



Universidad
**Católica de
Valencia**
San Vicente Mártir

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

GRADO EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PACIENTES CON AFASIA POST ICTUS

Presentado por: Carolina María Juan Montesinos

Tutora: D^a Sara Villalba Agustín

Valencia, a 18 de Mayo de 2023



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi tutora, la doctora María del Rosario Villalba Agustín, por todo el apoyo que me ha brindado durante la elaboración de este trabajo.

Además, quiero dedicarle este trabajo a la neuropsicóloga Vanessa Llorca Llinares, trabajadora del Hospital Marina Salud, Denia, por todo lo que he aprendido siendo su alumna en prácticas y a mi familia por acompañarme y apoyarme durante todo este tiempo.





Índice

Resumen	7
Abstract	8
1.Introducción	9
Ictus.....	9
Epidemiología.....	10
Afasia	10
Tipos de tratamientos y programas de intervención	15
Efectos de la rehabilitación	18
Justificación del programa de intervención	20
2. Descripción del programa de intervención	22
Ámbito de aplicación	22
Objetivos del programa.....	22
Población diana del programa.....	23
Fases del programa.....	25
Evaluación	26
Descripción del programa	27
Cronograma	49
Tabla 1.....	49
Delimitación de recursos	52
Análisis de la viabilidad del programa	53
3. Conclusiones.....	54
4. Bibliografía.....	56
5. Anexos.....	61
Anexo 1. Ejemplo ejercicio para el rastreo visual.....	61



Anexo 2. Ficha para el rastreo visual de números	62
Anexo 3. Ejercicio de lectura	63
Anexo 4. Ejemplo pictogramas.....	64
Anexo 5. Ficha para el rastreo visual de números	65
Anexo 6. Ficha de trabajo memoria visoespacial.....	66
Anexo 7. Ficha de comunicación predeterminada.....	67
Anexo 8. Ejemplo ficha rastreo pareja de palabras	68
Anexo 9. Ficha de vocabulario y asociación	69
Anexo 10. Ficha para relacionar palabras con figuras	70
Anexo 11. Ejemplo de juego Memory	71
Anexo 12. Pruebas de evaluación neuropsicológica.....	72
Anexo 13. Hoja para la copia de números y letras	79
Anexo 14. Ficha con imágenes	80
Anexo 15. Sopas de letras.....	81
Anexo 16. Bodegón	83
Anexo 17. Cuadernillo de lectoescritura.....	84



Resumen

El Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares (GEECV) y la Sociedad Española de Neurología (SEN) declaran que, el ictus es una de las principales causas de mortalidad tanto en mujeres como en varones españoles (GEECV-SEN, s.f.). Según la Federación Española del Ictus (FEI), en Europa mueren 650.000 personas anualmente a causa de un infarto cerebral, 40.000 de estos casos, son españoles/as (FEI, s.f.). Encontramos distintos tipos de ictus o Accidentes Cerebrovasculares (ACV), con diferentes causas, pronósticos y consecuencias. Sufrir un ACV supone una alteración a nivel físico, motor, cognitivo, emocional y funcional para el paciente, por lo cual, se requiere de una rehabilitación para recuperar, dentro de lo posible, las funciones alteradas. Esta rehabilitación se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar formado por; médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos, logopedas, etc. Dichos profesionales trabajarán junto con el paciente y darán pautas a los cuidadores informales para ayudar en el proceso de recuperación, en unidades como la Unidad de Recuperación Funcional (URF) que encontramos en los hospitales.

Los ACV provocan una serie de déficits neurológicos y lesiones debido al hematoma resultante. Si las lesiones aparecen en las áreas relacionadas con el lenguaje, el paciente adquirirá una afasia. Existen diversos tipos de afasia dependiendo de las zonas, relacionadas con el lenguaje, del cerebro que hayan quedado afectadas por el infarto cerebral., creando un gran número de pacientes bajo un mismo diagnóstico pero con necesidades muy distintas. El nivel de gravedad de dicha secuela determinará en gran medida la capacidad de rehabilitación del paciente. En este trabajo se pretende diseñar un programa de intervención a nivel cognitivo, emocional y conductual en pacientes con afasia motora transcortical adquirida tras un ictus.

Palabras clave: Ictus, ACV, afasia, cognitivo, emocional, rehabilitación.



Abstract

The Cerebrovascular Diseases Study Group (GEECV) and the Spanish Society of Neurology (SEN) declare that stroke is one of the main causes of mortality in both Spanish men and women (GEECV-SEN, s.f.). According to the Spanish Stroke Federation (FEI), in Europe, 650,000 people die annually from a stroke, 40,000 of these cases are Spanish (FEI, s.f.). We find different types of strokes or Cerebrovascular Accidents (CVA), with different causes, prognoses and consequences. Suffering a stroke supposes a physical, motor, cognitive, emotional and functional alteration for the patient, for which, rehabilitation is required to recover, as far as possible, the altered functions. This rehabilitation is carried out by a multidisciplinary team formed by; doctors, physiotherapists, occupational therapists, neuropsychologists, speech therapists, etc. These professionals will work together with the patient and give guidelines to informal caregivers to help in the recovery process, in units such as the Functional Recovery Unit (FRU) that we find in hospitals.

Strokes cause a series of neurological deficits and injuries due to the hematoma resulting from the stroke. If the lesions appear in the areas related to language, the patient will acquire an aphasia. There are various types of aphasia depending on the areas of the brain, related to language, that have been affected by the stroke, creating a large number of patients under the same diagnosis but with very different needs. The level of severity of said sequel will largely determine the patient's rehabilitation capacity. This paper aims to design an intervention program at a cognitive, emotional and behavioral level in patients with transcortical motor aphasia acquired after a stroke.

Key words: Stroke, CVA, aphasia, cognitive, conductual, emotional, rehabilitation.



1.Introducción

Ictus

Un ACV comienza con un súbito déficit neurológico debido a una brusca interrupción del flujo en los vasos sanguíneos del cerebro, causado generalmente por la oclusión o la rotura de éstos (Helm-Estabrooks y Albert, 2005). Al romperse los vasos sanguíneos, los pacientes sufren hemorragias por la periferia o en el interior del cerebro, las cuales provocan déficits neurológicos y lesiones.

Existen diferentes tipos de ictus, con una primera clasificación podemos diferenciar entre ictus isquémicos; los más frecuentes (hasta el 85% del total) y su consecuencia final es el infarto cerebral: situación irreversible que lleva a la muerte a las células cerebrales afectadas por la falta de aporte de oxígeno y nutrientes transportados por la sangre. En el segundo caso nos referimos a ictus hemorrágicos. Son menos frecuentes, pero su mortalidad es considerablemente mayor. Como contrapartida, los supervivientes de un ictus hemorrágico suelen presentar, a medio plazo, secuelas menos graves (GEECV-SEN). Atendiendo a su etiología, encontramos (Chung et al., 2014):

- Ictus completo de circulación anterior (TACI), cumple tres criterios: disfunción cerebral superior o cortical, hemianopsia homónima y déficit motor y/o sensitivo homolateral implicando al menos 2; de brazo, pierna y cara.
- Ictus parcial de circulación anterior (PACI) ocurre cuando se cumplen 2 de los 3 criterios nombrados anteriormente.
- Ictus lacunar (LACI) tiene como características: hemisíndrome motor puro, hemisíndrome sensitivo puro, hemisíndrome sensitivo motor, hemiparesia atáxica y una disartria-mano torpe.
- Ictus circulación posterior (POCI) se observa una afectación ipsilateral de pares craneales con déficit motor y/o sensitivo contralateral, un déficit motor y/o sensitivo



bilateral, patología oculomotora, disfunción cerebelosa sin déficit de vías largas ipsilaterales y una hemianopsia homónima aislada.

Tras un daño cerebral adquirido (DCA) como lo es un ictus, se esperan una serie de alteraciones en los pacientes a nivel atencional, mnésico (amnesias), de movimiento (apraxias), de percepción (agnosias), funciones ejecutivas y de lenguaje (afasias). Dichas alteraciones pueden llegar a alterar significativamente el nivel de vida del paciente y de su entorno cercano.

Epidemiología

El ictus es la segunda causa de muerte en España (la primera en mujeres), la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de demencia. Cada año 110.000-120.000 personas sufren un ictus en España, de los cuales un 50% quedan con secuelas que provocan discapacidades o fallecen (SEN, s.f.). El infarto cerebral es una de las principales causas de mortalidad tanto en mujeres como en varones españoles (GEECV-SEN, s.f.). En Europa mueren 650.000 personas anualmente a causa de un ictus, 40.000 de estos casos, son españoles/as (FEI, s.f.).

Se calcula que los ACV pueden causar la mitad de los casos de afasia. Aproximadamente, el 20% de personas que padecen ictus sufren afasia (Helm-Estabrooks y Albert, 2005).

Afasia

La afasia, desde sus primeras descripciones clínicas en la segunda mitad del siglo XIX, se define como la pérdida, deterioro o alteración de la capacidad de uso del lenguaje, que se presenta como secuela de un daño cerebral sufrido en cualquier momento posterior a la adquisición y desarrollo de las habilidades lingüísticas básicas en el sujeto (Ardila, 2006; Dronkers, Pinker & Damasio, 2004; Omar, 2012).



Hablamos de afasia cuando existe una afección en una, o múltiples áreas de la zona del lenguaje localizada en el hemisferio izquierdo y definida por Joseph Jules Déjerine, un neurólogo suizo, a principios del siglo XX. Dicha Zona del lenguaje comprende regiones de los lóbulos parietal, frontal y temporal, donde podemos localizar: el Área de Broca (corteza prefrontal posterolateral y en parte en el área premotora), encargada de controlar los músculos del aparato glossofaríngeo y el Área de Wernicke (parte posterior de la circunvolución superior del lóbulo temporal, detrás de la corteza auditiva primaria). Ambas áreas conectan a través de unas fibras de sustancia blanca donde encontramos tanto el fascículo longitudinal superior como el fascículo arqueado. Estas fibras pasan por las circunvoluciones angular y supramarginal hasta el borde posterior de la cisura de Silvio (Helm-Estabrooks y Albert, 2005).

De acuerdo con el Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP) encontramos diversos tipos de afasia, dependiendo de la zona dañada por el ACV (ISEP, 2020):

- Afasia de Broca. Los pacientes presentan aprosodia, es decir, experimentan un impedimento en la modulación melódica, además, de hallar dificultades a la hora de estructurar correctamente a nivel gramatical las frases las cuales, son cortas y con pausas entre las palabras, aunque la comprensión queda preservada. Su habla es muy poco fluida y lenta, con una pobre conservación de sustantivos y en menor grado de verbos, adjetivos, adverbios, preposiciones, etc.
- Afasia de Wernicke. Al contrario que en un caso de afasia de Broca, en este tipo de afasia los pacientes preservan un habla fluida y prosódica, sin embargo hay un difícil acceso a las palabras por lo que estas acaban siendo sustituidas por otras, en ocasiones la sustitución de palabras es tan abundante que las frases son incomprensibles. La capacidad de comprensión y repetición quedan alteradas.
- Afasia Anómica. Se trata del tipo de afasia más frecuente, presentando dificultades a la hora de encontrar las palabras exactas a la hora de expresarse el paciente.

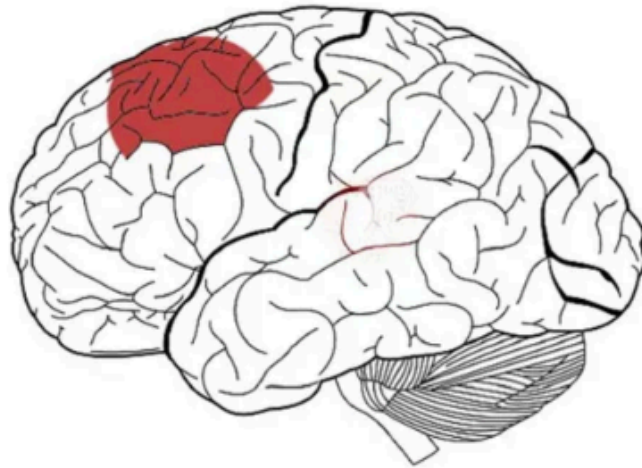


- **Afasia Subcortical.** Este tipo de afasia se puede presentar de diferentes formas, experimentando o no un problema de fluidez en el habla, la comprensión auditiva suele estar afectada, al igual que los pacientes pueden tener problemas de sustitución de palabras (parafasias semánticas).
- **Afasia de Conducción.** A diferencia de las afasias de Broca y Wernicke, en este síndrome afásico la comprensión auditiva y el habla están relativamente preservados, aunque las capacidades de denominación y repetición están alteradas. Los pacientes con esta afasia presentan un habla fluida, sin problemas en la articulación pero con pausas y parafasias fonémicas.
- **Afasia Global.** Combina distintos rasgos que corresponden a las afasias de Broca y Wernicke: incapacidad para la repetición, comprensión limitada, problemas con la denominación, poca fluidez verbal, llena de estereotipias. Incluso pueden presentarse situaciones de mutismo.
- **Afasias Transcorticales.** Podemos encontrar 3 tipos de afasias transcorticales: afasia motora transcortical (en la que nos centraremos para este trabajo), afasia sensorial transcortical y afasia mixta transcortical.

En la afasia motora transcortical, a pesar de preservar relativamente dentro de la normalidad la comprensión auditiva, el habla es escasa, forzada y con poca fluidez, la escritura se ve alterada, sin embargo la capacidad de lectura se conserva. La repetición también queda alterada y el grado de afeción a la capacidad de denominación puede variar entre pacientes. Este síndrome afásico surge como consecuencia de una lesión producida en la zona frontal, alrededor del opérculo (Figura 1), la sustancia blanca profunda puede verse afectada con una preservación total o parcial del área de Broca.



Figura 1. Localización de la lesión causante de la Afasia motora transcortical.



Nota. Fuente: “Afasia transcortical motora” por André Jofré, D. (2017).
<https://es.scribd.com/presentation/363811898/Afasia-Transcortical-Motora-1#>

Las lesiones en esta zona se producen por un infarto entre las arterias media y anterior en la mayoría de ocasiones. O bien la arteria cerebral anterior o las ramificaciones anteriores más internas de la arteria cerebral media sufren una interrupción del flujo sanguíneo, ocasionando el daño cerebral.

Alteraciones afectivas y psicológicas.

Las alteraciones del lenguaje que resultan como consecuencia de daño cerebral es uno de los problemas más estudiados en la neuropsicología contemporánea (Solovieva et al., 2001). Sin embargo, entre las consecuencias de la afasia menos estudiadas, encontramos aquellas que abarcan la parte emocional, pero no por ello estas consecuencias son inexistentes.



Las emociones son procesos psicológicos no observables de forma directa que implican una serie de condiciones para ser desencadenadas. Son provocadas por estímulos relevantes, los cuales son procesados antes de liberar una serie de cambios fisiológicos y, un comportamiento comunicativo y expresivo. Sentir y expresar lo que sentimos es, como seres gregarios, una parte fundamental de nuestra comunicación, de nuestra vida en sociedad. Por ello, cabe esperar que, al adquirir cualquier tipo de problema relacionado con la comunicación, sea una afasia u otros trastornos/lesiones, exista alguna alteración a nivel emocional (Domínguez et al., 2010). Un estudio realizado por Camoes-Barbosa et al. (2012) concluyó estableciendo la afasia como un valor predictivo de depresión en pacientes que han sufrido un ACV, con una correlación bastante significativa ($p = 0.05$). Otro estudio elaborado por Serrano, Castro y Allegri (2010), analizó 26 casos de afasia progresiva primaria (APP) aplicando el Inventario neuropsiquiátrico (NPI-Q) y la Escala de depresión de Beck (BDS). El 70% de los pacientes obtuvieron puntuaciones altas en depresión, el 61% puntuó alto en apatía y el 52% en ansiedad.

Según el DSM-5 (2013), estas puntuaciones se reflejarían en:

Conductas depresivas. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, falta de apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Conductas ansiosas. Ansiedad o preocupación excesiva difícil de manejar, inquietud o sensación de estar atrapado o con los pelos de punta, facilidad para la fatiga, dificultad para la concentración o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño.

Alteraciones cognitivas.

Dentro de las funciones cerebrales superiores, la memoria y el lenguaje están sujetos a sufrir alteraciones como las que pueden evidenciarse en un cuadro de afasia (Letier et al.,



2013). Cuando se sufre un ACV, además de la lesión principal consecuencia del accidente, aparecen una serie de lesiones secundarias. En las lesiones cerebrales se presentan alteraciones secundarias del sistema de control atencional, con independencia de la localización del daño y los circuitos nerviosos afectados (Martínez, 2012). La afasia combinada con dichas lesiones forman la alteración más frecuente dentro del campo neuropsicológico, por ende, además del déficit lingüístico, podemos esperar que un paciente con afasia tenga problemas en la recuperación debido a fallos a niveles atencionales.

Tipos de tratamientos y programas de intervención

Tras la lectura de diferentes programas de intervención, manuales y meta-análisis se han encontrado diversas respuestas a cómo deben de ser los tratamientos empleados para trabajar con pacientes con afasia post-ictus en función de sus necesidades y déficits a nivel cognitivo, conductual y emocional.

En la literatura no existe un modelo consensuado para el tratamiento de los cambios conductuales en personas con daño cerebral adquirido. Dependiendo del autor, habrán quienes se fijen más en las terapias a nivel individual y aquellos que se decanten por las terapias grupales (Aparicio-López et al., 2014). A nivel conductual encontramos señales que nos dirigen hacia las terapias holísticas, las cuales consisten en hallar el equilibrio en los planos físico, emocional, espiritual y mental de la persona. Dichas terapias están abiertas a realizarse tanto a nivel individual como en grupos. Diversos estudios indican, que la inclusión de una actividad de psicoterapia (grupal o individual) es determinante en la rehabilitación del paciente, provocando una serie de beneficios a nivel interno y en conductas prosociales (Ben-Yshay y Diller, 1993; Cicerone, 2000, 2005). En este tipo de terapias es de suma importancia marcar una serie de objetivos individuales para que el paciente sepa la dirección a la que debe conducirse, al igual que es importante trabajar la aceptación de la nueva realidad del paciente, tanto con él como con su entorno cercano. Hasta que los pacientes llegan a dicha aceptación, desde que sufren el ACV, se encuentra dentro de la normalidad que experimenten: negación,



ira, negociación, depresión y aceptación (Aparicio-López et al., 2014). Es decir, experimentar las diferentes fases del duelo establecidas por Kübler-Ross en 1969, las cuales pueden afectar al correcto desarrollo del tratamiento.

Además de las terapias holísticas, destacan los resultados favorables por parte de las terapias artísticas a la hora de trabajar a nivel cognitivo, conductual y emocional, como encontramos en el estudio de Ríos García, et al., 2018. Este tipo de terapias se adaptan al nivel de afectación de cada paciente. El tratamiento rehabilitador según el Protocolo de tratamiento de las ACV vigente en la Sección de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Militar de Matanzas, 2013, consta de un conjunto variado de actividades.

Para pacientes con alteración severa de la funcionalidad. Pinturas de formas geométricas u objetos simples mediante pintura de dedos, composiciones de cuadros mediante la técnica del chorreo de pintura, rasgar y pegar papeles, collages con piezas fáciles de manejar y composiciones con materiales de texturas contrastadas (lisas y rugosas).

Para pacientes con alteración leve de la funcionalidad. Composiciones empleando telas, con variedad de colores y texturas, mediante la técnica de recortar las formas elegidas y pegarlas sobre superficie plana, creación de composiciones figurativas a base de recortables y memorizando imágenes, collage con piezas más difíciles de manejar (de menor tamaño), confección de artículos tridimensionales (tarjetas, agendas, etc.), creación de objetos de papel maché y creación de tapices y alfombras.

Para conocer el nivel de gravedad de la alteración de la funcionalidad se tiene en cuenta el índice de Barthel. Si la puntuación >60 , alteración leve; si la puntuación ≤ 60 , alteración grave/severa.

Por otro lado tenemos las terapias centradas en las personas y su desarrollo, hablamos de las terapias cognitivo conductuales o, terapias humanistas (condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje vicario). Este tipo de técnicas es lo que se conoce como modificación de conducta y se utiliza en el ámbito de la neuropsicología como



intervención de las alteraciones conductuales. Están basadas en la teoría del aprendizaje, esto es, el conocimiento de la relación entre una conducta desafiante y las contingencias, adaptándose a la serie de déficits cognitivos que puedan presentar los diferentes pacientes (Aparicio López et al., 2014).

Las terapias musicales han dado resultados favorables en cuanto a la mejora conductual y emocional se refieren. Un estudio (Núñez y Ruiz, s.f.) encontró cambios significativos a nivel emocional empleando una terapia musical con personas con discapacidad intelectual y trastorno de la conducta. Los sujetos del estudio adquirieron un mayor control en el manejo del estrés, una mejora de la comunicación social, mayor adaptación social y control de impulsos. Este tipo de terapias son complementarias en los tratamientos con pacientes oncológicos, ya que se demostró como bajaban los niveles de ansiedad, miedo, depresión, ira, dolor y asimismo los pacientes se mostraban más animados y colaboradores (Yáñez, 2011).

Para la rehabilitación del lenguaje y demás déficits propios de las afasias se estructuraron programas divididos en diversas fases. Dichas fases constaban de ejercicios para volver a aprender a estructurar frases a nivel gramatical, rehabilitación de la fonación, aumento del repertorio de palabras empleadas por el paciente, consolidar nuevas vías de análisis cenestésico y trabajar el lenguaje expresivo verbal (Galindo Aldana et al., 2014; Quintanar Rojas et al., 2004). Esta serie de objetivos de la rehabilitación se llevaron a cabo de las siguientes formas:

Análisis cenestésico (reconocimiento de objetos cotidianos). Para esta parte del programa se le vendan los ojos al paciente y se inicia el nivel básico de reconocimiento táctil de objetos conocidos, gradualmente aumenta el nivel de dificultad.

Rehabilitación de la fonación y aprender estructuras gramaticales. Se emplean láminas con palabras y frases para que el paciente las intente leer y atienda a la pronunciación de éstas, leídas por el terapeuta, para su posterior repetición por parte del paciente. También



se emplearon fotografías con valor emocional para los pacientes para mejorar la expresión de los sucesos ocurridos en dichas fotografías.

Efectos de la rehabilitación

La estimulación cognitiva (EC) se basa en un conjunto de estrategias diseñadas para alcanzar una eficacia óptima de las diferentes funciones cognitivas y capacidades de la persona con el objetivo de mejorar el funcionamiento cognitivo de pacientes con demencia o deterioro cognitivo. Las funciones son: percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxias. Estas estrategias se llaman “programas de entrenamiento cognitivo” y, no solamente se fijan en la parte cognitiva, también cubren las partes conductual y emocional (Espert y Villalba, 2014). Mientras tanto, la rehabilitación cognitiva es el conjunto de técnicas aplicadas con la meta de que, personas con un daño cerebral adquirido, puedan recuperar su autonomía y funciones que se han visto alteradas (Mateer, 2003). Por lo tanto, podemos establecer la diferencia entre la EC y la rehabilitación diciendo que, a diferencia de la EC, que busca (como el propio nombre indica) estimular funciones conservadas por el paciente, la rehabilitación busca recuperar funciones perdidas/alteradas debido a un daño cerebral.

De acuerdo a la rehabilitación cognitiva, Lasprilla (2006) declara que ésta “debe centrarse en alcanzar metas relevantes de acuerdo las capacidades funcionales de la persona y mediante mutuo acuerdo” (p. 3). Las decisiones profesionales tomadas por el terapeuta deben estar justificadas en la evidencia y, a su vez deben respetar las preferencias del propio paciente, su salud y estado psicológico (Wilson, 2019).

Previa a la realización de una rehabilitación cognitiva o una EC, se realiza una evaluación neuropsicológica para conocer el estado del paciente ya sea por un daño orgánico o, por diferentes patologías psiquiátricas que puedan provocar una disfunción cerebral (Tirapu, 2007). Dicha evaluación consiste en la aplicación de una serie de tests psicométricos que, permiten medir el mayor número de funciones. Una vez obtenidos los resultados de los tests, se tendrá un registro de las funciones cognitivas alteradas y, por ende, el terapeuta podrá



establecer un diagnóstico y tomar las medidas adecuadas para efectuar una EC o rehabilitación cognitiva óptima.

Durante los 6 primeros meses después del infarto cerebral ocurre lo denominado, recuperación inmediata (Kertesz, 1988). En el periodo inmediato a la lesión, ocurre la diáskisis (Cappa, 2000; Kertesz, 1988). La diáskisis consiste en la interrupción de una función nerviosa debido a una inhibición de la corriente nerviosa, provocando una afectación transitoria a la zona encargada de dicha función. Después de este periodo de tiempo, la recuperación del paciente se establecerá en base a la intervención por parte del equipo multidisciplinar y los programas de rehabilitación específicos que los profesionales apliquen.

Los proyectos e intervenciones que anteceden a este trabajo muestran avances positivos tras la aplicación de los tratamientos, dejando los siguientes resultados:

En terapias artísticas. Se redujeron los niveles de dependencia de los pacientes, los pacientes ganaron independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVDs), al igual que se disminuyeron los niveles de depresión, llegando pacientes a dejar de tener depresión o pasar de nivel moderado-grave a leve.

Terapias del lenguaje. En el programa de Quintanar Rojas et al., (2002), se obtuvieron evidencias electrofisiológicas, obtenidas a través de los estudios pre-tratamiento y post-tratamiento, de mapeo cerebral que indicarían cambios. En el mapeo cerebral post-tratamiento se observaron: una mejoría en la sincronización de la actividad cerebral, un incremento de la actividad alfa en ambos hemisferios y una disminución de las ondas lentas en comparación con el estudio inicial. Estos datos han resultado similares en otros estudios realizados con pacientes afásicos (Weiller y Cols., 1995; Pizzamiglio y Cols., 1998; Warburton y Cols., 1999; Planell y Quintanar, 2001). Por otra parte, en el estudio realizado por Galindo Aldana et al., (2014), el lenguaje espontáneo de la paciente mejoró en comparación con lo observado en la primera valoración, haciendo referencia a la cantidad de palabras expresadas y a la precisión en la pronunciación.



Aunque existen evidencias de resultados positivos en la rehabilitación de los pacientes, también debemos tener en cuenta los efectos negativos que puedan surgir, como un incremento de la sintomatología ansioso-depresiva por parte del paciente al no haber y/o notar resultados de la terapia.

Justificación del programa de intervención

Como hemos podido comprobar anteriormente, el ictus es una enfermedad cuyo número de casos es alarmantemente significativo y deja secuelas que requieren de una rehabilitación. El 50% de casos de afasia aparecen después de sufrir un infarto cerebral y su tratamiento, dentro de las posibilidades, es clave dentro de la recuperación del paciente. Para llevar a cabo dicha recuperación, no solo precisamos de la ayuda de un equipo multidisciplinar y de los cuidadores informales, también es necesario la colaboración del paciente, el cual, puede experimentar un deterioro emocional y conductual, además de cognitivo, debido a las circunstancias.

Se pueden esperar un conjunto de alteraciones a nivel conductual, cognitivo y emocional por parte de las personas que han sufrido un ictus (Aparicio-López, et al., 2014). Además de los problemas a nivel cognitivo y conductual, que son foco de atención a la hora de llevar la rehabilitación por los profesionales, se ha querido tener en cuenta en este trabajo la parte emocional puesto que se demostró que la depresión post ictus (DPI) es el trastorno afectivo más frecuente tras un ictus y el principal factor que limita la recuperación de los pacientes, además de ser un factor que incrementa el nivel de mortalidad 10 veces (Espárrago Llorca et al., 2015). Además, un estudio de la Alzheimer's Association manifiesta como las deficiencias en el lenguaje limitan gravemente la participación en las actividades cotidianas y las conversaciones familiares, provocando pues, que el paciente se sienta aislado y generando, este déficit, unas cargas extra en el cuidado del paciente (Roberts et al., 2022). Así, otros estudios como el desarrollado por Robinson, et al., (1984), recalcan la importancia de localizar la lesión producida por el ictus para identificar a que problemas afectivos está expuesto el paciente.



No olvidemos que el ser humano es un animal social y la comunicación es la capacidad innata para relacionarnos con nuestro entorno. Gracias a la comunicación damos paso a la expresión, la representación con palabras o con otros signos externos, de un pensamiento, una idea, un sentimiento, etc. (Oxford Languages, s.f.).

Un estudio de la *Alzheimer's Association* manifiesta como las deficiencias en el lenguaje limitan gravemente la participación en las actividades cotidianas y las conversaciones familiares, provocando pues, que el paciente se sienta aislado y generando, este déficit, unas cargas extra en el cuidado del paciente (Roberts et al., 2022). Todo esto indica que el paciente, además de los déficits notables a nivel cognitivo y funcional, sufre a nivel emocional. Es por ello que en este trabajo se propone un programa de intervención a nivel individual, dirigido a neuropsicólogos, a nivel cognitivo, conductual y emocional en pacientes afásicos.

Luria (1980) menciona que la afectación de la estructura gramatical se manifiesta en los aspectos más o menos complejos de la expresión verbal, ya que el lenguaje fluido y desarrollado puede ser sustituido por una cadena de palabras aisladas que solamente designan objetos o verbos (generalmente en infinitivo). Al mismo tiempo, el agramatismo afecta de manera sistémica otros aspectos de los procesos psicológicos del paciente.

Se ha seleccionado un síndrome afásico en concreto (afasia motora transcortical) debido a la variabilidad de síntomas y déficits que sufren los pacientes con distintos tipos de afasia. La afasia motora transcortical cuenta con una preservación relativamente dentro de la normalidad de la comprensión auditiva, lo cual, nos permitirá transmitirle la información al paciente con mayor facilidad si lo comparamos con otros síndromes afásicos.



2. Descripción del programa de intervención

Ámbito de aplicación

El ámbito de aplicación en el que se enmarca el programa de intervención es el sanitario, como la Unidad de Rehabilitación Funcional (URF) habilitada en hospitales. El programa de intervención alterna sesiones de terapia emocional, cognitivo y conductual, todas de carácter presencial debido a la situación de ingreso de los pacientes.

Objetivos del programa

Partiendo de los daños ocasionados por un ictus, los objetivos establecidos para el desarrollo del programa de intervención son:

I. Objetivo general: Mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante un proceso de rehabilitación a nivel cognitivo, conductual y emocional.

II. Objetivos específicos:

- Dotar a los pacientes y a sus familiares/cuidadores de estrategias de afrontamiento emocional y funcionales.
- Recuperar capacidades cognitivas, recuperar la capacidad de lectura, escritura, mejora del nivel atencional y rastreo visual.
- Estabilizar la conducta alterada del paciente, en caso de alteración y, mejorar el estado de ánimo.



Población diana del programa

La población diana sobre la cual se piensa aplicar el programa de intervención son los pacientes que tras un ictus han desarrollado una afasia motora transcortical. Tendremos en cuenta los siguientes criterios para la admisión del paciente en el programa:

Criterios de inclusión.

- El paciente se halla en la URF en caso de hospitalización.
- El paciente no cuenta con un trastorno depresivo previo al ictus.
- La afasia es debida al ictus y no previa a éste.
- Pacientes con una previsión de mejora.

Criterios de exclusión.

- Pacientes con un deterioro cognitivo debido a una demencia además de las secuelas del ictus.
- Pacientes con una depresión endógena o depresión previa al infarto cerebral.
- Paciente que presenta cualquier síndrome afásico que no sea la afasia motora transcortical.
- Pacientes con patología crónica previa que les impide realizar rehabilitación.
- Pacientes que ofrecen una fuerte y continuada resistencia al tratamiento.

Debido a que el programa está pensado para realizarse, dentro de un hospital, en la Unidad de Recuperación Funcional (URF), los pacientes deben cumplir una serie de requisitos para ingresar en dicha unidad.

Criterios de admisión:



Pacientes adultos cuyo proceso de rehabilitación hospitalaria se prevea menor de 45 días y presentan una buena situación funcional (Índice de Barthel >60) y cognitiva previas al ingreso con:

- Ictus isquémico o hemorrágico y que son subsidiarios de tratamiento rehabilitador.
- Deterioro funcional moderado o grave por patología osteoarticular, con indicación de tratamiento rehabilitador, por procesos traumatológicos quirúrgicos o no.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presentaban una mala situación funcional con dependencia para las ABVD o incapacidad para la marcha y/o una mala situación cognitiva previa al ingreso que impida la colaboración en el tratamiento rehabilitador.
- Pacientes que en el momento de ser valorados para ingreso en la URF presenten un Índice de Barthel < 40.
- Pacientes inestables desde el punto de vista clínico que requieran continuar en planta de agudos.
- Pacientes con patología crónica previa que les impide realizar rehabilitación.
- Problema social que impida el alta hospitalaria tras cumplir los objetivos de la URF.
- Problema social como motivo principal de ingreso.
- Pacientes subsidiarios de cuidados paliativos.



Fases del programa

El programa de intervención consta de 3 fases, una evaluación inicial, la aplicación del programa de intervención y, por último, una evaluación postratamiento.

Fase 1. Evaluación inicial

La evaluación inicial se llevará a cabo para operativizar las siguientes variables: nivel de depresión y ansiedad, estado atencional, nivel de fluidez verbal, memoria visual, memoria auditiva, abstracción, capacidad visoespacial, capacidad de cálculo simple, orientación y cambio conductual post-lesión. Para la evaluación inicial de los pacientes se emplearán un conjunto de tests expuestos en el apartado *Evaluación*.

Fase 2. Aplicación del programa

Aunque el número de días de hospitalización varía dependiendo del paciente, el programa cuenta con un total de 20 sesiones, de las cuales la primera se dedicará a la evaluación del paciente, y el resto quedarán separadas bajo tres temáticas: tratamiento de la parte emocional, rehabilitación cognitiva y rehabilitación conductual, existiendo la posibilidad de solapar dos temáticas dentro de una misma sesión. Esto último dependerá del estado y colaboración del paciente.

Para cada una de las sesiones se han preparado una serie de recursos basados en: la eficacia de las terapias artísticas en cuanto a rehabilitación emocional y cognitiva en pacientes tras un ictus se refieren (Ríos, et al., 2018). La terapia cognitivo-conductual, cuadernillos de aprendizaje dedicados a la lectoescritura, fichas de rastreo visual, juegos de memoria visual y espacial y los ejercicios para la actualización de conectivos y organización de las relaciones gramaticales de sustantivos, verbos, género y número (Quintanar, et al., 2002).



Fase 3. Evaluación post-tratamiento

Tras la aplicación del programa de intervención se volverán a pasar los instrumentos de la evaluación inicial y, se compararán resultados antes y después del tratamiento, esperando una mejora general de los resultados.

Evaluación

Durante las sesiones de evaluación inicial y post tratamiento se administran los siguientes materiales de evaluación.

- *Montreal cognitive assessment* (MOCA) (Nasreddine, et al. 2005). Un prueba de cribado con 30 preguntas, realizado para detectar problemas a nivel cognitivo. Las habilidades que mide este test son: orientación en las tres esferas (persona, tiempo y lugar), memoria a corto plazo y recuperación del recuerdo, habilidades visoespaciales y funciones ejecutivas, habilidades del lenguaje, abstracción, denominación, cálculo sencillo, atención y por último podemos encontrar la prueba del dibujo del reloj.
- *Token Test* (De Renzi, Vignolo, 1962). 20 fichas con distintas formas, colores y tamaños. Está destinado a evaluar la comprensión del lenguaje mediante órdenes que se le dan al paciente.
- *Test de vocabulario de Boston para la evaluación de la afasia* (BDAE) (Goodglass, Kaplan y Weintraub, 1983, 2001). Se trata de un test destinado a evaluar problemas de denominación, mediante 60 láminas en las cuales, hay figuras que el paciente debe identificar por su nombre.
- *Test de la Figura Compleja de Rey* (Rey, 1941). Permite evaluar la capacidad de organización perceptual del paciente, además de la memoria visual. Se trata de una composición formada por distintas figuras.



- *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* (Beck, 1996). Prueba compuesta por 21 ítems, destinada al diagnóstico de la sintomatología depresiva en adolescentes y adultos.
- *Escala de depresión geriátrica de Yesavage* (Brink y Yesavage, 1982). Instrumento de evaluación compuesto por 15 ítems que mide los síntomas de la depresión en personas mayores de 65 años.
- *Escala de Memoria de Wechsler (WMS IV)* (Wechsler, 1945). Se trata de una escala compuesta por 7 subtests: datos personales, orientación inmediata, control mental, memoria lógica, memoria de dígitos, reproducción visual y palabras asociadas.
- *Patient Competency Rating Scale-Neurorehabilitation (PCRS-NR)* (Borgado y Prigatano, 2003). Se trata de una escala autoaplicable de 30 ítems, 15 en su versión reducida, destinada a medir cambios conductuales.
- *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI)* (Gorshuch, Lushene y Spielberg, 1964, 1970). Se trata de un cuestionario de 40 ítems destinado a medir los niveles de ansiedad del paciente.

Descripción del programa

El “Programa de intervención neuropsicológica en pacientes con afasia post ictus” está diseñado para la rehabilitación cognitiva, conductual y emocional de los pacientes, repartiendo la rehabilitación en 20 sesiones, 5 sesiones por semana con una duración que oscila entre 40-60 minutos, dependiendo del contenido de la sesión. A su vez, el carácter de dichas sesiones varía entre individual y grupal.

Sesiones individuales. Estas sesiones tienen como objetivo tratar, de forma privada con el paciente, su estado emocional y, por otro lado, rehabilitar las funciones dañadas relacionadas con la afasia.



Sesiones grupales. Aunque estas sesiones también son un soporte en la terapia emocional, su objetivo es ayudar conductualmente al paciente, enseñándole habilidades sociales mediante terapias artísticas.

En este programa no solo se pretende que el paciente trabaje durante las sesiones, también se le otorgarán ejercicios de rehabilitación para continuar con ésta en ausencia del terapeuta y así aumentar las posibilidades de recuperación durante el ingreso hospitalario.

A continuación se desarrolla el contenido de cada una de las sesiones del programa.

Sesión 1. Presentación y evaluación inicial:

Objetivo principal. Presentar el programa de intervención y sus objetivos tanto al paciente como a su/s acompañante/s.

Objetivos específicos.

- Realizar la evaluación inicial.
- Obtener las variables: sintomatología depresiva, nivel de ansiedad, nivel atencional, estado comportamental, comprensión lectora, comprensión verbal y estado mnésico.

Contenido de la sesión. La sesión será dividida en 2 partes:

La primera parte consistirá en la presentación, tanto al paciente como a su/s acompañante/s, el programa, con sus objetivos y metodologías. El número de sesiones, la duración de éstas y sus temáticas.

La segunda parte está dedicada a la evaluación inicial, donde primero de todo se realizará una anamnesis para una posterior administración del listado de tests reflejados en el apartado *Evaluación*.



Al finalizar la sesión se resolverán las posibles dudas que hayan surgido y se hará entrega de un cronograma con el número de sesiones, duración y contenido de cada una de ellas.

Duración de la sesión. 60 minutos:

- La primera parte tiene una duración aproximada de 5- 10 minutos.
- La segunda parte durará aproximadamente 50 minutos, dependiendo de las dificultades de la evaluación.

Materiales necesarios. El conjunto de tests nombrados, algunos de ellos mostrados en el Anexo 12.

Tipo de sesión. Individual, máximo 2 personas contando con el posible acompañante del paciente.

Sesión 2. Aceptación de la nueva situación:

Objetivo. Ayudar al paciente a aceptar la nueva situación provocada por el ACV.

Contenido de la sesión. Aprovechando la preservación de la comprensión auditiva de los pacientes con afasia motora transcortical, el terapeuta, mediante un lenguaje no técnico y simplificado, explicar la situación de ingreso y las consecuencias psicológicas que puede causar la estancia en el hospital sin tratamiento, además de las consecuencias psicológicas que ya de por sí pueden surgir tras un infarto cerebral. El paciente puede experimentar:

- *Impotencia, ira.* Originadas por la nueva situación de dependencia. El terapeuta debe insistir en la no cronicidad de los síntomas si se sigue el tratamiento. Estas pautas se deben de dar desde un punto de vista realista ya que muchos pacientes acaban con secuelas permanentes.



- *Tristeza.* Tratar la validación emocional, normalizar tanto la emoción como el llanto. Se debe dejar un espacio para la expresión emocional, no se busca cortar la emoción sino ayudar al paciente a saber expresarla y gestionarla.
- *Ansiedad.* Cabe esperar que el paciente sobrepase sobre su futuro, el ACV, la posibilidad de que vuelva a sufrir otro ictus, sus limitaciones, etc. Causándole estrés e incluso niveles de ansiedad elevados. El terapeuta deberá enseñar al pacientes técnicas de relajación como la respiración diafragmática, la cual consiste en inspirar de forma lenta por la nariz, retener durante unos segundos el aire y, posteriormente expulsarlo lentamente por la boca mediante el uso del diafragma.
- *Desamparo.* Hacer comprender al paciente que, tanto el rol del neuropsicólogo como el del resto del equipo multidisciplinar, es ayudarlo a alcanzar una mejoría post ictus y que el ACV no marca un final, sino un nuevo y costoso comienzo que se puede sacar adelante mediante esfuerzo y trabajo. Trabajo el cual no realizará solo, el terapeuta tiene la misión de mantener su presencia visible y una actitud positiva hacia el paciente y sus avances, para que el paciente no se sienta abandonado.

Si el paciente necesita comunicarse podrá emplear los pictogramas del Anexo 4 para una comunicación más fluida.

Duración de la sesión. 60 minutos.

Materiales necesarios. Pictogramas (Anexo 4).

Tipo de sesión. Individual, se recomienda la no presencia de cualquier persona conocida, por si resulta una barrera en la expresión emocional de éste.



Sesión 3. Rehabilitación de la atención sostenida

Objetivo. Rehabilitar la atención sostenida del paciente mediante ejercicios de rastreo visual.

Contenido de la sesión.

Actividad 1. Consiste en encontrar todas las letras que sean iguales dentro de una sopa de letras. El terapeuta indicará la letra que se ha de buscar rodeando una de éstas, sirviendo de guía para el paciente. Ejemplo: Buscar todas las letras “A” dentro de la sopa de letras.

Actividad 2. En este ejercicio, en vez de buscar letras, el paciente buscará los números que le indique el terapeuta. Una vez encontrados, el paciente intentará, mediante la habilidad de copia, escribir los números en un folio aparte.

Tanto en la actividad 1 como en la 2, si el paciente comete un error (rodea una letra o un número equivocado), será corregido de forma inmediata por el terapeuta y se le recordará la letra que se le ha pedido buscar.

Tras finalizar los ejercicios, se le repartirá al paciente entre 1 y 2 fichas de ejercicios como los que ha completado durante esta sesión, para que los realice (o intente realizarlos) en sus ratos libres. Explicar la tarea al acompañante del paciente y la importancia de señalar los errores al instante y de no realizar el ejercicio por el paciente.

Duración de la sesión. 60 minutos.

Materiales necesarios. Fichas de ejercicios, consultar Anexos 1 y 2, folios, rotuladores o lápices de colores gruesos para facilitar el agarre por parte del paciente y, rollo de banda antideslizante para sujetar el folio.

Tipo de sesión. Individual o junto con el acompañante del paciente.



Sesión 4. Rehabilitación del habla mediante la lectura.

Objetivo. Entrenar el habla reducida y forzada del paciente para recuperar vocabulario y fluidez.

Contenido de la sesión.

Actividad 1. Se le presentarán al paciente una serie de láminas con palabras y frases (consultar Anexo 3), que, con el apoyo del terapeuta, tendrá que leer. Se puede ayudar al paciente si se observa dificultad en la lectura y en caso de equivocación en la pronunciación, se corregirá al instante y se le hará, al paciente, repetir la palabra errada. Se recomienda el uso de un bolígrafo para ir señalando las palabras que le toquen leer al paciente y, para ir tachando las ya leídas. En caso de que el paciente finalice la ficha y no se encuentre agotado, continuar con otra ficha el mismo ejercicio.

Actividad 2. Esta actividad consiste en relacionar formas geométricas con su nombre. Los nombres de éstas aparecerán escritos a un lado de la página y, el paciente debe leer y escribir el nombre debajo de la figura correspondiente.

Al finalizar, se le darán fichas al paciente para que practique con su acompañante, al menos durante 1 hora o que el paciente logre realizar 1 ficha.

Duración de la sesión. 60 minutos, con descansos intermitentes de 5 minutos para relajar la vista y no saturar al paciente.

Materiales necesarios. Fichas de ejercicios (Anexo 3 y 10) y un bolígrafo.

Tipo de sesión. Individual o junto con el acompañante.



Sesión 5. Expresión mediante la música.

Objetivo. Liberar carga emocional mediante la música y reducir conductas negativas.

Contenido de la sesión. Se buscarán canciones que transmitan emociones a los pacientes y se reproducirán indicando a los pacientes que deben prestar atención e intentar conectar con la música. Antes y después de la escucha de las canciones se les pedirá a los pacientes expresar cómo se sienten, mediante el uso de pictogramas para poder ver el cambio de emociones antes y después de la sesión. Se irán turnando entre las canciones de los diferentes pacientes para compartir sensaciones y emociones, además, compartir canciones que son especiales para uno puede ser una experiencia enriquecedora y que promueve conductas prosociales.

Duración de la sesión. 90 minutos que se dividen en 3 partes:

- La primera parte de expresión emocional tiene una duración de 5 minutos.
- La segunda parte corresponde a la reproducción de las canciones, 80 minutos.
- La tercera parte, expresión emocional post sesión, 5 minutos.

Materiales necesarios. Un reproductor de música o un dispositivo electrónico para poner la música y los pictogramas.

Tipo de sesión. Grupal, de 5 a 10 pacientes.



Sesión 6. Acercamiento al mundo interior del paciente.

Objetivo. Ayudar a gestionar la carga emocional del paciente y trabajar sus pensamientos y estrategias de afrontamiento.

Contenido de la sesión. Al tratarse de pacientes con una afasia motora transcortical se debe tener en cuenta la dificultad en el habla que presenta el paciente. Es por ello que las sesiones dedicadas a la terapia cognitivo conductual deben tener mucho material visual de apoyo para ayudar al paciente a expresarse. Para estas sesiones se emplearán pictogramas como los que se encuentran en el Anexo 4, pictogramas creados por el propio terapeuta o generados mediante alguna web online como www.pictotraductor.com.

En esta sesión el terapeuta tratará pensamientos intrusivos que tenga el paciente mediante el diálogo y el apoyo visual.

Duración de la sesión. 60 minutos.

Materiales necesarios. Pictogramas (Anexo 4).

Tipo de sesión. Individual, se recomienda sin la presencia del acompañante hospitalario del paciente.

Sesión 7. Rehabilitación de la memoria y la atención.

Objetivo. Trabajar la memoria y la atención sostenida del paciente.

Contenido de la sesión. El paciente jugará al clásico juego de encontrar las parejas (Anexo 11). Dependiendo del estado del paciente, se pondrán, para encontrar, un mayor o menor número de parejas. La sesión quedará dividida en dos partes:

- La primera parte se empleará para explicarle al paciente cómo se juega y realizar 2-3 demostraciones.



- La segunda parte corresponde al desarrollo del ejercicio, donde el terapeuta estará atento a los movimientos del paciente y lo corregirá al instante cuando este dé por pareja a dos figuras distintas o que no sean pareja.

Duración de la sesión. 40-50 minutos divididos de la siguiente forma:

- Primera parte, 5-10 minutos.
- Segunda parte, 35-40 minutos.

Materiales necesarios. Un juego de búsqueda de parejas (Anexo 11), el cual se puede o bien adquirir en una tienda, o bien realizar de forma manual.

Tipo de sesión. Individual.

Sesión 8. Planificación, motricidad y habilidades sociales.

Objetivo general. Ayudar al paciente a recuperar habilidades sociales mediante el trabajo en equipo con terapias artísticas grupales.

Objetivos específicos.

- Recuperar motricidad fina.
- Rehabilitar la atención sostenida.
- Entrenar la capacidad de planificación.

Contenido de la sesión. La sesión consistirá en hacer collages, de temática libre, con papeles de colores que irán pegando en una cartulina. Se agruparán a los pacientes en grupos de 2 a 3 personas para que trabajen en equipo y, dependiendo del nivel de afectación del paciente, los trozos de papel serán más o menos grandes. Cuanto mayor sea el nivel de afectación, más grande serán los papeles, para facilitar la tarea.



Al final de la sesión se enseñarán las obras terminadas al resto del grupo para compartir el trabajo propio y el de los demás con la idea de crear un ambiente agradable y de comunidad.

Duración de la sesión. 60 minutos, empleando al principio de la sesión de 5 a 10 minutos para explicar la actividad.

Materiales necesarios. Papeles de colores, cartulinas y pegamento.

Tipo de sesión. Grupal, de 5 a 10 personas.

Sesión 9. Práctica de escritura.

Objetivo. Rehabilitar la escritura mediante la habilidad de copia.

Contenido de la sesión. El paciente intentará copiar en un folio las letras que se le presenten en una lámina o, que el terapeuta escriba en el propio folio. Las letras tienen que estar escritas de forma clara y de un tamaño considerable por si el paciente sufre problemas de visión.

Si existen dificultades para copiar alguna letra, el terapeuta escribirá de nuevo ésta, lentamente para que el paciente pueda atender al trazo y se le volverá a dejar intentar la copia. Empezar con letras sencillas, con pocos trazos e ir escalando la dificultad con letras más complejas. Una vez alcanzados los primeros 30 minutos de la sesión, cambiar de letras a números, con el mismo objetivo. Tanto las letras como los números serán pronunciados en voz alta por el terapeuta y se le propondrá al paciente repetir en voz alta para entrenar el habla.

Duración de la sesión. 45 minutos divididos de la siguiente manera:

- Los 5 primeros minutos están dedicados a la explicación de la tarea.



- 20 minutos de copia de letras.
- 20 minutos de copia de números.
- 5 minutos para darle al paciente y, en caso de haber, al acompañante fichas con más letras y números para practicar en ausencia del terapeuta.

Materiales necesarios. Hojas en blanco, rotuladores gruesos (fáciles de coger por el paciente), rollo de banda antideslizante para la sujeción del folio y, láminas con letras y números escritos o impresos (Anexo 13).

Tipo de sesión. Individual, el acompañante puede asistir.

Sesión 10. Búsqueda visual de números.

Objetivo. Estimular el rastreo visual del paciente y entrenar la atención sostenida manteniendo ésta en la tarea.

Contenido de la sesión. Para esta sesión el terapeuta empleará la ficha disponible en el Anexo 5. La tarea consiste en buscar las parejas de números. El terapeuta señalará con tinta de color (para llamar más la atención) el número del cual se desea encontrar la pareja. El número se le hará decir en voz alta al paciente antes de iniciar la búsqueda de la pareja, para entrenar el habla.

Si el paciente se equivoca, será corregido en el acto por el terapeuta y se le recordará el número que busca señalando de nuevo el ya marcado.

Duración de la sesión. 40 minutos.

- 5 minutos para explicar la tarea.
- 30 minutos para la realización de la tarea.



- 5 minutos para explicar las fichas (con la misma temática) que el paciente debe hacer en ausencia del terapeuta.

Materiales necesarios. Ficha anexo 5 y rotuladores.

Tipo de sesión. Individual, con posibilidad de presencia del acompañante.

Sesión 11. Expresión emocional mediante la pintura.

Objetivo. Permitir la descarga emocional del paciente mediante la pintura, mejorar habilidades sociales y estimular las conductas prosociales.

Contenido de la sesión. Se les proporcionará a los pacientes una cartulina a cada uno y diversos métodos de pintura: rotuladores gruesos, pintura de dedos, lápices de colores gruesos, etc. Posteriormente se les pedirá que dibujen lo que sienten, algo que quieran hacer, que echen de menos, etc. La técnica de dibujo es libre, se busca que el paciente se desahogue mediante la pintura, que plasme lo que siente, por lo cual, el terapeuta no puede exigir al paciente un dibujo en concreto pero sí puede actuar como guía en caso de que algún paciente se encuentre ante un bloqueo, no sepa qué dibujar o no sepa cómo empezar. Hay que explicar que no existen normas, no hay dibujos correctos y dibujos incorrectos.

Al terminar la sesión se compartirán las obras con el resto del grupo.

Duración de la sesión. 90 minutos.

- 5-10 minutos para la explicación del ejercicio.
- 70 minutos para la realización de las obras.
- 10 minutos para compartir las obras con el resto del grupo.



Materiales necesarios. Cartulinas, pintura de dedos, rotuladores y lápices gruesos de colores.

Tipo de sesión. Grupal, de 5-10 pacientes.

Sesión 12. Rehabilitación de la memoria visoespacial.

Objetivo. Rehabilitar la memoria visoespacial con el paciente a través de juegos visuales.

Contenido de la sesión. Se trabajará empleando dos copias de la ficha del Anexo 6, la cual, presenta una serie de imágenes y datos. En una de las copias se recortarán los diferentes datos e imágenes, la otra copia servirá de guía. Primero se le presentará la hoja guía al paciente y se le pedirá que memorice las fotografías de las personas y su posición en la hoja, después se retirará de la vista del paciente la hoja guía y se le darán las imágenes recortadas pidiéndole que las coloque en el orden de la hoja guía. Cuando haya terminado de organizar las fotografías se corregirá las imágenes en orden incorrecto y se le volverá a presentar la hoja guía, esta vez para que memorice tanto el orden de las fotografías como los nombres asociados a las personas que salen en ellas. Cuando crea haber memorizado la información, se le retira la hoja guía y se le dan los recortadles para que los ordene. La tarea sigue el mismo procedimiento con el resto de datos (edad y lugar de residencia).

Duración de la sesión. 60 minutos divididos de la siguiente manera:

- 5-10 minutos de explicación de la tarea.
- 50 minutos para la realización de la tarea, tiempo reducible en caso de cansancio o fatiga por parte del paciente.

Materiales necesarios. La ficha del Anexo 6, 2 copias, una que sirva de guía y otra con la información recortada para ordenarla y desordenarla.



Tipo de sesión. Individual, se permite la presencia del acompañante.

Sesión 13. Terapia cognitivo conductual

Objetivo. Tratar el malestar psicológico del paciente, sus pensamientos intrusivos y ayudar a reducir la ansiedad.

Contenido de la sesión. La sesión empezará con un ejercicio de meditación guiado por el terapeuta, donde se incluirá la técnica de la respiración diafragmática para relajar al paciente.

Ejercicio de meditación. Se le indica al paciente que cierre los ojos y siga las instrucciones:

- “Respire profundamente por la nariz y suelte el aire poco a poco por la boca”.
- “Concéntrese en su cuerpo, deje de lado cualquier otro pensamiento e intente relajar cada músculo, cada miembro. Busque las zonas tensas y concéntrese en relajarlas”.
- “Céntrese en este ejercicio, aleje sus preocupaciones de este momento, tranquilícese, estoy aquí para ayudarle”.
- “No se olvide de respirar lentamente por la nariz y soltar poco a poco el aire por la boca”, “todo está bien, estoy aquí para ayudarle”.
- “Destense todos los músculos, déjese llevar, respire y relájese”.
- “Vamos a trabajar juntos para que se recupere, no se preocupe, vacíe la mente de pensamientos negativos, con esfuerzo es capaz de conseguir recuperarse”.
- “Tome aire por la nariz durante 7 segundos y expulse aire por la boca durante 5 segundos”. (Repetir 5 veces).



A continuación dará comienzo la terapia cognitivo conductual con ayuda de pictogramas y láminas con frases predeterminadas (consultar Anexo 7), donde se abordarán pensamientos intrusivos y el terapeuta dará un *feedback* al paciente dándole a ver sus progresos desde el ingreso.

Antes de finalizar la sesión se le darán más pautas al paciente para abordar los momentos de ansiedad y los pensamientos intrusivos. Se le enseñarán técnicas de compensación, por cada pensamiento negativo, buscar uno positivo, pensar en los logros reconocidos por el terapeuta, darle importancia al trabajo hecho y el que aún queda pendiente antes del alta hospitalaria e invitar al paciente a realizar técnicas como la respiración diafragmática cuando sienta desbordamiento o la relajación mediante la música o pasatiempos de su agrado disponibles para realizar en un hospital: pedir paseos por los pasillos, fichas de ejercicios, leer, etc.

Duración de la sesión. 90 minutos.

- 15-20 minutos de meditación y relajación.
- 60 minutos para la realización de la terapia.
- 10 minutos para dar pautas.

Materiales necesarios. Pictogramas y láminas con frases predeterminadas como las del Anexo 7.

Tipo de sesión. Individual, el acompañante puede asistir a la última parte de la sesión para aprender las pautas y posibles técnicas de relajación.



Sesión 14. Rastreo y lectura de parejas de palabras.

Objetivo. Trabajar el rastreo visual, la atención sostenida, la lectura y vocalización del paciente.

Contenido de la sesión.

Actividad 1. Empleando una ficha como la presentada en el Anexo 8, el paciente debe buscar las parejas de palabras que le pida el terapeuta, el cual deberá señalar una de las palabras de la pareja (como guía) y pronunciarla en voz alta haciendo que el paciente la repite después. Se deberá señalar e ir recordando que, una de las palabras carece de pareja. Una vez encontradas todas las parejas, la palabra solitaria debe escribirse, por el paciente, en la casilla en blanco que se halla en la esquina inferior derecha de la tabla de palabras de la ficha.

Actividad 2. Búsqueda, pronunciación y escritura de parejas de números empleando una ficha como la presentada en el Anexo 5. El terapeuta señalará con un círculo el número que el paciente debe buscar. Una vez encontrada una pareja de números, se le pedirá al paciente que diga el número en voz alta y que lo escriba en un folio.

Antes de dar la sesión por finalizada se le entregarán, al paciente, 1-2 fichas con el mismo ejercicio y objetivo (una con letras y otra con números) para que haga en ausencia del terapeuta.

Duración de la sesión. Entre 50-60 minutos.

Materiales empleados. Fichas Anexos 5 y 8 y un rotulador o lápiz grueso de color.

Tipo de sesión. Individual y/o con presencia del acompañante (al menos durante la explicación de los “deberes” que se le mandan al paciente).



Sesión 15. Ampliación del vocabulario.

Objetivo. Trabajar el vocabulario del paciente, su vocalización y su asociación a las imágenes correspondientes.

Contenido de la sesión. Mediante el uso de fichas como la que sirve de ejemplo en el Anexo 9 de este programa, se trabajará con el paciente durante esta sesión, donde primero de todo, intentará identificar el nombre de los objetos sin ayuda de las palabras. Luego se procederá a relacionar las imágenes con sus nombres, ejemplo: la imagen de un castillo se relaciona mediante una flecha con la palabra “castillo”.

Una vez terminada la ficha se le enseñarán al paciente imágenes de objetos, frutas, verduras, animales, etc. Con el propósito de nombrarlos. El terapeuta podrá dar pistas en caso del paciente quedarse “en blanco”. Una vez se haya verbalizado el nombre de la figura de la imagen, en un folio en blanco, empezará el terapeuta escribiendo el nombre de la figura y, después el paciente intentará reproducirlo por escrito.

Previamente a la finalización de la sesión, se le darán, al paciente, fichas como la trabajada durante la sesión (Anexo 9) para que practique en ausencia del terapeuta.

Duración de la sesión. 40 minutos.

Materiales necesarios. Ficha con imágenes (Anexo 14), ficha Anexo 9, rotuladores gruesos y folios.

Tipo de sesión. Individual, puede asistir el acompañante.



Sesión 16. Terapia musical.

Objetivo principal. Liberar la carga emocional del paciente.

Objetivos específicos.

- Rehabilitar la memoria del paciente mediante el recuerdo de la letra de canciones conocidas.
- Aumentar conductas prosociales.
- Rehabilitar el habla.

Contenido de la sesión. El contenido de esta sesión es parecido al de la *Sesión 5. Expresión mediante la música.*

Actividad 1. Se juntarán a los pacientes en un grupo y se reproducirán canciones que a los pacientes les gusten, con la finalidad de relajarse, expresarse, sentir la música y tener la oportunidad de compartirla y aprender de los demás, respetando los diferentes gustos musicales.

Actividad 2. Se reproducirán canciones conocidas por los pacientes y se pararán a mitad reproducción con la idea de que el paciente intente recordar la letra y continúe la canción.

Al finalizar las actividades se les preguntará a los pacientes cómo se sienten dejando a su disposición los pictogramas del Anexo 4 por si precisan de su ayuda para comunicarse.

Duración de la sesión. 90 minutos.

Materiales necesarios. Un reproductor de música o un dispositivo electrónico para poner la música y los pictogramas del Anexo 4.

Tipo de la sesión. Grupal, de 5 a 10 pacientes.



Sesión 17. Reconocimiento y escritura de palabras.

Objetivo. Reconocer y localizar palabras para posteriormente practicar la escritura con dichas palabras.

Contenido de la sesión.

Actividad 1. El paciente realizará de 1 a 2 sopas de letras (depende de la velocidad del paciente), acompañado por el terapeuta. Las sopas de letras tienen que tener indicadas las palabras a buscar, las cuales serán señalizadas por el terapeuta y leídas en voz alta, esperando la repetición del paciente posteriormente.

Una vez encontradas las palabras se le pedirá al paciente que las escriba en un folio mediante la habilidad de copia. En caso de dificultad, el terapeuta puede escribir las palabras separadas por sílabas para facilitar la tarea.

Actividad 2. El paciente, bajo supervisión del terapeuta, realizará ejercicios pertenecientes a cuadernillos *Rubio* de lectoescritura (Anexo 17).

Una vez finalizada la tarea se le entregarán sopas de letras al paciente para que practique en ausencia del terapeuta.

Duración de la sesión. 40-50 minutos.

Materiales necesarios. Sopas de letras (Anexo 15), rotuladores de colores y folios.

Tipo de sesión. Individual, el acompañante puede asistir a la sesión.



Sesión 18. Terapia cognitivo conductual

Objetivo. Continuar trabajando los pensamientos intrusivos y disminuir el nivel de ansiedad.

Contenido de la sesión. La sesión empieza con unos minutos de meditación y respiración diafragmática (consultar *Sesión 13. Terapia cognitivo conductual*). Una vez realizada la relajación se procederá a la terapia cognitivo conductual señalando los avances alcanzados por el paciente desde la última sesión de terapia cognitivo conductual. Después se le invitará al paciente a expresarse de forma verbal, aunque contará con el apoyo de las fichas con frases predeterminadas y los pictogramas.

Una vez terminada la terapia se le volverán a dar pautas y estrategias de afrontamiento psicológico, tanto al paciente como al acompañante, para saber apoyar al paciente.

Duración de la sesión. 90 minutos:

- 15-20 minutos de relajación.
- 60 minutos para realizar la terapia.
- 10 minutos para dar pautas y estrategias de afrontamiento.

Materiales necesarios. Pictogramas y fichas de frases predeterminadas (Anexos 4 y 7).

Tipo de sesión. Individual, la presencia de cualquier acompañante solo queda permitida en la fase final de la sesión para aprender las estrategias de afrontamiento.

Estrategias de afrontamiento.

- Desmontar un problema en partes más pequeñas e ir solucinando cada una de las partes de forma individual.
- Centrar el foco en los problemas que realmente tengan solución.



- Compensar un pensamiento negativo pensando en algún recuerdo positivo o algún logro conseguido.
- Empleo de técnicas de relajación para disminuir la ansiedad y así pensar con mayor claridad.

Sesión 19. Terapia artística.

Objetivo. Eliminar carga emocional de los pacientes y desarrollar habilidades sociales y conductas prosociales.

Contenido de la sesión. Los pacientes serán reunidos por el terapeuta alrededor de una mesa. Primero se les explicará la sesión, donde los pacientes podrán dibujar, con técnica libre (pintura de dedos, témperas, rotuladores gruesos, etc.) un bodegón expuesto en medio de la mesa. El bodegón estará compuesto por figuras geométricas simples amontonadas, no se busca la perfección, sino que los pacientes, con su propia técnica intenten imitar las figuras y se relajen a través de la pintura. El terapeuta debe atender la posible frustración de los pacientes al no lograr recrear el bodegón y explicar técnicas para el control de la frustración. Si algún paciente le cuesta empezar el dibujo, el terapeuta puede servir de guía hasta ver que el paciente puede continuar sin ayuda.

Una vez terminadas las obras se mostrarán al resto de pacientes para ver las diferentes técnicas realizadas y los resultados ofrecidos por los demás. Se le dará la enhorabuena a todos los pacientes y se podrán llevar los cuadros si lo desean. Tras terminar la tarea, se le entregarán al paciente un portafolio compuesto por fichas con ejercicios para continuar haciendo y así, continuar con la rehabilitación y estimulación, incluso después del alta hospitalaria (el portafolio está compuesto por los ejercicios realizados durante las sesiones).



Duración de la sesión. 90 minutos.

- 5 minutos para explicar la tarea.
- 75 minutos para pintar las obras.
- 10 minutos para mostrar los resultados al resto del grupo.

Materiales necesarios. Óleos, pintura de dedos, témperas, pinceles, rotuladores gruesos y las figuras que compongan el bodegón (Anexo 16).

Tipo de sesión. Grupal, de 5 a 10 pacientes.

Sesión 20. Evaluación post tratamiento.

Objetivo. Recoger los resultados del tratamiento para comprobar si ha habido una mejoría a nivel cognitivo, emocional y conductual.

Contenido de la sesión. La sesión consistirá en pasar el conjunto de tests mencionados en el apartado de *Evaluación* y, algunos de ellos presentados en el Anexo 12 de este trabajo.

Al finalizar la sesión el terapeuta se despedirá del paciente felicitándole por sus esfuerzos durante el tratamiento e incitándole a continuar trabajando en casa o la residencia.

Duración de la sesión. 60 minutos:

Materiales necesarios. El conjunto de tests (Anexo 12).

Tipo de sesión. Individual, máximo 2 personas contando con el posible acompañante del paciente.



Cronograma

Tabla 1

Cronograma de sesiones

Sesión	Título	Objetivos	Actividades	Materiales	Tipo sesión	Tiempo (min)
1	Presentación y evaluación inicial	Presentar el programa y evaluar al paciente	Presentar programa y pasar conjunto de tests	Conjunto de tests anexados	Individual	60
2	Aceptación de la nueva realidad	Ayudar al paciente a entender la nueva situación debida al ACV	Presentar y normalizar las consecuencias psicológicas de un ACV	Pictogramas anexados	Individual	60
3	Rehabilitación de la atención sostenida	Rehabilitar la atención del paciente	Encontrar parejas de letras y números	Fichas anexadas, folios, rotuladores, banda antideslizante	Individual	60
4	Rehabilitación del habla mediante la escritura	Entrenar el habla reducida y forzada	Leer y asociar nombres a formas geométricas	Fichas anexadas y bolígrafo	Individual	60
5	Expresión mediante la música	Ayudar emocionalmente y reducir conductas negativas	Escuchar música y usarla para expresar sentimientos	Reproductor de música y pictogramas	Grupal 5-10 personas	90
6	Acercamiento al mundo interior del paciente	Gestionar emociones y pensamientos intrusivos	Terapia cognitivo conductual	Pictogramas	Individual	60
7	Rehabilitación de la memoria y la atención	Rehabilitar memoria y atención	Juego de encontrar las parejas	Juego anexado	Individual	40-50
8	Planificación, motricidad y habilidades sociales	Recuperar habilidades sociales, motricidad fina y capacidad de planificación	Realizar collages en grupos	Papeles de colores, cartulinas y pegamento	Grupal 5-10 personas	60



9	Práctica de escritura	Rehabilitar la escritura	Copiar letras y números y leerlos en voz alta	Folios, rotuladores, banda antideslizante, fichas anexadas	Individual	45
10	Búsqueda visual de números	Entrenar la atención sostenida	Buscar parejas de números	Ficha anexada y rotuladores	Individual	40
11	Expresión emocional mediante la pintura	Gestionar las emociones y mejorar habilidades sociales	Dibujo libre sobre las emociones del paciente	Cartulinas, pinturas de dedos, rotuladores y lápices	Grupal 5-10 personas	90
12	Rehabilitación de la memoria visoespacial	Rehabilitar la memoria del paciente	Juego de memoria visual con datos e imágenes	2 copias del Anexo 6	Individual	60
13	Terapia cognitivo conductual	Tratar el malestar psicológico	Ejercicio de meditación y terapia cognitivo conductual	Pictogramas y fichas anexadas	Individual	90
14	Rastreo y lectura de parejas de palabras	Mejorar la atención, lectura y vocalización	Buscar parejas de palabras y números y leer en voz alta	Fichas anexadas y lápiz de color	Individual	50-60
15	Ampliación del vocabulario	Mejorar el vocabulario, vocalización y asociación	Identificar y relacionar nombres de objetos con éstos	Fichas anexadas, folios y rotuladores	Individual	40
16	Terapia musical	Gestionar carga emocional, ejercitar memoria, capacidad de habla y conductas prosociales	Escuchar música en grupo, identificar emociones y recordar y cantar la letra	Reproductor de música y pictogramas	Grupal 5-10 personas	90



17	Reconocimiento y escritura de palabras	Reconocer, leer y escribir palabras	Sopas de letras y escritura de palabras	Sopas de letras anexadas, folios y rotuladores	Individual	40-50
18	Terapia cognitivo conductual	Disminuir ansiedad y gestionar pensamientos intrusivos	Meditación y terapia cognitivo conductual	Pictogramas y hojas anexadas	Individual	90
19	Terapia artística	Gestionar carga emocional y mejorar habilidades sociales	Dibujar un bodegón de figuras geométricas	Oleos, pintura de dedos, témperas, pinceles, rotuladores y ficha anexada	Grupal 5-10 personas	90
20	Evaluación post tratamiento	Recoger resultados del programa	Pasar el conjunto de tests de la sesión 1	Tests anexados y nombrados en el apartado <i>Evaluación</i>	Individual	60

Nota. Tabla de autoría propia.



Delimitación de recursos

Para que el programa sea desarrollado con éxito se precisa de los siguientes recursos:

Recursos personales. Un neuropsicólogo clínico con los conocimientos necesarios para tratar el perfil de paciente al cual va dirigido este programa, pacientes que tras un ictus adquieren una afasia motora transcortical. Estos conocimientos son:

- *Ictus.* Para tratar pacientes que han sufrido un ictus se debe conocer las características y consecuencias de los ACV.
- *Afasia.* Las afasias son una consecuencia muy limitante para los pacientes y un factor a tener en cuenta a la hora de escoger el tipo de terapia que se llevará a cabo. Se deben tener conocimientos sobre neuroanatomía del lenguaje, rehabilitación del lenguaje y estrategias de comunicación.
- *Depresión y ansiedad.* Consecuencias habituales en los pacientes ingresados que han sufrido un ictus, se deben tener conocimientos sobre tratamientos eficaces para manejar y disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa, activación conductual, técnicas de relajación, y habilidades para la resolución de problemas.
- *Tests y baterías.* El profesional debe tener conocimientos sobre los instrumentos de evaluación que contiene el programa.

Recursos materiales. Al ser un programa de intervención pensado para realizarse en un hospital, los recursos necesarios son:

- El despacho del neuropsicólogo.
- Una sala común o habitación habilitada para las sesiones grupales.
- El material artístico.
- Tests y baterías de evaluación.



- Material de oficina e impresora.

Análisis de la viabilidad del programa

El programa de intervención presente en este trabajo recoge una serie de factores que hacen viable su aplicación.

Factor publicitario. El programa será puesto en conocimiento de los directores de los hospitales, centros de salud y residencias de la Comunidad Valenciana.

Factor económico. Al tratarse de un programa de intervención pensado para llevarse a cabo en centros hospitalarios, los gastos económicos se reducen a los materiales necesarios para las diferentes sesiones y al mantenimiento de una habitación donde realizar las terapias grupales.

Factor innovación. En España no hay constancia de programas que recopilen varias terapias distintas con el fin de rehabilitar y estimular cognitiva, emocional y conductualmente a pacientes con un tipo de afasia concreta (motora transcortical), adquirida tras sufrir un ACV.



3. Conclusiones

El ictus es una de las principales causas de mortalidad tanto en mujeres como en varones españoles (GEECV-SEN, s.f.). En Europa mueren 650.000 personas anualmente a causa de un infarto cerebral, 40.000 de estos casos, son españoles/as (FEI, s.f.). Se calcula que los ACV pueden causar la mitad de los casos de afasia. Aproximadamente, el 20% de personas que padecen ictus sufren algún síndrome afásico (Helm-Estabrooks y Albert, 2005).

La afasia consiste en una o múltiples afecciones en las áreas del cerebro encargadas del lenguaje, localizadas en el hemisferio izquierdo, abarcando regiones de los lóbulos: parietal, frontal y temporal (Helm-Estabrooks y Albert, 2005). Dependiendo del área del lenguaje afectada, hablaremos de un tipo de afasia u otro: afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia anómica, afasia subcortical, afasia de conducción, afasia global, afasia sensorial transcortical, afasia mixta transcortical y, en la que el programa se centra, la afasia motora transcortical. Se ha escogido un único tipo de afasia debido a la diversidad de síntomas entre los diferentes síndromes afásicos, lo cual dificultaría el progreso de las sesiones. La afasia motora transcortical, a pesar de preservar relativamente dentro de la normalidad la comprensión auditiva, el habla es escasa, forzada y con poca fluidez, la escritura se ve alterada, sin embargo la capacidad de lectura se conserva. La repetición también queda alterada y el grado de afección a la capacidad de denominación puede variar entre pacientes.

Al verse afectada la comunicación podemos esperar una serie de afectaciones a nivel cognitivo, emocional y conductual, ya que, el ser humano es un animal social y la comunicación es la capacidad innata para relacionarnos con nuestro entorno. Gracias a la comunicación damos paso a la expresión, la representación con palabras o con otros signos externos, de un pensamiento, una idea, un sentimiento, etc. (Oxford Languages, s.f.). Un estudio de la *Alzheimer's Association* manifiesta como las deficiencias en el lenguaje limitan gravemente la participación en las actividades cotidianas y las conversaciones familiares, provocando pues, que el paciente se sienta aislado y generando, este déficit, unas cargas extra en el cuidado del paciente (Roberts et al., 2022).



El programa cuenta con un respaldo empírico ya que está basado en distintas terapias y estrategias con resultados comprobados. Se combinan: sesiones de terapia cognitivo conductual, terapias artísticas probadas a nivel psicométrico, terapia musical y sesiones con ejercicios destinados a la rehabilitación de funciones cognitivas y del lenguaje. Es un programa pensado para ser aplicado en el momento en el que el paciente es ingresado en una Unidad de Recuperación Funcional (URF), donde la estancia de los pacientes es variada, depende de la gravedad de las consecuencias del ACV.

Una limitación del programa a tener en cuenta es que se trata de una propuesta de intervención, por lo tanto, no hay datos para apoyar su eficacia pero, por otro lado, cumple con una serie de criterios de viabilidad, como por ejemplo: es un programa de bajo coste económico ya que, al llevarse a cabo en un hospital, hay un ahorro considerable en gastos materiales (alquiler de despacho y zonas aptas para la rehabilitación). Es innovador, debido a la baja existencia, al menos en territorio español, de programas de intervención neuropsicológica para perfiles de pacientes afásicos post ictus con tal variabilidad de métodos entre las sesiones.

Con este programa se pretende dar la atención necesaria y lo más completa posible, a un perfil de pacientes en concreto, dándole importancia, no solo a los déficits cognitivos, sino también a la rehabilitación de la conducta y al bienestar emocional. Implementando sesiones grupales centradas en terapias artísticas.

Finalmente añadir que, además del trabajo realizado con el terapeuta, se ha pensado en darle actividades al paciente para realizar en solitario, no solo para acelerar el proceso de rehabilitación cognitiva, sino que también se busca un impacto positivo en la autoestima de la persona, al realizar trabajo de una forma más independiente, provocando sentimientos de autorrealización y ayudando a eliminar sensación de dependencia.



4. Bibliografía

Federación Española del Ictus. (s.f.). Código Ictus. <https://ictusfederacion.es/infoictus/codigo-ictus/>

Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sen. (s.f.). http://ictus.sen.es/?page_id=90

Aparicio-López, C., Martín de la Huerga, N., Muriel, V., Sánchez-Carrión, R. y Roig Rovira, T. (2014). Una revisión de escalas de evaluación para medir el cambio de conducta debido a la lesión cerebral y el tratamiento de estos cambios. *Acción Psicológica*, vol.11, no.1.

Aronowski, J., & Zhao, X. (2011). Molecular pathophysiology of cerebral hemorrhage: secondary brain injury. *Stroke*, 42(6), 1781–1786. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.596718>

Camoës-Barbosa, A., Sequeira-Medeiros, L., Duarte, N., Morais, J., Mendes, M., & Meneses, C. (2012). Afasia y depresión Post-Ictus: una relación predictiva. *Rehabilitación*, 46(1), 36-40.

Castaño, E. F., & del Barco, B. L. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257.

Chung, J. W., et al. (2014). Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) Classification and Vascular Territory of Ischemic Stroke Lesions Diagnosed by Diffusion-Weighted Imaging. *Journal of the American Heart Association (JAHA)*. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/JAHA.114.001119>



Domínguez, F.J., Fernández-Abascal, E. G., García, B., Jiménez, M.P. y Martín, M.D., (2010). *Psicología de la Emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.

Espert, R. y Villalba, S. (2014). *Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5149523>

Galindo-Aldana, G. M., Pelayo-González, H., Solovieva, Y. y Quintanar-Rojas, L. (2014).
Rehabilitación neuropsicológica en un caso de afasia motora aferente. *Pensamiento Psicológico*, 12(2), 97-112.

García Fernández, J. L. (1991). La comunicación de las emociones.

García-Trujillo, M. R., & de Rivera, J. G. (1992). Cambios fisiológicos durante los ejercicios de meditación y relajación profunda. *Psiquis*, 13(6-7), 279-286.

González Rodríguez, B. (2014). Alteraciones visuales, atencionales y perceptivas después de un daño cerebral adquirido: aportaciones desde la neuropsicología. *Integración: revista digital sobre discapacidad visual*.

Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (2005). Influencia de la enfermedad médica y neurológica en la afasia. En *Manual de la afasia y de terapia de la afasia* (pp. 19- 46). Ed. Médica Panamericana.

Hospital de Guadarrama, Madrid (s.f.). *Unidad de Recuperación Funcional*. <https://www.comunidad.madrid/hospital/guadarrama/profesionales/unidad-recuperacion-funcional-urf>



Instituto Superior de Estudios Psicológicos, (2020). *Comprendiendo los diferentes tipos de afasias*. <https://www.isep.es/actualidad/tipo-afasias/>

Lasprilla, J. C. A. (2006). *Rehabilitación neuropsicológica*. Editorial El Manual Moderno.

Letelier Ruiz, D., Muñoz Contreras, P., & Vásquez Silva, B. (2013). Desempeño de la memoria de trabajo verbal en sujetos con afasia y su asociación al déficit en la comprensión auditiva.

Martínez, E. O. (2012). Factores asociados a alteraciones secundarias del Sistema de Control Atencional en pacientes afásicos. *Neurología Argentina*, 4(2), 59-66.

Mateer, C. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 21(10).

Murdoch, B.L. (1997). *Acquired speech and language disorders: A neuroanatomical and functional neurological approach*. Cheltenham, United Kingdom: Thornes.

Núñez, M., & Ruíz, C. (s.f.) Modificación de la conducta a través de una terapia musical (Vivenciación Musical) Behavior modification through a musical therapy (Vivenciación Musical).

Papathanasiou, I & Coppens, P. (2016). Chapter 1 Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic Concepts and Operational Definitions. En Coppens,



P. (2016). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (p. 1-2). Jones & Bartlett Publishers.

Pérez Menéndez, A. (s.f.). *El 90% de los casos de ictus se podrían evitar con una adecuada prevención de los factores de riesgo y un estilo de vida saludable*. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link223.pdf>

Quintanar Rojas, L., Solovieva, Y., Bonilla Sánchez, M. D. R., Sánchez Sánchez, A. R., & Figueroa, S. (2002). Cambios clínicos y electrofisiológicos después de terapia neuropsicológica en un paciente con afasia motora eferente.

Ríos García, M., Solís de la Paz, D., Oviedo Bravo, A., & Ríos García, M. (2018). Terapias artísticas en la rehabilitación de los pacientes tras un ictus. *Revista Médica Electrónica*, 40(1), 25-34. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=1684-1824&lng=es&nrm=iso

Serrano, C. M., Castro, D., & Allegri, R. F. (2010). Trastornos de conducta en afasia progresiva primaria. Análisis de 26 casos. *Neurología Argentina*, 2(2), 112-118.

Solovieva, Y., Villegas, N., Jiménez, P., Orozco, M., & Quintanar, L. (2001). Alteraciones de la esfera afectivo-emocional en diferentes tipos de afasia. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 1(2), 63-74.

Tirapu Ustárroz, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 189-211.



UNIR (2022). *¿Qué hace un neuropsicólogo y en qué ámbitos trabaja?*. <https://www.unir.net/salud/revista/que-hace-un-neuropsicologo/>

Weiss, B. (2014). *Meditación*. B DE BOOKS.

Wilson, B. A., Winegardner, J., & Van Heugten, C. M. (2019). *Rehabilitación neuropsicológica: Manual internacional*. Editorial El Manual Moderno.

Yáñez Amorós, B. (2011). *Musicoterapia en el paciente oncológico*.



5. Anexos

Anexo 1. Ejemplo ejercicio para el rastreo visual

L	X	V	Z	K	A	K	S	B	D	B	N
A	G	H	A	J	T	F	E	J	I	E	A
U	A	N	A	O	U	O	E	A	H	R	I
R	N	P	O	S	N	P	H	A	I	B	T
A	L	O	R	E	O	T	E	N	H	M	A
A	N	S	M	F	M	F	B	F	A	O	E
U	I	S	O	A	B	N	A	Q	I	N	L
D	M	Y	A	D	R	M	L	T	H	U	W
Q	A	Ñ	A	P	E	P	E	L	K	T	J

Nota. Fuente: <https://depor.com/off-side/reto-viral-encuentra-tu-nombre-en-la-sopa-de-letras-en-menos-de-10-segundos-acertijo-adivinanza-pregunta-capciosa-redes-sociales-tendencia-nnda-nnrt-noticia/?ref=depr>



Anexo 2. Ficha para el rastreo visual de números

5	1	0	2	14
3	13	6	8	7
9	11	19	20	12
23	16	22	10	24
12	27	4	16	2
29	5	30	18	25
14	30	7	29	9
31	21	32	6	31
25	33	28	34	1
15	13	26	15	17
32	0	11	22	18
4	27	17	3	33
19	8	34	26	23
21	24	20	28	10

Nota. Autoría propia.



Anexo 3. Ejercicio de lectura

ABEJA	BOLSA	CASA	DADO	ESPERAR
ÁRBOL	BODA	CARA	DEDAL	ESTUDIAR
ANDAR	BOLA	COSA	DEDO	ENSAYAR
AYUDAR	BEBER	COMER	DUDA	ENVIAR

JUAN VA A LA CASA DE LUCÍA

LA FLOR CRECE DEBAJO DEL ÁRBOL

CAMILA COME MACARRONES

ELLOS SON SUS AMIGOS

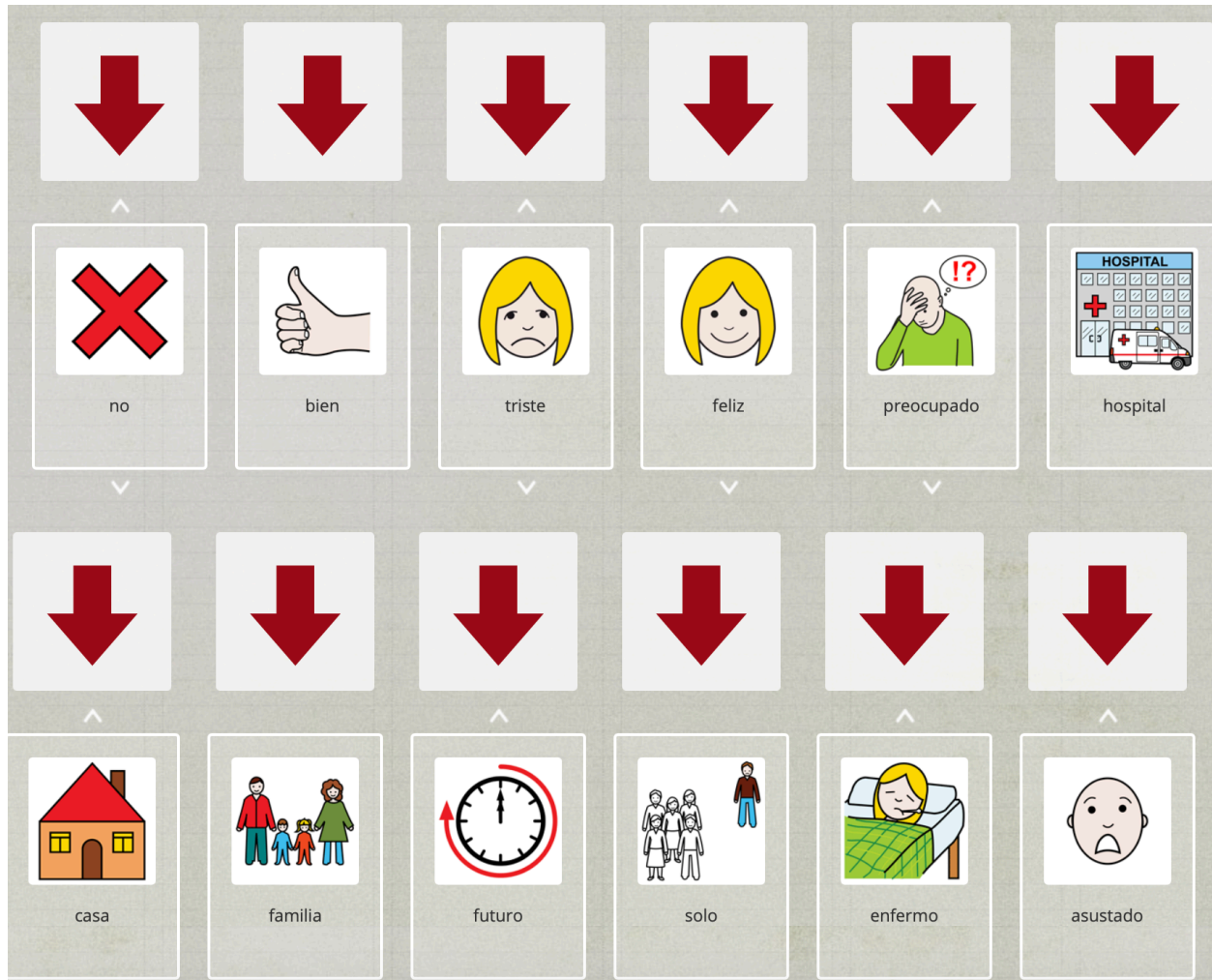
EL PERRO JUEGA CON LA PELOTA

LOS NOVIOS SE CASARON EN UNA IGLESIA MUY PEQUEÑA

Nota. Autoría propia.



Anexo 4. Ejemplo pictogramas



Nota. Pictogramas creados mediante www.pictoagenda.com



Anexo 5. Ficha para el rastreo visual de números

5	1	0	2	14
3	13	6	8	7
9	11	19	20	12
23	16	22	10	24
12	27	4	16	2
29	5	30	18	25
14	30	7	29	9
31	21	32	6	31
25	33	28	34	1
15	13	26	15	17
32	0	11	22	18
4	27	17	3	33
19	8	34	26	23
21	24	20	28	10

Nota. Autoría propia.



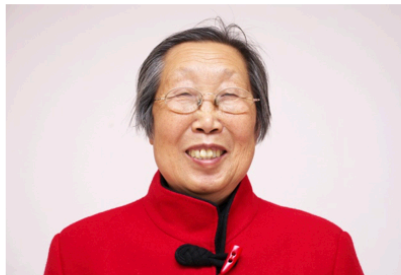
Anexo 6. Ficha de trabajo memoria visoespacial



PEPE
7 AÑOS
BARCELONA



CARLA
20 AÑOS
MADRID



MEI
75 AÑOS
PEKÍN



JUANJO
42 AÑOS
ASTURIAS



ARTURO
89 AÑOS
MÁLAGA



BLANCA
6 AÑOS
CÁCERES

Nota. Autoría propia.





Anexo 7. Ficha de comunicación predeterminada

SIENTO QUE NUNCA VOY A MEJORAR

QUIERO IRME A CASA

TENGO MIEDO DE QUEDARME SOLO

SIENTO QUE MI VIDA ES UN FRACASO

NO TENGO FUTURO

NO QUIERO SER UNA CARGA PARA MIS SERES QUERIDOS

Nota. Autoría propia.





Anexo 8. Ejemplo ficha rastreo pareja de palabras

COSA	SOPA	LOLA	TOPO	ASCO	BODA
LOBO	HOLA	SOLO	MILO	HILO	CASA
LOLA	TOPO	LORO	ROTO	VACA	CAVA
CAVA	COME	POZO	COSA	SOLO	PASO
MESA	ROTO	MONO	COME	MESA	POZO
PASO	MILO	HILO	LORO	MONO	ASCO
CASA	VACA	LOBO	HOLA	SOPA	

Nota. Autoría propia, inspirado en: <https://cerebroagil.com/actividades-de-estimulacion-cognitiva/>



Anexo 9. Ficha de vocabulario y asociación



MUÑECA

GATO

BICICLETA

PERRO

CASTILLO

Nota. Autoría propia.





Anexo 10. Ficha para relacionar palabras con figuras





TRIÁNGULO

ESTRELLA

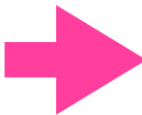




CÍRCULO

ROMBO





FLECHA

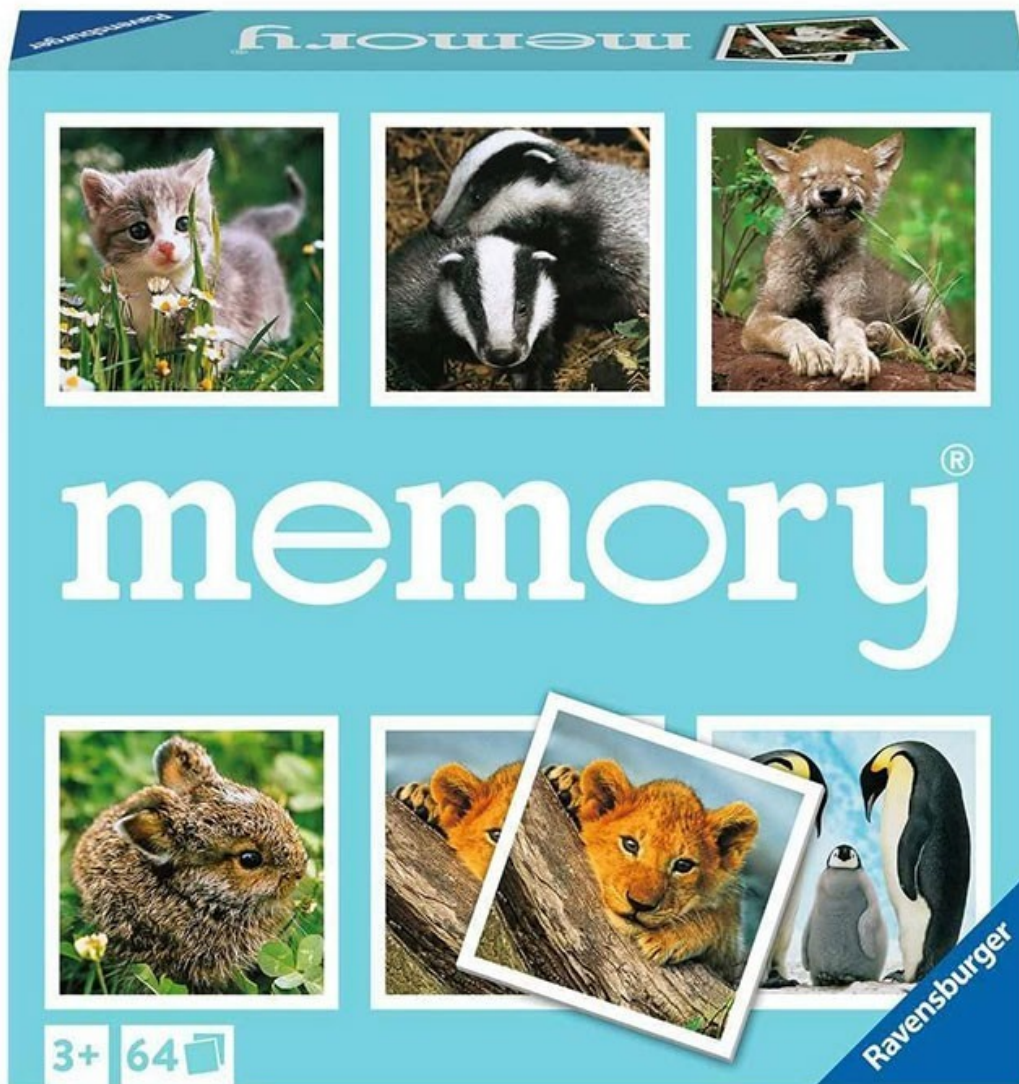
CUADRADO

Nota. Autoría propia.





Anexo 11. Ejemplo de juego Memory



Nota. Juego de memoria Ravensburger, fuente: <https://juguetestoday.com/es/juegos-de-mesa-para-ninos/22203-memory-animales>



Anexo 12. Pruebas de evaluación neuropsicológica

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

		Ptos
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO	
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	
¿Siente que su vida está vacía?	SI	
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO	
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI	
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO	
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI	
¿Se siente feliz muchas veces?	NO	
¿Se siente a menudo abandonado?	SI	
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI	
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI	
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI	
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO	
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI	
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI	
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI	
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO	
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI	
¿Se siente lleno de energía?	NO	
¿Siente que su situación es desesperada?	SI	
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI	
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI	
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO	
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO	
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO	

Valoración global

0-10: Normal.

11-14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

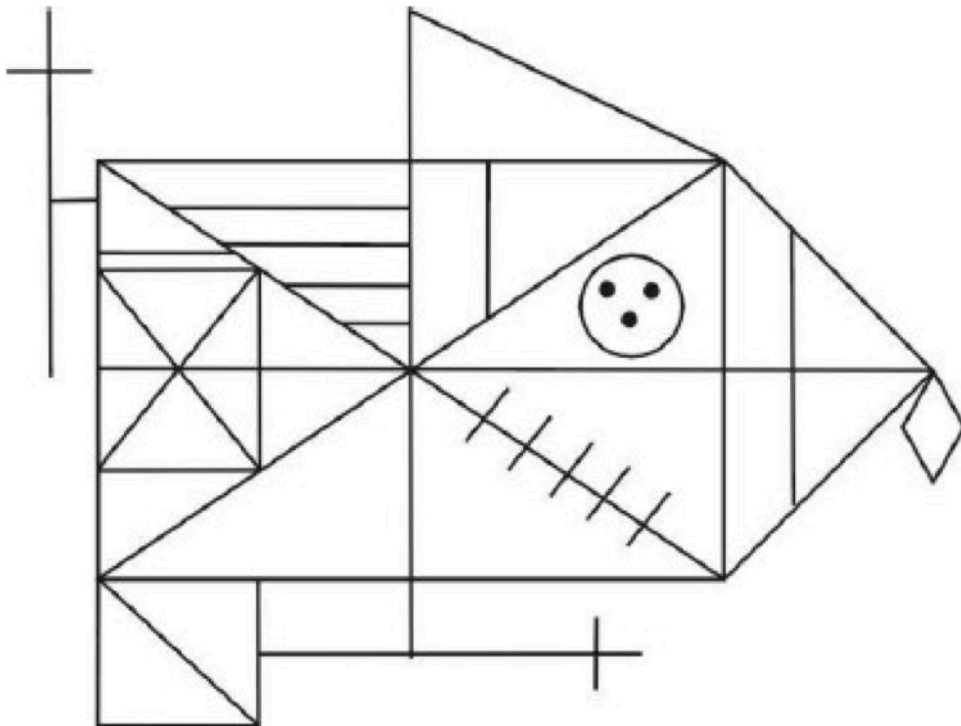
>14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

Nota. Escala de depresión geriátrica de Yesavage.



TEST DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY

Aquí tenemos un dibujo y su tarea consiste en copiarlo en la hoja que le he entregado. No es necesario que la copia sea exacta pero, sin embargo, es preciso prestar atención a las proporciones y, sobre todo, no olvidar ningún detalle. No hace falta apresurarse demasiado. Se anota el tiempo y se redondea al minuto superior. Dos versiones para evaluar lo mismo en repetidas ocasiones.



Nota. Test de la Figura Compleja de Rey.



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA						Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos ___/5
		[]		[]		<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas		
IDENTIFICACIÓN								___/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos	
		1er intento						
		2º intento						
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2	___/2						
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB	___/1						
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.	___/3						
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []	___/2						
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] ____ (N ≥ 11 palabras)	___/1						
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla	___/2						
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
		[]	[]	[]	[]	[]		
Optativo	Pista de categoría							
	Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad	___/6						
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30		
				Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios				

Nota. Montreal Cognitive Assessment (MOCA).



BDI – II (Beck)

Iniciales del nombre y apellidos:

Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario está formado por 21 grupos de frases. Por favor, lea cada grupo con atención, y elija **la frase** de cada grupo que mejor describa cómo se ha sentido durante **las últimas dos semanas, incluido el día de hoy**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la frase que ha elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una frase que considere aplicable a su caso, rodee aquella que tenga el número más alto. Asegúrese de que no elige más de una frase para cada grupo, incluido el ítem 16 (Cambios en el sueño) o en el ítem 18 (Cambios en el apetito).

<p>1. Tristeza</p> <ol style="list-style-type: none">0. No me siento triste.1. Me siento triste la mayor parte del tiempo.2. Estoy triste todo el tiempo.3. Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo. <p>2. Pesimismo</p> <ol style="list-style-type: none">0. No estoy desanimado/a respecto a mi futuro.1. Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre.2. No espero que las cosas se resuelvan.3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor. <p>3. Fracaso pasado</p> <ol style="list-style-type: none">0. No me siento fracasado/a.1. He fracasado más de lo que debería.2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.3. Creo que soy un fracaso total como persona. <p>4. Pérdida de placer</p> <ol style="list-style-type: none">0. Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.1. No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba.2. Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban.3. No disfruto nada con las cosas que me gustaban. <p>5. Sentimientos de culpabilidad</p> <ol style="list-style-type: none">0. No me siento especialmente culpable.1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.3. Me siento culpable siempre.	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <ol style="list-style-type: none">0. No creo que esté siendo castigado/a.1. Creo que puedo ser castigado/a.2. Espero ser castigado/a.3. Creo que estoy siendo castigado/a. <p>7. Desagrado hacia uno mismo/a</p> <ol style="list-style-type: none">0. Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre.1. He perdido la confianza en mí mismo/a.2. Me siento decepcionado conmigo mismo.3. No me gusto a mí mismo/a. <p>8. Autocrítica</p> <ol style="list-style-type: none">0. No me critico o culpo más que de costumbre.1. Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre.2. Me critico por todas mis faltas.3. Me culpo por todo lo malo que sucede. <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <ol style="list-style-type: none">0. No pienso en suicidarme.1. Pienso en suicidarme, pero no lo haría.2. Desearía suicidarme.3. Me suicidaría si tuviese oportunidad. <p>10. Llanto</p> <ol style="list-style-type: none">0. No lloro más que de costumbre.1. Lloro más que de costumbre.2. Lloro por cualquier cosa.3. Tengo ganas de llorar pero no puedo.
--	--

Nota. Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)



TOKEN TEST

Se presentan círculos y cuadrados sobre la mesa. Se señalan los colores. Si a los 5 segundos no hay respuesta o es incorrecta se le repite la orden.

1 punto si es correcto a la primera orden.

0,5 si es correcto a la segunda instrucción.

Los ítems de la parte 5 no se repiten.

Se aceptan correcciones espontáneas.

Si no hay respuesta en 5 ítems de la primera parte se abandona.

La sexta parte se hace entera si existe posibilidad.

29-36: Normal.

25-28: Leve

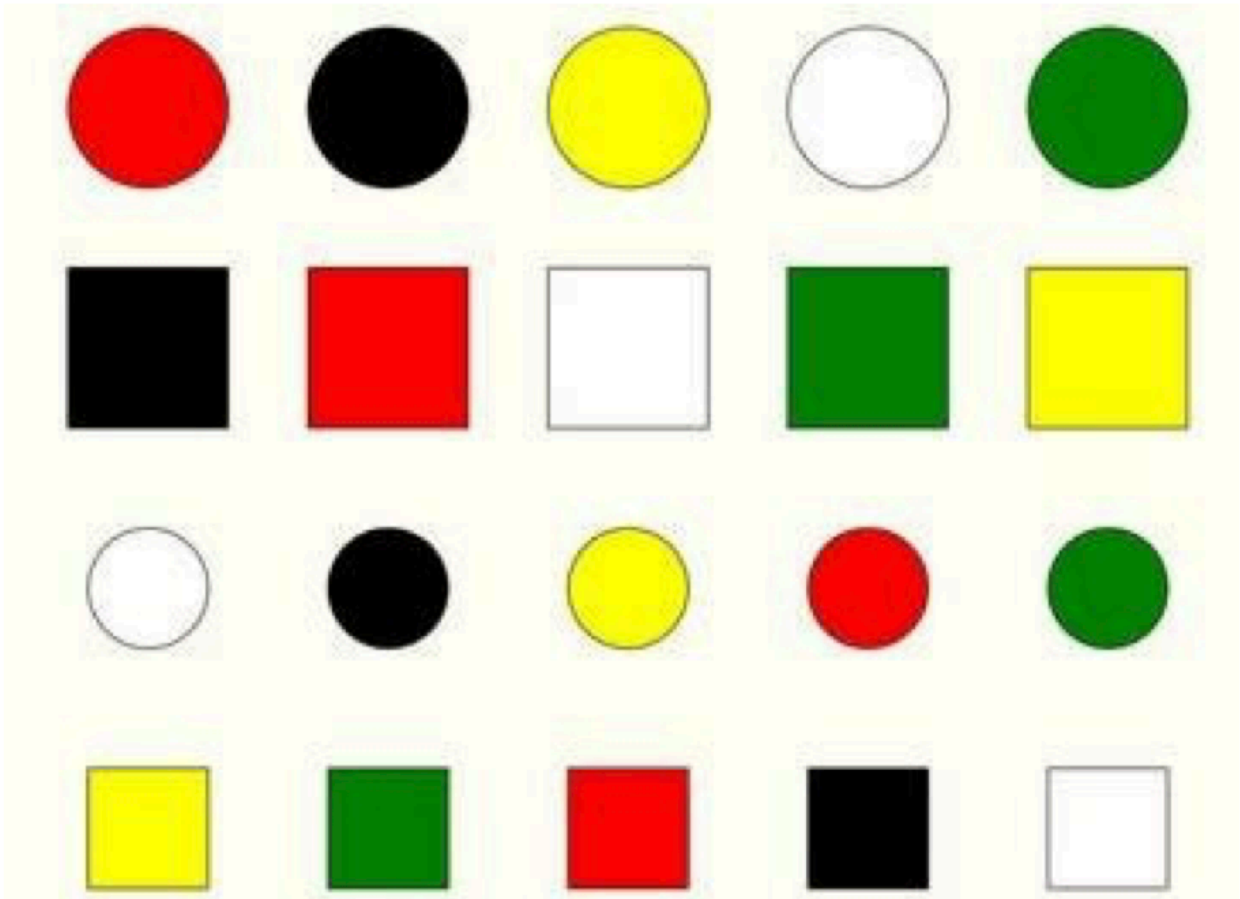
17-24: Moderado

9-16: Severo

0-8: Muy Severo

ORDEN	Respuesta
I. SE COLOCAN TODAS LAS FICHAS	
1. Toque un círculo	
2. Toque un cuadrado	
3. Toque una ficha amarilla	
4. Toque una ficha roja	
5. Toque una ficha negra	
6. Toque una ficha verde	
7. Toque una ficha blanca	
II. SE RETIRAN LAS FICHAS PEQUEÑAS	
8. Toque el cuadrado amarillo	
9. Toque el círculo negro	
10. Toque el círculo verde	
11. Toque el cuadrado blanco	
III. SE REPONEN LAS FICHAS PEQUEÑAS	
12. Toque el círculo blanco pequeño	

Nota. Token Test.



Nota. Lámina Token Test.





PUNTOS DE CORTE DEL BNT-15 POR EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS

Nueva versión reducida del test de denominación de Boston para mayores de 65 años: aproximación desde la teoría de respuesta al ítem

Miguel A. Fernández-Blázquez, José M. Ruiz-Sánchez de León, José A. López-Pina, Marcos Llanero-Luque, Mercedes Montenegro-Peña, Pedro Montejo-Carrasco

www.neurologia.com Rev Neurol 2012; 55 (7): 399-407

Tabla IV. Puntos de corte de la nueva versión reducida del test de denominación de Boston para su aplicación clínica.

	65-72 años (<i>n</i> = 149)		73-80 años (<i>n</i> = 183)		≥ 81 años (<i>n</i> = 123)	
	Estudios primarios	Bachiller/estudios superiores	Estudios primarios	Bachiller/estudios superiores	Estudios primarios	Bachiller/estudios superiores
<i>n</i>	76	73	119	64	66	57
Media ± DE	12,29 ± 1,84	13,41 ± 1,87	11,29 ± 2,38	12,30 ± 1,67	10,83 ± 2,21	12,21 ± 1,85
Punto de corte BNT-15	9	11	8	10	7	9

BNT: test de denominación de Boston; DE: desviación estándar.

Nota. Baremo puntuación mayores 65 años del Test de denominación de Boston.



Anexo 13. Hoja para la copia de números y letras

A	B	C	D	E	F	G
Z	Y	X	W	V	U	T

L	M	N	O	P	Q	R
H	I	J	K	S	Ñ	Ñ

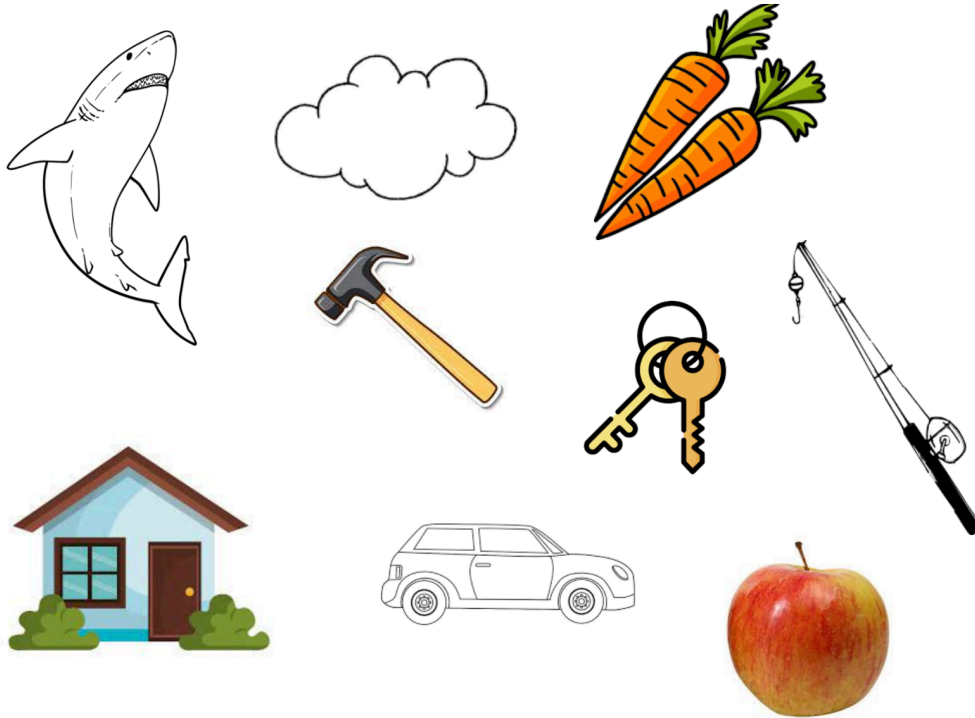
3	7	2	9	4	5	8
6	10	0	22	1	44	89

31	55	13	91	47	56	80
17	35	27	72	65	100	20

Nota. Autoría propia.



Anexo 14. Ficha con imágenes



Nota. Autoría propia.



Anexo 15. Sopas de letras

Sopa de Letras de Flores

R S B O L B P R O Z A C R Z T
O P K V K Y M S X Y E Y V Y N
U U O A J N O N G O D X G X D
Q H U R F Q F C F P I L A S Z
V U L C Y F T F Y A U O P Q P
L N L H Q K V E K I Q S I N B
L A M P M R E O E C R S L D S
Z R A V A I E S S N O A U U G
A C G Y R H N N U E A R T Q K
L I N E G J T B X T T I P M W
H S O X A N A S O R E G T D T
Q O L R R W E Q T O L G A H K
N R I R I N M L Y H O L B L G
Y Q A A D D D R C O I R I L V
J G O I A G F E C A V C O E Y

CRAVO
DALIA
GIRASSOL
HORTENCIA
LIRIO
MAGNOLIA
MARGARIDA
NARCISO
ORQUIDEA
ROSA
TULIPA
VIOLETA

Nota. Fuente: <https://www.pinterest.com.mx/arellano3495/sopa-de-letras/>



G	P	A	P	E	L	A	Z	Y	T	O	N	N	A	P	I	
R	E	D	A	I	T	V	P	I	O	L	N	P	A	A	E	ÉXITO
L	D	P	E	X	I	T	O	N	Z	E	X	T	O	R	C	PAPEL
O	Ñ	A	G	A	C	A	N	O	Y	A	D	C	Ñ	A	A	RENGLON
E	P	R	O	D	U	C	T	O	Y	U	N	G	A	S	P	CAÑA
B	O	F	R	B	A	3	L	A	2	B	1	R	A	S	H	CUADERNOS
O	D	I	B	U	J	O	H	C	R	X	C	A	Ñ	A	E	PRODUCTOYU
Z	I	M	P	4	A	O	T	O	E	M	I	R	D	L	H	YAGUARETE
U	A	D	E	R	N	O	S	L	N	P	Z	3	L	E	O	REPUESTOS
E	P	A	E	T	R	R	E	L	G	A	V	I	G	Z	T	BLOC
T	O	Y	O	E	D	I	A	A	L	Y	A	B	L	O	C	DIBUJO
X	O	A	E	S	L	3	D	I	O	A	V	I	G	E	L	LUNARES
P	L	G	X	F	U	N	V	R	N	I	E	D	O	A	D	UNIVERSO
A	T	U	T	R	N	R	C	I	E	V	C	Z	I	L	A	Z3
E	A	A	O	O	A	N	R	E	P	U	E	S	T	O	S	
X	M	R	3	A	R	R	I	H	M	I	T	P	T	O	A	
O	R	E	A	R	E	Z	T	E	L	K	R	O	R	E	N	
I	B	T	L	U	S	I	O	U	N	I	V	E	R	S	O	
A	D	E	Z	P	T	O	N	U	I	M	3	R	A	Y	L	

Nota. Fuente: <https://comunidadexito.wordpress.com/2016/07/04/sopa-de-letras-exito/>



Anexo 16. Bodegón



Nota. Fuente: https://es.123rf.com/imagenes-de-archivo/geometria_figuras.html





Anexo 17. Cuadernillo de lectoescritura



Nota. Cuadernillo *Rubio* de lectoescritura, fuente: https://lasuperpapeleria.com/producto/cuaderno-rubio-a4-estimulacion-cognitiva-lectura-1_66811