acepta por los diferentes agentes del programa).

Las posibles resistencias que nos podríamos encontrar a la hora de evaluar a la paciente, podría ser que se encuentre reacia a ser evaluada o se encuentre débil físicamente y no esté apta para llevar a cabo las diferentes actividades. Además, se podría dar el caso de que los familiares muestren una actitud reacia a responder a las preguntas que se le hacen a modo de entrevista, así como la petición de que ellos mismos realicen algunas de las actividades propuestas con la paciente.

Por otro lado, de alguna manera, pueden afectar las razones climatológicas debido a la distancia a la que nos encontramos de la paciente.

Además, pueden existir algunas complicaciones con el material elaborado, si no se ajusta de forma adecuada a las dificultades de la paciente.

A.7. ¿Existen otras evaluaciones de programas semejantes?

No se han encontrado programas de intervención en el área de la comunicación en pacientes con EM, pero sí que existen programas que tienen una relación indirecta, como programas en los que se trabaja la respiración y los procesos cognitivos. Sin embargo, sí que

existen algunos que trabajan de forma directa, como por ejemplo, los que se centran en los aspectos motrices.

B) PERSONAS QUE COORDINAN, DESARROLLAN Y PARTICIPAN EN EL PROGRAMA

B.1. ¿Quién realiza técnicamente la evaluación?

La evaluación es llevada a cabo por dos logopedas.

B.2. ¿Quiénes participan y cómo?

En el programa de intervención van a participar los dos logopedas encargados de elaborar y llevarlo a cabo dicho programa. Por otro lado, la paciente con EM que será la persona a la cual se le va a aplicar dicho programa para así evaluarla. Luego, los familiares de la paciente, los cuales aportaran información necesaria para realizar y llevar a cabo el programa, además de realizar algunas actividades por petición de los logopedas. Y por último, la neuróloga y neuropsicóloga que aportará la información necesaria relacionada con las funciones cognitivas a evaluar.

C) ASPECTOS TÉCNICOS

C.1. Tipo de evaluación (modelo elegido y justificación del mismo)

En base a las características de la patología (EM) que vamos a tratar en nuestro programa de intervención y una vez elaborados los objetivos, vemos necesario llevar a cabo una evaluación final y cerrada, la cual será cuantitativa, en base a unas pruebas estandarizadas, y por otro lado, cualitativa, centrada en la consecución de los diferentes objetivos que no se puedan cuantificar. De esta forma, delimitaremos cuando se ha conseguido una mejora y cuando no.

Para ello nos basaremos en un modelo de evaluación orientada a los objetivos, el cual fue propuesto por R. W. Tyler. En este modelo, la evaluación se entiende como un proceso encargado de determinar la congruencia entre los objetivos y los logros. El proceso de evaluación que sigue el modelo de Tyler se basa en establecer los objetivos, ordenarlos en amplias clasificaciones, definir esos objetivos en términos de comportamiento, establecer situaciones y condiciones según las cuales pueden ser demostrada la consecución de objetivos, explicar los diferentes propósitos, escoger o desarrollar las medidas técnicas apropiadas,

recopilar los datos y por último, comparar estos datos con los objetivos establecidos. Por esta razón, vemos necesario basarnos en este modelo, ya que para lograr los objetivos planteados en el programa de intervención *“Comunicación y lenguaje en Esclerosis Múltiple”*, se requiere cierto tiempo para lograrlos debido a la patología que se aborda, por lo que un modelo procesual no sería viable. Por lo tanto, se hará una evaluación antes de intervenir y se plantearán una serie de objetivos que serán clasificados en función de si se han logrado o no al terminar el proceso de evaluación.

Una vez delimitado y justificado el modelo, vemos necesario el uso de éste en nuestro estudio de caso único, ya que nos centraremos en conseguir diversos objetivos categorizados en diferentes áreas. Para ello, se lleva a cabo una evaluación final, en la cual se evalúan los comportamientos observables y no observables para delimitar así, si se han logrado o no.

C. 2. Quiénes toman las decisiones a partir los resultados de la evaluación.

Las decisiones las tomarán conjuntamente los logopedas encargados de llevar a cabo la evaluación (serán los mismos que realizan y llevan a cabo la intervención). Los resultados cognitivos, se mostrarán y debatirán conjuntamente con la neuróloga y neuropsicóloga. Sin embargo, lo que van a tener la última palabra respecto a la rehabilitación serán los logopedas.

C.3. Informe: tipo y difusión que se dará al mismo

El tipo de informe que se utilizará será un informe cerrado, donde se evaluará al final del programa a través de los resultados obtenidos. Cabe destacar, que después de cada sesión se realizará una valoración subjetiva para ir observando los avances, pero en realidad, esto se verá reflejado en un informe final.

FASE 2: PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

1. PLANIFICACIÓN

1.1 Diseño y planificación.

- Objetivos de evaluación

Siguiendo los criterios explicados en el apartado **A.3.** “Fase de análisis de los determinantes del proyecto, estudio del contexto”, se establecen los siguientes objetivos clasificados en la siguiente tabla, en función de si cada uno de ellos se ha cumplido o no.

OBJETIVOS DE EVALUACIÓN	¿SE HA CUMPLIDO?	
	SI	NO
1. Comprobar si hay interés por parte de la paciente para mejorar sus dificultades.		
2. Verificar si se dispone de los recursos necesarios para aplicar el programa.		
3. Comprobar que el plan de intervención está justificado de forma adecuada.		
4. Comprobar que el orden de las diferentes actividades propuestas es el adecuado.		
5. Comprobar si el nivel de dificultad de las actividades propuestas es el adecuado.		
6. Comprobar que la temporalización del programa se haya cumplido.		
7. Comprobar que el material propuesto para cada actividad es el adecuado.		
8. Comprobar el coste de la aplicación de este programa no es excesivo.		
9. Comprobar si los objetivos del programa se han conseguido.		
10. Comprobar si hay implicación por parte de los familiares.		
11. Comprobar que se han llevado a cabo de forma correcta las pautas que se le han dado al familiar para trabajar con la paciente.		
12. Conocer el grado de satisfacción de la paciente tras la intervención, al igual que el grado de satisfacción de sus familiares con respecto a éste.		
13. Comprobar que la evaluación llevada a cabo es la adecuada.		
14. Contar con los consentimientos tanto para la recogida de información como para la propia intervención.		
15. Mostrar imparcialidad en la redacción de los resultados y del informe.		

1.2 Organización del equipo evaluador (QUIÉNES RECOGEN, ANALIZAN E INTERPRETAN LA INFORMACIÓN OBTENIDA)

La recogida de información es llevada a cabo por los logopedas, así como el análisis e interpretación de la misma.

2. PROYECCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN (CUADRO ÁMBITOS, DIMENSIONES E INDICADORES).

ÁMBITO	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
PACIENTE	Situación personal/familiar	-Relación con su entorno. -Estado anímico de la paciente. -Calidad de vida de la paciente.	✓ Entrevista semiestructurada ✓ Cuestionario de calidad de vida MSQOL
	Antecedentes	-Otras enfermedades que hayan afectado al SNC -Otras enfermedades o lesiones que impidan llevar una vida normal -Enfermedades asociadas.	✓ Entrevista semiestructurada ✓ Informe médico
	Habilidades comunicativas	-Transmisión de la información de forma adecuada. -Dirigirse a diferentes interlocutores. -Escuchar activamente. -Identificación de bloqueos internos. -Técnicas para preguntar. -Lenguaje no verbal.	✓ Entrevista semiestructurada a los familiares y a la paciente. ✓ Observación
	Lenguaje	-Construcción, estructuración y producción de lenguaje. -Uso de oraciones simples y complejas.	✓ Test de Boston Abreviado ✓ Observación
	Habla/voz	-Nivel de fluidez del habla. -Nivel de intensidad y timbre de la voz. -Nivel de articulación.	✓ Observación ✓ Examen miofuncional
	Implicación	-Implicación de la paciente durante las sesiones logopédicas -Implicación de la paciente en el trabajo autónomo.	✓ Observación ✓ Entrevista estructurada al familiar

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrevista estructurada a la paciente
	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> -Grado de consecución de los objetivos fonoarticulatorios. -Grado de consecución de los objetivos fonorespiratorios. -Grado de consecución de los objetivos relacionado con la construcción gramatical. -Grado de consecución de los objetivos relacionados con la estructuración del lenguaje. -Grado de consecución de los objetivos de producción del lenguaje. -Grado de consecución de los objetivos de comprensión tanto oral como escrita. -Grado de consecución de las habilidades comunicativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observación ✓ Espirómetro ✓ Examen miofuncional ✓ RFI ✓ Test de Boston ✓ Número de emisiones de frases complejas y simples ✓ Registro de un problema de fluidez, debido al “fenómeno de la punta de la lengua” u otro motivo ✓ Cuestionario de autopercepción ✓ Cuestionario de percepción de los familiares
	Motivación	<ul style="list-style-type: none"> -Grado de motivación de la paciente durante la intervención con los logopedas. -Grado de motivación de la paciente durante los días de trabajo con el familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuestionario a la paciente ✓ Cuestionario al familiar

	Participación	-Participación de la paciente durante la intervención con los logopedas. -Participación de la paciente durante la intervención con el familiar.	✓ Observación
	Satisfacción	-Grado de satisfacción de la paciente con el programa. -Grado de satisfacción con los resultados obtenidos.	✓ Cuestionario a la paciente
	Resultados	-Grado de consecución de los resultados previstos. -Grado en el que los resultados son significativos para la paciente.	✓ Observación cualitativa y cuantitativa ✓ Cuestionario a la paciente
	Expectativas	-Expectativas que posee la paciente antes de aplicar el programa. -Expectativas de la paciente sobre la efectividad de la intervención a largo plazo tras la aplicación del programa.	✓ Entrevista semiestructurada
	Dificultades	-Dificultad que ha encontrado la paciente en las actividades planteadas y aplicadas. -Dificultad que ha encontrado la paciente con el material utilizado.	✓ Entrevista semiestructurada
	Implicación	-Implicación del familiar durante la intervención con los logopedas. -Implicación del familiar durante el trabajo autónomo con la paciente.	✓ Observación ✓ Cuestionario al paciente ✓ Cuestionario al familiar
	Motivación	-Motivación del familiar para colaborar en el programa de intervención.	✓ Entrevista al familiar

FAMILIAR	Participación	-Participación del familiar durante la intervención llevada a cabo por los logopedas. -Participación del familiar mientras realiza las actividades.	✓ Observación
	Satisfacción	-Grado de satisfacción del familiar con el programa. -Grado de satisfacción del familiar en base a las actividades que ha llevado a cabo. -Grado de satisfacción con los resultados obtenidos.	✓ Cuestionario al familiar
	Expectativas	-Expectativas que tiene el familiar antes de aplicar el programa. -Expectativas que tiene el familiar con el trabajo que va a realizar.	✓ Entrevista semiestructurada
	Dificultades	-Grado de dificultad que ha encontrado el familiar en las actividades planteadas y aplicadas. -Grado de dificultad que le supone al familiar emplear los materiales.	✓ Cuestionario ✓ Observación
	Comunicación	-Tiempo de comunicación con la paciente. -Modo de comunicación con la paciente.	✓ Entrevista a la paciente ✓ Entrevista a los familiares
	Adaptación	-Grado de adaptación de los materiales a la paciente. -Grado de adaptación de los materiales a cualquier paciente.	✓ Entrevista semiestructurada a la paciente ✓ Observación.
	Coste	-Coste de los materiales.	✓ Facturas

RECURSOS MATERIALES	Dificultades	-Grado de dificultad para encontrar el material adecuado para cada actividad. -Grado de dificultad para la elaboración de los materiales. -Grado de dificultad para emplear los materiales elaborados.	✓ Cuestionario a los terapeutas
	Utilidad	-Grado de utilidad de los materiales.	✓ Cuestionario a los terapeutas ✓ Observación
TERAPEUTAS	Implicación	-Implicación de los terapeutas en la elaboración y aplicación del programa.	✓ Cuestionarios a los terapeutas ✓ Cuestionarios a los familiares ✓ Cuestionarios a la paciente
	Motivación	-Motivación de los terapeutas en la elaboración y aplicación del programa.	✓ Cuestionario a los terapeutas
	Participación	-Nivel de participación de los terapeutas en el programa.	✓ Cuestionario a los terapeutas ✓ Entrevista semiestructurada a la paciente y a los familiares
	Satisfacción	-Grado de satisfacción de los terapeutas con el programa realizado. -Grado de satisfacción de los terapeutas tras aplicar parte del programa. -Grado de satisfacción del terapeuta con el trabajo del familiar.	✓ Cuestionario a los terapeutas
	Expectativas	-Expectativas de los terapeutas sobre el programa. -Expectativas de los terapeutas sobre la perduración en el tiempo de las posibles mejoras.	✓ Autoevaluación de los terapeutas
	Dificultades	-Dificultades encontradas tras la elaboración del programa. -Dificultades encontradas en la aplicación de parte del programa.	✓ Cuestionario a los terapeutas

	Formación	-Formación oficial de los logopedas. -Conocimiento de la patología que presenta la paciente.	✓ Título ✓ Saber describir la patología y su abordaje terapéutico
	Experiencia	-Contacto con pacientes antes de aplicar el programa. -Contacto con pacientes con EM.	✓ Currículum
CONTEXTO	Zona residencial	-Nivel cultural. -Nivel socioeconómico. -Ubicación. -Cercanía a asociaciones de EM. -Cercanía a gabinete logopédico. -Cercanía a asociaciones de vecinos donde se realicen talleres. -Nivel de adaptación.	✓ Entrevista semiestructurada con la paciente y los familiares
	Lugar de residencia	-Disposición de elementos con lo que trabajar (Tablet, ordenador, etc.) -Conocimiento y uso de las TICs. -Adaptación de la casa. -Conexión a internet.	✓ Entrevista semiestructurada con la paciente y los familiares ✓ Observación
PERSONAL SANITARIO	Formación	-Formación oficial del personal sanitario. -Conocimiento sobre la patología que presenta la paciente.	✓ Entrevista semiestructurada al personal sanitario
	Experiencia	-Contacto con otros pacientes con esta misma patología.	✓ Entrevista semiestructurada al personal sanitario

PROGRAMA	Objetivos	-Objetivos coherentes con las necesidades de la paciente. -Planteamiento de los objetivos tras la recogida de la información y evaluación. -Objetivos estructurados de forma adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrevista a la paciente ✓ Revisión de las evaluaciones ✓ Puesta en común entre los terapeutas
	Actividades	-Actividades coherentes con los objetivos. -Actividades estructuradas. -Grado de dificultad de las actividades planteadas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Puesta en común entre los terapeutas
	Coste	-Coste de poner en marcha el programa.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facturas ✓ Nómina de los terapeutas

ANEXO 11. Informe logopédico de evolución de la paciente tras la aplicación parcial del programa.

INFORME LOGOPÉDICO DE EVOLUCIÓN

Durante este periodo (1 mes), el campo de intervención se ha centrado en las alteraciones de coordinación fonorespiratoria y fonoarticulatoria.

La paciente continúa presentando una respiración superior, sin embargo, la utilización de la respiración costodiafragmática está en proceso de automatización. Asimismo, se observa un mayor control de soplo y un incremento en los tiempos de respiración, pudiéndose observar mediante la prueba del espirómetro, donde es capaz de elevar la tercera bola (1.200 cc).

Por otro lado, en el proceso de articulación se han podido observar ciertas mejoras, tales como, mayor apertura a la hora de hablar y mayor control sobre la musculatura implicada en la articulación.

RECOMENDACIONES

Se aconseja continuar trabajando los procesos de coordinación fonorespiratoria y fonoarticulatoria para lograr su automatización. Asimismo, se propone continuar con el programa de intervención, para así intervenir en el lenguaje y habilidades comunicativas. Además, es recomendable seguir con el trabajo autónomo por parte de los familiares.

ANEXO 12. Test de Boston (versión abreviada).

TEST DE BOSTON PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA AFASIA

Fecha: 12/04/2016

Nombre: A.D.V. - [illegible] Caso Nº: _____

Dirección: _____

Edad: 52 Sexo (marque uno): V M

Fecha de nacimiento: 28/07/1963 Lugar de nacimiento: LA CALETA - GARACHICO - TENERIFE

Nivel de estudios: PRIMARIA ¿Hasta qué curso?: 8º EGB

¿A qué edad los finalizó? 14 años

Antecedentes ocupacionales: _____

Antecedentes de lenguaje: Sólo español Bilingüe _____

Primer idioma: ESPAÑOL Idioma que se habla en el hogar: ESPAÑOL

Dominancia manual (marque una): Diestro Zurdo Ambidiestro

Antecedentes familiares de dominancia manual izquierda en familiares de primer grado (especifique el parentesco y si es de la línea materna o paterna):
NO

Naturaleza y duración de la enfermedad actual: 10 años

Hemiplejía (marque una): Derecha Izquierda Recuperada Ausente

Hemianopsia (marque una): Derecha Izquierda Recuperada Ausente

Información de la localización: PIERNA IZQUIERDA

Origen de la información de la localización: _____

Otra información de interés: ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

I. HABLA DE CONVERSACIÓN Y EXPOSICIÓN

A. Respuestas sociales sencillas:

Lleve a cabo una conversación informal que incorpore las preguntas sugeridas, con el fin de conseguir la mayor cantidad de respuestas deseadas. Anote las respuestas. Si fuera posible, grábelas.

1. "¿CÓMO ESTÁ USTED HOY?" ("Muy bien", "Bien" u otra respuesta apropiada.) *Mal*
2. "¿HA ESTADO ALGUNA VEZ AQUÍ ANTES?" o "¿LO HE EXAMINADO ALGUNA VEZ ANTES?" ("Sí", "No" u otra respuesta pertinente.) *Si*
3. "¿CREE QUE PODEMOS AYUDARLO (LO HEMOS AYUDADO)?" ("Creo que sí", "Tal vez" o equivalente.) *Si*
4. "¿CREE QUE PUEDE MEJORAR?" ("Así lo espero" o equivalente.) *Claro.*
5. "¿CUÁNDO CREE QUE VA A TERMINAR EL TRATAMIENTO?" ("No lo sé", "Muy pronto", etc.) *No lo sé.*
6. "¿CUÁL ES SU NOMBRE COMPLETO?" *Ana María Velázquez Delgado*
7. "¿CUÁL ES SU DIRECCIÓN COMPLETA?" (Acepte como correctos calle, número y ciudad. Se puede preguntar por los elementos omitidos.) *C/Walt Disney, n° 5*

Puntuación: Número de respuestas sociales apropiadas obtenidas 7 / 7

B. Conversación libre:

Con el fin de provocar la mayor cantidad posible de conversación, se sugiere al examinador que comience con temas familiares, como "¿A QUÉ SE DEDICABA USTED ANTES DE PONERSE ENFERMO?" o "CUÉNTEME QUÉ LE SUCEDIÓ PARA QUE LO TRAJERAN AQUÍ". Anime al paciente para que hable al menos durante tres minutos, si fuera posible. Evite las preguntas que requieren respuestas de "sí" o "no". Si no se graba la conversación, anote todo lo que sea posible.

Transcripción literal:

Casi lo mismo que ahora, atendiendo a mi madre, mi mamá y mi hija, cominar, ... Algo terrible, sentí calor como fuego en el pie, me echaba agua fría y sentía como fuego en el pie. Hacer labores de pluma, jugar a la play, ¿play?, ir a ver a mi madre, informe de las últimas noticias del pueblo.

C. Descripción de una lámina:

Muestre el dibujo de "El Robo de las Galletas" de la lámina 1 e indíquelo al paciente: "DÍGAME TODO LO QUE VEA QUE ESTÁ PASANDO EN ESTA LÁMINA". Señale todos los rasgos ignorados por el paciente y solicite más elaboración si la respuesta del paciente es más pobre de lo que aparenta su capacidad potencial. Escriba al pie de la letra todo lo que pueda. Para la administración Estándar y Ampliada, se recomienda grabar la descripción y tener su transcripción para facilitar la puntuación.

Transcripción literal:

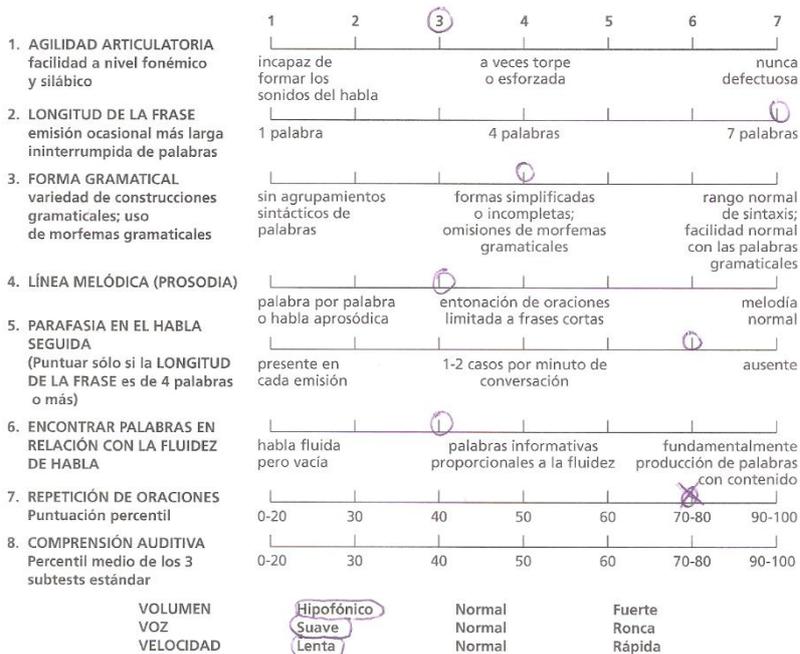
Un niño cae en galletas, subido en una butaca, y se le cae la butaca, digo yo que se caerá, y la madre que no se da cuenta que se le cae el agua, digo yo, más nada.

ESCALA DE SEVERIDAD Y PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DEL HABLA
(BASADO EN LA CONVERSACIÓN LIBRE, LA DESCRIPCIÓN DE UNA LÁMINA
Y LAS FÁBULAS DE ESOPO)

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA AFASIA

0. Ausencia de habla o de comprensión auditiva.
1. La comunicación se efectúa en su totalidad a partir de expresiones incompletas; gran necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es limitado y el peso de la conversación recae sobre el oyente.
2. El paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracasos frecuentes al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con el examinador.
3. El paciente puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella. Sin embargo, la reducción del habla, de la comprensión o de ambas hace sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas.
4. Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o de su forma de expresión.
5. Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DEL HABLA



(4)

II. COMPRENSIÓN AUDITIVA

A. Comprensión de palabras:

1. **Discriminación de palabras:** Presente las láminas 2 a 15 e instruya al paciente para que señale el dibujo (color, letra o número) correspondiente a la palabra que se le diga. Se le da un punto por ítem si la respuesta es correcta antes de los 5 segundos y 1/2 punto si necesita más tiempo.

Anote las respuestas erróneas	< 5" (1 punto)	> 5" (1/2 punto)	Fracaso (0)
Para las partes del cuerpo, diga: "Señáleme su..."			
1. Hombro _____	✓	_____	_____
2. Mejilla _____	X	_____	_____
Para el resto, diga: "Señáleme el/la..."			
3. Vela _____	✓	_____	_____
4. Oso _____	✓	_____	_____
5. Cacahuete _____	✓	_____	_____
6. Camisa _____	_____	✓	_____
7. Autocar _____	✓	_____	_____
8. Serrucho _____	✓	_____	_____
9. Hormiga _____	_____	✓	_____
10. Tulipán _____	✓	_____	_____
(Colores)			
11. Azul _____	✓	_____	_____
12. Marrón _____	✓	_____	_____
(Letras)			
13. T _____	✓	_____	_____
14. N _____	✓	_____	_____
(Números)			
15. 4 _____	✓	_____	_____
16. 13 _____	✓	_____	_____
Puntuación:			14 /16

B. Órdenes:

Haga que el paciente cumpla las siguientes órdenes. Se le da un punto por cada elemento subrayado que acierte. Si el paciente lo pide, puede repetirse la orden, pero siempre repitiéndola entera, no por partes.

1. Señale el techo; luego el suelo.

(Después de alinear un lápiz, un reloj y una tarjeta, en ese orden, sobre la mesa delante del sujeto, diga...)

2. Ponga el lápiz sobre la tarjeta, después póngalo donde estaba antes.
3. Dése dos golpecitos en cada hombro con dos dedos, manteniendo los ojos cerrados.

Puntuación: 10 /10

(5)

C. *Material ideativo complejo:*

Se presentan seis pares de preguntas y cada par consiste en un ítem para responder sí y otro para responder no. Se otorga un punto por cada par numerado si contesta bien tanto la pregunta a como la b. Obsérvese que se han entremezclado los ítems con números pares e impares para evitar una alternancia predecible de respuestas sí y no. Las preguntas 3 a 6 se basan en párrafos cortos que el examinador debe leer al paciente.

1a. ¿Se hunde un corcho en el agua? ✓

2a. ¿Sirve el martillo para clavar clavos? ✓

1b. ¿Se hunde una piedra en el agua? ✓

1 a b 1

2b. ¿Sirve un martillo para cortar madera? ✓

2 a b 1

"VOY A LEERLE UNA HISTORIA CORTA Y DESPUÉS LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ELLA. ¿ESTÁ USTED PREPARADO?" (Lea a velocidad normal.)

El Señor Pérez tenía que ir a Sevilla. Decidió tomar un tren. Su esposa lo llevó en coche a la estación, pero en el camino se les pinchó una rueda. Sin embargo, llegaron a la estación justo a tiempo para que él tomara el tren.

3a. ¿Perdió el tren el Señor Pérez? ✓

4a. ¿Iba a Sevilla el Señor Pérez? ✓

3b. ¿Llegó a tiempo a la estación el Señor Pérez? ✓

3 a b 1

4b. ¿Volvía de Sevilla el Señor Pérez? ✓

4 a b 1

"AHORA VOY A LEERLE OTRA. ¿ESTÁ LISTO?"

Un cliente entró a un hotel llevando un rollo de sogas en una mano y una maleta en la otra. El empleado del hotel le preguntó "Perdóneme, señor, pero ¿me podría decir para qué es la sogas?" "Sí", replicó el hombre, "es mi salida de incendios". "Lo siento, señor", dijo el empleado, "pero todos los huéspedes que traen su propia salida de incendios deben pagar por adelantado".

5a. ¿Llevaba el cliente una maleta en cada mano? ✓

6a. ¿Sospechó el empleado del huésped? Sí

5b. ¿Llevaba el cliente algo inusual en una mano? ✓

5 a b 1

6b. ¿El empleado confiaba en este huésped? ✓

6 a b 1

Puntuación: 6 /6

(6)

III. EXPRESIÓN ORAL

A. Secuencias automatizadas:

Haga recitar al paciente cada una de las series siguientes, ayudándolo con la primera palabra si es necesario. Continúe ayudándolo si lo necesita, pero suspenda la serie cuando fracase en cuatro ítems seguidos. La puntuación depende del número de ítems consecutivos que el paciente sea capaz de decir sin ayuda del examinador.

1. <i>Días de la semana</i>				1 punto	2 puntos	
Domingo	Lunes	Martes				
Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	4 consecutivos	todos	
<hr/>						
2. <i>Cuenta hasta 21</i>						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
				8 consecutivos	todos	

Puntuación: 4 /4

CÓDIGOS DE ERRORES

Los tres subtests siguientes de Expresión Oral del Formato Estándar así como el Test de Vocabulario de Boston disponen de una columna para codificar los tipos de errores. Utilice las siguientes abreviaturas. (Para definiciones más detalladas véase el capítulo 4 del Manual del Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia.)

pf	Parafasia fonémica con resultado de no-palabra
pf/v	Parafasia fonémica con resultado de palabra
v	Parafasia verbal (relacionada semánticamente)
v/nr	Parafasia verbal (no relacionada)
n	Neologismo
mp	Parafasia de múltiples palabras/error paragramático
ea	Otras emisiones o comentarios ajenos al objetivo (no considerados parafasias)
cl	Circunloquio (no considerado parafasia)
p	Perseveración

B. Repetición:

1. Repetición de palabras

Pida al paciente que repita cada una de las siguientes palabras. Se permite una repetición por parte del examinador si el paciente lo solicita. Para otorgar puntos, la palabra debe ser inteligible. Haga una marca en la columna si hay dificultad articulatoria.

Respuesta	Dificultad articulatoria	Código de error
1. Marrón <u>marrón</u>		
2. Silla <u>silla</u>		
3. Qué <u>qué</u>		
4. Insistir <u>insistir</u>		
5. Católico apostólico <u>católico apostólico</u>		

Puntuación: 5 /5

2. Repetición de oraciones

Se presenta cada oración completa para su repetición. Interrumpa la prueba si el paciente fracasa en producir más de dos palabras en dos ítems consecutivos o parece frustrado. Marque cada palabra correcta, señale las omisiones, transcriba las producciones erróneas en el espacio provisto y marque si hay dificultad articulatoria. Indique los tipos de error en la columna de códigos de errores utilizando los Códigos de Errores de la página 7. Un ítem es correcto cuando el paciente repite todas las palabras sin elementos extraños.

Oración objetivo	Respuesta	Dificultad articulatoria	Código de error
1. Papá llega a casa.	<u>Papá llega a casa</u>		
2. Recoge el periódico de la mesita.	<u>Recoge el periódico de la mesita</u>		

Puntuación: 2 /2

C. Denominación:

1. Respuesta de denominación

Pida al paciente que responda con una palabra a las preguntas estímulo. Haga una marca en la columna que corresponda al tiempo aproximado de respuesta. Indique si hay dificultad articulatoria. Anote las abreviaturas de los Códigos de Errores de la página 7.

Pregunta	Tiempo aproximado de respuesta				Código de error
	1-5" 2 puntos	> 5" 1 punto	Fracaso 0	Dificultad articulatoria	
1. ¿Dónde miramos la hora? <i>Reloj</i>	✓				
2. ¿Para qué sirve una navaja? <i>Para cortar</i>	✓				
3. ¿Para qué sirve el jabón? <i>Para lavar</i>	✓				
4. ¿Para qué se usa un lápiz? <i>Para escribir</i>	✓				
5. ¿Con qué se puede cortar el papel? <i>Con unas tijeras</i>	✓				

Puntuación: 10 /10

2. Test de Vocabulario de Boston (Transfiera la puntuación del cuadernillo del Test de Vocabulario de Boston)

Puntuación: _____ /15

Recuento de los tipos de parafasia. Cuento el total de parafasias de los siguientes tipos, a partir de las columnas de Códigos de Errores en los subtests de Repetición de Palabras, Repetición de Oraciones, Respuesta de Denominación y en el Test de Vocabulario de Boston. Apunte estos totales aquí y en las líneas correspondientes de la sección de Parafasia del Perfil Resumen de los Subtests.

Fonémicas (suma de pf y pf/v) _____
 Verbales (suma de v y v/nr) _____
 Neológicas (n) _____
 De múltiples palabras (mp) _____

3. Denominación por categorías (láminas 16 a 18)

a. Letras

1. S ✓ _____ 3. T ✓ _____
 2. E ✓ _____ 4. R ✓ _____

b. Números

1. 7 ✓ _____ 3. 13 ✓ _____
 2. 9 ✓ _____ 4. 200 ✓ _____

c. Colores

1. rojo ✓ _____ 3. azul ✓ _____
 2. verde ✓ _____ 4. marrón ✓ _____

Total de categorías especiales: 12 /12

(9)

IV. LECTURA

A. Reconocimiento simbólico básico:

1. Emparejar tipos de escritura (lámina 19)

<u>✓</u> G	h	Q	G	S	<u>✓</u> ser	Mar	RES	ser	ver
<u>✓</u> F	f	T	s	p	<u>✓</u> DE	EN	si	ya	de

Puntuación: 4 /4

2. Emparejar números

a. Dedos de la mano con números arábigos

El examinador mantiene levantado el número de dedos que se muestra y el paciente marca esta cantidad con el número arábigo correcto de la lámina 20. Rodee con un círculo la elección del paciente.

Dedos	Elección
<u>✓</u> 5	6 4 5 3 2
<u>✓</u> 4	5 1 7 4 6

Puntuación: 2 /2

b. Números arábigos con patrones de puntos (lámina 20)

Número	Patrones de puntos
<u>✓</u> 3	3 4 7 5
<u>✓</u> 7	5 4 7 8

Puntuación: 2 /2

Puntuación total: 4 /4

B. **Identificación de palabras: Emparejar dibujo-palabra** (lámina 21)

El examinador señala el dibujo sin nombrarlo y le pide al paciente que encuentre su nombre entre las cuatro palabras de la derecha. Rodee con un círculo la elección del paciente.

Dibujo	Palabra elegida			
___ 1. RELOJ	reajo	hora	pulsera	reloj
___ 2. CAMA	cara	cama	dormir	siesta
___ 3. PESO	beso	peso	kilos	ocho
___ 4. PRISMÁTICOS	telescopio	prisma	prismáticos	cromático

Puntuación: 4 /4

C. **Lectura en voz alta:**

1. **Lectura de palabras en voz alta**

Pida al paciente que lea de una a una las palabras de la lámina 22. La puntuación se ajusta, como se muestra, al tiempo aproximado de respuesta. Se puede ofrecer ayuda, pero no se dan puntos por las respuestas obtenidas con ayuda. Anote las abreviaturas de los Códigos de Errores de la página 7.

Palabra del test	Tiempo aproximado de respuesta					
	1-3" 3 puntos	3-10" 2 puntos	10-30" 1 punto	Fracaso 0	Defecto articulatorio	Código de error
silla _____	✓					
círculo _____	✓					
hamaca _____	✓					
morado _____	✓					
quince _____	✓					

Puntuación 15 /15

2. **Lectura de oraciones en voz alta con comprensión**

Se le indica al paciente que lea en voz alta las oraciones de la lámina 23 y que se le harán preguntas acerca de ellas más tarde. Registre las respuestas literalmente en el formulario de registro. Para obtener un punto el paciente debe leer la oración completa sin errores.

- ___ 1. Un buen día de playa. ✓ _____
- ___ 2. Juan y María preparan la comida que van a llevar. ✓ _____
- ___ 3. Después de conducir durante cuarenta y cinco minutos, llegan a la orilla del mar. ✓ _____
- ___ 4. Cuando salen del agua están hambrientos. ✓ _____
- ___ 5. Afortunadamente, descubren un puesto de refrescos con distintas comidas para elegir. ✓ _____

Puntuación: 5 /5

Comprensión: Se indica al paciente que lea en voz alta las frases de comprensión de la lámina 22 y las complete señalando la alternativa correcta. El examinador puede señalar cada una de las cuatro palabras para el primer ítem y pedir al paciente que seleccione la palabra que mejor completa ese ítem. No lea en voz alta ninguna de las frases ni las elecciones. El paciente puede señalar su elección, decirla en voz alta o hacer ambas cosas. Sólo se otorga puntos para la selección del ítem correcto.

1. Hacía un tiempo
fresco soleado seco lluvioso
2. María y Juan viajaron en
tren barco automóvil avión
3. El viaje duró aproximadamente
medio día cinco minutos 45 minutos dos horas

Puntuación: 3 /3

D. Comprensión de la lectura: Oraciones y párrafos

Se le muestra al paciente la primera oración de los ejemplos de la lámina 25 y las cuatro elecciones para completarla. El examinador puede leer en voz alta la oración y cada una de las elecciones y completarla señalando la alternativa correcta. También se le puede leer el segundo ejemplo. Después se indica al paciente que lea para sí mismo las oraciones del test de la lámina 26 y que las complete con la elección correcta sin otra ayuda por parte del examinador.

Ejemplos: El agua es volar húmeda seca roja
Los niños juegan a la puerta zapato moneda pelota

1. Los perros pueden
hablar ladrar cantar gato
2. El Sr. Pérez hace cortes y lavados de cabello. Él es un
afeitando niño carnicero peluquero
3. Las escuelas y las carreteras cuestan dinero. Las pagamos entre todos a través de
casas país impuestos policía
4. En otra época era muy caro refinar el aluminio. Actualmente, la electricidad ha resuelto este problema y el aluminio se ha vuelto.....
muy fuerte un minero electrónico más barato

Puntuación: 4 /4

V. ESCRITURA

A. Mecánica de la escritura:

Indique al paciente que realice en las dos páginas siguientes de este cuadernillo las siete tareas numeradas mencionadas abajo. Anote un código numérico de puntuación en cada columna de la hilera correspondiente a un ítem. *Observación: Al puntuar la "buena formación", no tenga en cuenta si la letra o el número producido es correcto.*

	Buena formación de las letras	Elección correcta de las letras	Facilidad motora de las letras
	2. todas bien formadas	3. sin errores	2. sin alteraciones
	1. parcialmente malformadas	2. > 50%	1. laboriosa
	0. ilegible	1. < 50%	0. fracaso del control motor
	0. < 2 correctas		
1. Firma	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>2</u>
2. Nombre en letra de molde	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>2</u>
3. Letras dictadas T-G-R-S-B	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>2</u>
4. Copiar "EL CHICO TRAVIESO" (véase la página 14 del cuadernillo)			
Cursiva	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>2</u>
5. Copia de oración en letra de molde	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>1</u>
6. Números 1-10	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>2</u>
7. Números dictados 2-12-9-11-6	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>2</u>
Puntuación total:	<u>74</u> /14	<u>21</u> /21	<u>13</u> /14

B. Habilidades codificadoras básicas. Dictado de palabras:

Al final de este cuadernillo se adjuntan dos páginas, numeradas 17 y 18, para las respuestas escritas del paciente. Como alternativa, el examinador puede utilizar hojas sueltas de papel en blanco. Todas las tareas debe ser puntuadas en este cuadernillo.

1. Vocabulario básico

1. _____ gato ✓
2. _____ correr ✓
3. _____ ir ✓
4. _____ queso ✓

Puntuación: 4 /4

2. Fonética regular

1. _____ blanco ✓
2. _____ apartamento ✓

Puntuación: 2 /2

3. Formas irregulares comunes

1. _____ servir ✓
2. _____ ahora ✓
3. _____ tejido ✓

Puntuación: 3 /3

(13)

EL CHICO TRAVIESO JUGABA MUY FELIZ EXHIBIENDO UN PEQUEÑO KIWI.

EL CHICO TRAVIESE JUGABA MUY FELIZ EXHIBIENDO UN PEQUEÑO KIWI
el chico travieso jugaba muy feliz exhibiendo un pequeño kiwi

J.V.D.

ANA ama T G R S B

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10.

2-12-9-11-6.

Producción escrita

C. Denominación escrita de dibujos:

Los estímulos consisten en los cuatro objetos que se muestran en la lámina 27. El examinador señala cada dibujo y pide al paciente que escriba el nombre del elemento.

Escribe mejor en mayúsculas.

Diga "USTED SABE LO QUE ES ÉSTO. ¿CÓMO SE ESCRIBE? ESCRÍBALO AQUÍ".

1. árbol 3. canoa
 2. percha 4. regadera

Puntuación: 4 /4

D. Escritura narrativa:

Presente el dibujo del "Robo de las Galletas" de la lámina 1. Diga: "ESCRIBA TODO LO QUE VEA QUE ESTÁ PASANDO EN ESTA LÁMINA". Haga que el paciente escriba en las páginas 17-18 de "Producción escrita" o utilice papel en blanco. Se le dejan unos 3 minutos para escribir. Si usted juzga que la producción del paciente es menor de lo que es capaz de hacer, utilice algunas de las cinco preguntas siguientes para hacer que escriba más.

1. ¿Qué relación hay entre las personas del dibujo?
2. ¿Qué está sucediendo por detrás de la mujer?
3. ¿Por qué la niña le dice al niño que no haga ruido?
4. ¿Por qué cree usted que el niño puede lastimarse?
5. ¿Qué más está sucediendo justo delante de la madre?

Puntuación: Se puntúa la producción escrita completa (tanto la espontánea como la provocada) como un todo a partir de los cuatro parámetros mencionados abajo. La escala numérica que proporcionamos evalúa la *presencia o la ausencia de características relacionadas con el objetivo* (p. ej., "la mujer", "el niño"). No intente forzar la producción escrita ajena al objetivo dentro de la escala numérica. Utilice las descripciones cualitativas que están debajo.

Mecánica	Acceso al vocabulario escrito	Sintaxis	Adecuación del contenido
2 - Bien formada	3 - Adecuado	3 - Totalmente correcta	3 - Relato adecuado
1 - Legible con defectos	2 - Faltan algunas palabras importantes	2 - Algunos defectos en la estructura de las oraciones	2 - Relevante, pero incompleto
0 - En su mayor parte ilegible	1 - Menos de 8 palabras importantes	1 - Principalmente agrupamientos inferiores a la oración	1 - Información relevante mínima
	0 - Menos de 2 palabras importantes	0 - Sin agrupamientos de palabras	0 - Sin información relevante
Totales <u>2</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Total de todas las columnas <u>5</u> /11			

Valoración cualitativa: Produce escritura irrelevante con muchas palabras

Sustituciones de palabras aisladas

Otros comentarios

Repetidamente Pocas veces Nunca
 Repetidamente Pocas veces Nunca

Producción escrita

GATO
CORRER
IR
QUESO
BLANCO
APARTAMENTO
SERVIR
AHORA
TESIDO

ARDOL
CANOA
PERCHA
REGADERA

(17)

EL NIÑO SUBE A LA BANQUETA PARA COGER GALLÉTTAS PARA EL Y SU HERMANA Y CAE POR LA
ROTURA DE LA PATA DE LA BANQUETA Y LA MADRE SE DESPISTE DE EL AGUA AL SUELO
MIENTAS SECA LOS PLATOS.

PERFIL RESUMEN DE LOS SUBTESTS DEL FORMATO ABREVIADO

NOMBRE: _____		FECHA DEL EXAMEN: _____										
Percentiles:		0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
ESCALA DE SEVERIDAD		0	0	1	1	1	2	3	3	3	4	5
FLUIDEZ	Longitud de la frase (Características del habla)	1	2	4	6	7	7	7	7	7	7	7
	Línea melódica (Características del habla)	1	2	3	5	5	6	7	7	7	7	7
	Forma gramatical (Características del habla)	1	2	3	4	5	5	6	6	7	7	7
HABLA DE CONVERSACIÓN /EXPOSICIÓN	Respuestas sociales sencillas	0	3	5	6	6	6	7	7	7	7	7
COMPRENSIÓN AUDITIVA	Discriminación de palabras	3	10	12	13	14	15	15	16	16	16	16
	Ordenes	0	3	5	7	8	9	9	9	10	10	10
	Material ideativo complejo	0	1	2	3	4	4	5	5	6	6	6
ARTICULACIÓN	Agilidad articularia (Características del habla)	1	2	3	3	4	5	6	6	7	7	7
RECITADO	Secuencias automatizadas	0	1	2	3	4	4	4	4	4	4	4
REPETICIÓN	Palabras	0	1	3	3	4	4	4	5	5	5	5
	Oraciones	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	2
DENOMINACIÓN	Respuesta de denominación	0	0	2	4	6	8	8	9	10	10	10
	Test de Vocabulario de Boston	0	0	1	4	5	7	9	10	12	14	15
	Denominación por categorías	0	2	7	10	11	11	12	12	12	12	12
PARAFASIA	Evaluación del perfil del habla	1	2	2	3	4	5	6	6	7	7	7
	Fonémica	27	12	7	4	2	1	1	1	0	0	0
	Verbal	19	10	6	4	3	2	2	1	0	0	0
	Neológica	11	6	2	1	0	0	0	0	0	0	0
	De múltiples palabras	16	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0
LECTURA	Emparejar tipos de escritura	0	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4
	Emparejar números	0	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Emparejar dibujo-palabra	0	1	2	3	3	4	4	4	4	4	4
	Lectura de palabras en voz alta	0	0	6	9	12	14	15	15	15	15	15
	Lectura de oraciones en voz alta	0	0	0	0	1	1	2	3	4	5	5
	Comprensión de oraciones en voz alta	0	0	1	2	2	2	3	3	3	3	3
	Comprensión de oraciones y párrafos	0	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4
ESCRITURA	Forma	5	8	10	12	12	14	14	14	14	14	14
	Elección de letras	6	15	18	18	19	19	20	21	21	21	21
	Facilidad motora	5	7	7	9	12	13	14	14	14	14	14
	Vocabulario básico	0	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4
	Fonética regular	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2
	Palabras irregulares comunes	0	0	0	1	1	2	2	3	3	3	3
	Denominación escrita de dibujos	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	4
	Escritura narrativa	0	1	4	5	6	7	7	7	9	11	11

ANEXO 13. Ficha miofuncional.

FICHA MIOFUNCIONAL

Recopilación realizada por:
Fga. Graciela Susana Donato y
Lic. en Fgía. Diana Grandi Trepát

Nombre y Apellidos: A. V. D **Fecha de nacimiento:** 28/07/1963 **Edad:** 52 años
Fecha del examen: 13/04/2016
Escuela: Universidad de la Laguna **Grado:** Logopedia

1. EXAMEN EXOBUCAL:

- **Facie:** Normal
Otras características.....

- **Labios en reposo:** Abiertos
Cerrados

Labio superior: Corto Normal Largo
 Hipotónico Normal Hipertónico Evertido

Labio inferior: Corto Normal Largo
 Hipotónico Normal Hipertónico Evertido

- **Frenillos labiales:** Normal Alterado Otras Características:

Superior (grandes)

Inferior (grandes)

- **Contracción de musculatura perioral**

Praxias labiales: Normales Alteradas

- **Nariz:**

Narinas: Grandes Pequeñas Otras características

- **ATM:**

Apertura: Normal Cierre: Normal Laterodesviación: NO

Bruxismo: NO Briquismo: NO Tensión mandibular: Duerme
apretando

Observaciones:

2. EXAMEN ENDOBUCAL:

- Lengua:

Tamaño: Normal
Movilidad: Normal
Frenillo: Normal
Reposo: Normal

- Paladar óseo:

Conformación:	Normal	Ojival
Rugas:	Definidas	Indefinidas

- Paladar blando y úvula:

Conformación:	Normal	Alterada
---------------	--------	----------

- Dentición:

Temporaria	Mixta	Permanente
------------	-------	------------

- Arcadas dentarias:

Relación ántero-posterior:	Clase I (Normoclusión) Clase II (Distoclusión) Clase III (Mesioclusión)		
Relación vertical:	Normal Mordida Abierta Mordida Cubierta	Anterior	Lateral
Relación transversal:	NO	Mordida Cruzada Laterodesviación	Unilateral Bilateral

- Piezas dentarias:

Características Normales: Prótesis dentaria arriba, 3 implantes en la inferior (faltan muelas)

Otras características:

3. RESPIRACIÓN:

- **Tipo respiratorio:** **Costal Superior**
Costo-diafragmático
Abdominal
Mixto

- **Modo respiratorio:** Bucal
Nasal (de forma exagerada)
Mixto

- **Prueba de Rosenthal**

	C/D	S/D
Ambas narinas
Narina derecha
Narina izquierda

- **Espejo de Glatzer (permeabilidad nasal)**

Simétrico
Asimétrico (más derecha)

- **Reflejo narinario de Godin (conformación de narinas)**

Se dilatan
No se dilatan

- **Deglución de**

	líquidos	sólidos	saliva
Con interposición labial
“ “ lingual
Con empuje lingual superior
“ “ “ inferior
“ “ “ lateral
Con contracción peribucal
normal

DEGLUCIÓN NORMAL

- Masticación:

Normal
Alterada

- Actitud Postural:

Normal
Alterada (inclinada)

- Examen Fonológico:

Dislalias: **NO** SR RR Otras:.....

Dislalias de compensación: **NO** P B M T D N L CH Y

- Voz:

Normal

Disfónica

Coordinación Fonorespiratoria (afectada)

- Presencia de otras Parafunciones (hábitos lesivos)

SI NO

Cuáles: Tabaco, comidas picantes, agua fría, falta de fijación de la prótesis.

ANEXO 14. RFI.

REGISTRO FONOLÓGICO INDUCIDO

HOJA DE REGISTRO

M. Monfort - A. Juárez

CIENCIAS DE LA EDUCACION
PREESCOLAR Y ESPECIAL
General Pardiñas, 95
28006 MADRID

Nombre y apellidos: A.V. B...
 Fecha: 13. Abril 2016 Edad: 52 años
 Presencia de alteraciones básicas (malformaciones, deficiencia auditiva, deficiencia neuro-motriz...)

ITEMS	CF	EXPRESION ESPONTANEA	REPETICION
1. moto [móto]	0,7	moto	
2. boca [bóka]	0,7	beca	
3. piña [piña]	0,7	piña	
4. piano [piáno]	0,7	piano	
5. pala [pála]	1,3	pala	
6. pie [pié]	1,5	pie	
7. niño [niño]	1,5	niño	
8. pan [pán]	1,7	pan	
9. ojo [óxo]	1,9	ojo	
10. llave [lábe]	1,9	llave	
11. luna [lána]	2,9	luna	
12. campana [kampána]	3,8	campana	
13. indio [indjo]	4,0	indio	
14. toalla [toáa]	4,6	tualla	tualla
15. fuma [fúma]	4,6	fumar	
16. dedo [déd-o]	4,8	dedo	
17. peine [peiné]	5,8	peine	
18. ducha [duca]	6,4	ducha	
19. gafas [gáfas]	7,5	gafas	
20. toro [tóro]	8,3	toro	
21. silla [síla]	8,5	silla	
22. taza [táca]	8,7	taza	
23. cuchara [kúcará]	9,3	cuchara	
24. teléfono [teléfono]	9,6	telefono	telefono
25. sol [só]	10,6	sol	
26. casa [kása]	11,2	casa	
27. pez [pés]	11,4	pez	
28. jaula [jáula]	11,4	jaula	
29. zapato [zapáto]	11,6	zapato	
30. flan [flán]	12,2	flan	
31. lápiz [lápio]	12,8	lápiz	
32. pistola [pistóla]	13,0	pistola	
33. mar [már]	13,2	mar	
34. caramelo [karamélo]	13,9	caramelo	
35. plátano [plátano]	14,3	plátano	
36. globo [glóbo]	15,1	globo	
37. palmera [palméra]	15,5	palmera	
38. clavo [klábo]	15,7	clavo	
39. tortuga [tortúga]	15,9	tortuga	
40. pueblo [pwébio]	16,3	pueblo	
41. tambor [tambór]	16,3	tambor	
42. escoba [eskóbe]	16,6	escoba	
43. mariposa [maripósa]	17,0	mariposa	
44. puerta [pwérta]	18,8	puerta	
45. bruja [brúxa]	19,7	bruja	
46. grifo [grífo]	20,0	grifo	
47. jarra [jára]	20,1	jarra	
48. tren [trén]	20,3	tren	
49. gorro [góro]	20,3	gorro	
50. rata [ráta]	20,5	rata	
51. cabra [kábra]	21,1	cabra	
52. lavadora [labá-dora]	23,6	lavadora	
53. preso [prés-o]	23,6	preso	
54. semáforo [semáforo]	24,0	semáforo	
55. fresa [frés-a]	24,2	fresa	
56. árbol [árbol]	24,8	árbol	
57. periódico [perjó-diko]	51,9	periódico	

TOTAL DE PALABRAS ERRONEAS: /57 TOTAL DE FONEMAS ERRONEOS: /240

REPETICION AISLADA DE FONEMAS O SILABAS:
 EXPLORACION DE LAS PRAXIAS BUCO-FACIALES:
 OBSERVACIONES SOBRE LA VOZ, RITMO, etc.:
 OBSERVACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO:

RFI

**Registro fonológico
inducido**































s





























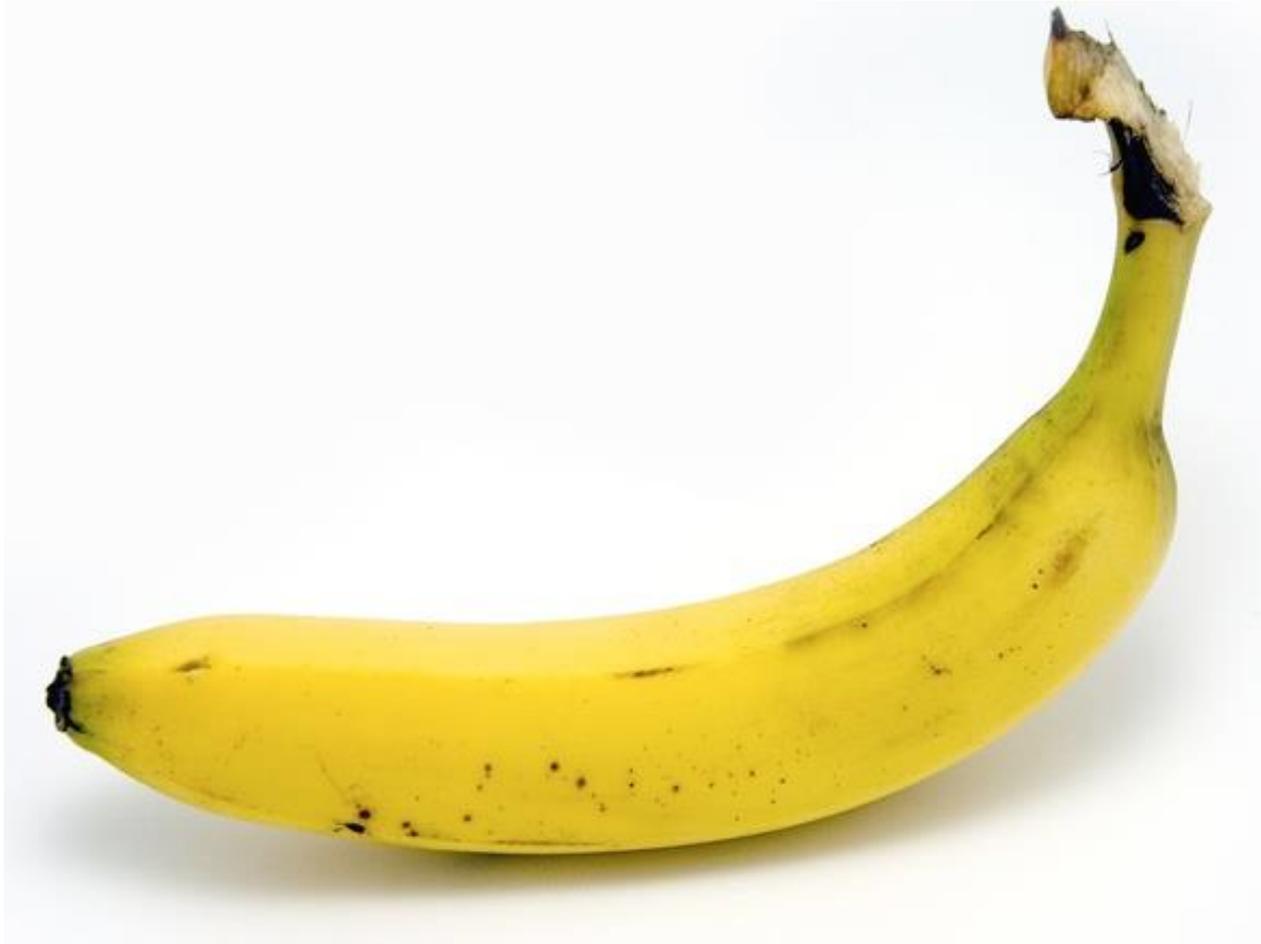






























200



CGSociety.org

Copyright (C) Sven Geruschat, submitted 07 September 2009













Download from
Dreamstime.com
This watermarked comp image is for previewing purposes only.



ID 2306373
© Isselee | Dreamstime.com











