



**Facultad de Medicina
Escuela de Fonoaudiología**

**EFFECTOS DEL PROGRAMA REGIA EN LA REHABILITACIÓN
EN EL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN SEGÚN LA
PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS CON AFASIA DE
WERNICKE Y TRANSCORTICAL SENSORIAL**

Seminario de Investigación para optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología

Profesora Guía
Flga. Ingeborg Pacheco Labrín

Profesor metodólogo
Daniel Herrera Atton

Profesora de redacción
Macarena Aguirre Astudillo

Estudiantes tesistas
Bárbara Castillo Pizarro
Fernanda Donoso Díaz
Francisca Maldonado Soto
Natalia Ortiz Correa
Victoria Rojas Maturana

VIÑA DEL MAR - CHILE, 2024

DEDICATORIA

“A Mirza y Gabriel, mis padres. Mamá gracias por estar presente en cada momento, por formarme y preocuparse cada día de mi bienestar, papá eres mi superhéroe, gracias por incentivar me a lograr lo que quiero y posponer sus sueños por cumplir los míos. A mi hermana y mejor amiga, por escucharme siempre, espero ser el mejor ejemplo para ti. Gracias por ser mi fuente de motivación día a día, para ustedes son todos mis logros, los amo.

Agradezco a Dios por haberme guiado y dado la fortaleza de seguir firme hasta el final, infinitas gracias a mis amigas, por su paciencia y esfuerzo, por último, a todos quienes me han acompañado y contenido en este proceso”.

Barbara Castillo Pizarro

“A Dios, por darme fortaleza y sabiduría en cada paso de este camino. A mi familia, por su amor, sacrificio y ser el pilar sobre el que construyo mis sueños. A Esteban, por su paciencia, apoyo y por ser mi compañero incondicional en este proceso. Gracias a todos por ser mi inspiración y mi motor. Este logro es el fruto de su fe y confianza en mí. Los amo profundamente”.

Fernanda Donoso Díaz

A mis padres y hermanas, por su amor constante, por estar siempre a mi lado y brindarme su apoyo incondicional a lo largo de todo este proceso. Gracias por darme cariño, confianza y recordarme cada día que este es mi camino. A Franco, por su amor, su infinita paciencia y por estar conmigo en cada paso, dándome su apoyo incondicional y haciéndome sentir acompañada en todo momento. Su presencia en mi vida ha sido un pilar fundamental. Este logro no sería posible sin cada uno de ustedes.”

Francisca Maldonado Soto

“A mi madre, este logro es por y para ti, gracias por el inmenso esfuerzo y sacrificio que realizas a diario para ayudarme a alcanzar mis sueños y avanzar en esta carrera, aprecio profundamente todo lo que haces por mí. A toda mi familia, por todas sus palabras de aliento y de cariño que me motivan a seguir adelante, los amo demasiado y gracias por confiar en mi”.

Natalia Ortiz Correa

“A Dios, por darme paz, claridad y fuerza en cada momento de incertidumbre. A mis padres, por su amor incondicional, todo su sacrificio, paciencia y apoyo constante, que me han acompañado en cada paso de este camino. A mi hermana, por ser mi compañera de vida, mi confidente y mi mayor fuente de inspiración. A Santino, quien ha sido mi gran motivación y motor para seguir adelante, recordando que cada paso tiene un propósito más grande. A todos aquellos que estuvieron presentes en cada etapa de este recorrido, brindándome su apoyo, confianza, cariño, y que, aunque ya no caminan a mi lado, siempre llevaré en mi corazón. Este logro es tan mío como de todos ustedes, los amo con toda mi alma”.

Victoria Rojas Maturana

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.1.- Fundamentación del problema de investigación	7
1.3.- Formulación de objetivos	9
1.4.- Viabilidad de la investigación	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 Afasia	11
2.1.1 Afasia no fluente	12
2.1.2 Afasia fluente	13
2.1.2.1 Afasia de Wernicke.....	13
2.1.2.2 Afasia transcortical sensorial	14
2.2 Comunicación en las afasias fluentes	15
2.3 Intervención de la comunicación en afasias.....	16
2.4 Programas individuales de intervención en afasia	17
2.4.1 Tratamiento para la afasia de Wernicke.....	17
2.4.2 Enfoque Cognitivo para Incrementar la Comprensión Auditiva	18
2.5 Programas grupales de intervención en afasia	18
2.5.1 CIAT	19
2.5.2 REGIA	20
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	22
3.1 Tipo de estudio.....	22
3.1.1 Enfoque	22
3.1.2 Alcance	22
3.1.3 Diseño	22
3.2 Muestra	23
3.2.1 Tipo de muestreo y diseños de las muestras	23
3.2.2 Tamaño de la muestra	23
3.2.3 Unidades de información	23
3.3 Instrumento de recolección de información.....	24
3.4 Herramientas: pertinentes a los instrumentos de recolección de información.....	25
3.5 Trabajo de campo.....	26
3.6 Materiales.....	27
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	28
Resultados del análisis cualitativo respecto a la percepción del lenguaje y comunicación en personas con afasia.....	28
Resultados de entrevista en profundidad sobre la percepción del programa REGIA.....	46
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	50
CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN	56
REFERENCIAS	59
ANEXOS	67

INTRODUCCIÓN

Los Accidentes Cardiovasculares (ACV) han tenido un aumento de prevalencia en individuos mayores de 55 años y son una de las principales causas de muertes y discapacidad en el mundo, dejando alrededor de 5 millones de personas con secuelas (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2022). Esta patología podría derivar en trastornos de lenguaje, tales como la afasia que tiene compromiso en la comprensión y expresión de este ámbito, lectura y escritura (González & Hornauer-Hughes, 2014a). A raíz de esto, esta investigación se centra en la aplicación y efectos del programa de Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia (REGIA) en pacientes con afasia de Wernicke y transcortical sensorial.

El programa REGIA tiene beneficios para la comunicación de los usuarios con afasia, brindándoles la oportunidad de tener un habla similar a la que se ocupa en la vida diaria, además mejora la calidad de vida de la persona y su entorno. Sin embargo, Takato et al. (2022) declara que futuros estudios deben investigar sobre los efectos del REGIA a corto y largo plazo, esto lo podemos ver en Latinoamérica donde hay una carencia de información sobre este programa, es por esto que esta investigación aportará antecedentes investigativos sobre los efectos del programa según los pacientes con afasia de Wernicke y transcortical sensorial en Chile. A partir de esta limitación, surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son los efectos del programa REGIA, a nivel comunicativo y lingüístico, en usuarios/as del Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV), diagnosticados con afasia de Wernicke y afasia transcortical sensorial?, asimismo el objetivo general de la investigación consiste en describir los efectos percibidos por los usuarios en relación al rendimiento del lenguaje y la comunicación con afasia de Wernicke o afasia transcortical sensorial, posterior a la intervención con el programa REGIA pertenecientes al Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV) durante el Año 2024.

Este estudio tiene un enfoque cualitativo con un alcance exploratorio y con un diseño longitudinal y cuasi experimental. En este contexto el muestreo es no probabilístico con una muestra de 3 usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Además, la aplicación del programa REGIA será de 3 horas diarias durante 10 días consecutivos en el Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV).

El presente documento se organiza en seis capítulos, el primero realiza la presentación del planteamiento del problema, la interrogante a estudiar, objetivos y viabilidad. Siguiendo

con el segundo capítulo, en el cual se presenta el marco teórico que incluye el término Afasia, sus tipos, afasia de Wernicke y transcortical sensorial, terapias y programas de intervención en afasias, entre ellos el programa REGIA. Luego, el tercero concierne al marco metodológico, donde se expone el tipo de estudio, población, muestra, instrumentos, técnica de obtención de la información, procedimientos y materiales. En el cuarto capítulo, se exponen en detalle los resultados obtenidos en este estudio. Seguido del quinto donde se mencionan las discusiones de la investigación. Para finalizar, se plantea la conclusión que sintetizará esta investigación.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Fundamentación del problema de investigación

A nivel mundial y desde un plano demográfico, durante las últimas décadas ha ocurrido un aumento significativo de personas mayores (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Esto refleja un cambio relevante, ya que, el número de adultos de 60 años o más superó al de niños menores de 5 años (OMS, 2022). También en cifras concretas, según el Banco Mundial (2022) la población de la tercera edad es de un 10% con respecto a la total.

En el caso particular de Chile, según estudios del Conocimiento e Investigación en Personas Mayores ([CIPEM], 2023) en las últimas dos décadas aumentó de 1.3 a 3.6 millones la población mayor, representando un 18,1% del total. Se proyecta que para el año 2050 representen al 31,6% de los habitantes totales del país llegando a ser 6.430.169 personas mayores de 60 años, dejando en claro el avance del envejecimiento poblacional en la actualidad (Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2021). Además, este crecimiento demográfico es más notable en mujeres, con una cifra de 130 por cada 100 hombres con edad superior a 60 años (SENAMA, 2021).

Este cambio demográfico tiene efectos en la salud pública, ya que la población de personas mayores producto del aumento de edad se encuentra vulnerable a presentar patologías neurológicas, específicamente accidentes cerebrovasculares (ACV) (Vargas-Murcia et al., 2021). Estos ACV son desencadenados por cuadros metabólicos crónicos como la hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, el consumo de tabaco, la obesidad, el sedentarismo y la fibrilación auricular (Vargas-Murcia et al., 2021). También, se dice que los hombres tienen un riesgo más alto de sufrir un ACV, al igual que aquellos adultos con antecedentes familiares de haber sufrido esta patología (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2022).

En este contexto, los ACV son una de las principales causas de muertes y de discapacidad en el mundo; según la OMS 15 millones de personas experimentan un ACV, de las cuales 5 millones quedan con algún tipo de secuela (MINSAL, 2022). Además, un factor de riesgo es la edad, puesto que a mayor edad más alto es el riesgo (MINSAL, 2022). De acuerdo a la clasificación de esta patología, el MINSAL (2022) describe dos tipos de ataques cerebrovasculares; hemorrágico e isquémico, este último lo define como el más frecuente producido por un bloqueo del flujo normal de sangre hacia el cerebro.

Con respecto a Chile, el único estudio poblacional de incidencia de Enfermedad Cerebrovascular (ECV) es el PISCIS entre 2000-2002 y se entregó la siguiente información; la incidencia del primer episodio de ACV isquémico fue de 60 por 100.000 habitantes al año (Lavados, 2005 cit.en MINSAL, 2013). Además, el 93% de los ACV isquémicos nuevos se produce en personas mayores de 45 años; edad promedio de 66.5 años y 56% de ellos hombres (Lavados, 2005 cit.en MINSAL, 2013). Por lo tanto, la probabilidad de estar discapacitado después de un ACV isquémico es de 18% a los 6 meses (Lavados, 2005 cit.en MINSAL, 2013).

Además, dicha patología puede ocasionar trastornos adquiridos, entre ellos la afasia, que compromete todas sus modalidades: expresión y comprensión del lenguaje oral, de lecturas y escritura (González & Hornauer-Hughes, 2014a). Según información estadística, en Chile el porcentaje de personas con este trastorno a causa de un ACV va de un 20 a 30% (González, 2015). Si el accidente cerebro vascular se manifiesta en regiones posteriores del hemisferio izquierdo como en la zona de Wernicke o en áreas parieto-temporales circundantes a esta última, se producen afasias de Wernicke y la transcortical sensorial respectivamente (González & Hornauer-Hughes, 2014a).

El lenguaje, es un instrumento utilizado por el ser humano para comunicarse y pensar, representado en múltiples áreas del cerebro (González & Hornauer-Hughes, 2014b). Es por esto que las lesiones cerebrales en estas regiones pueden provocar trastornos que evidencian dificultades lingüísticas, como la afasia (González & Hornauer-Hughes, 2014b). Por lo tanto, las personas adultas o mayores que la presentan requieren de rehabilitación cognitiva y de la comunicación, para poder expresarse y evitar aislamiento, además de repercusiones desfavorables en su calidad de vida (González & Hornauer-Hughes, 2014b).

El MINSAL (2013) menciona que el especialista encargado de la evaluación, diagnóstico y rehabilitación del lenguaje, cognición y comunicación en estos usuarios es el fonoaudiólogo. Este profesional realiza específicamente el diagnóstico diferencial de la afasia de otras dificultades expresivas (MINSAL, 2013). Además, entrega aportes importantes en la educación sobre la maximización de la interacción, asesoramiento y la intervención directa (MINSAL, 2013).

La intervención en un inicio es individual, una vez que los usuarios progresan en ámbitos de comprensión y expresión del lenguaje, puede complementarse con terapia grupal (Correa-Palacio, 2016). En la actualidad se ha comprobado la efectividad del programa de

intervención grupal REGIA en el tratamiento lingüístico de las personas afásicas (Berthier, 2011). Este promueve el reaprendizaje de palabras frecuentes en la vida diaria, ya sea en la producción o en la interacción de las mismas (Berthier et al., 2014). Los beneficios obtenidos están netamente relacionados con mejoras lingüísticas y comunicativas (Berthier et al., 2014).

De acuerdo a lo mencionado, esta investigación es relevante para la fonoaudiología, específicamente para el área del lenguaje adulto. Será un aporte tanto teórico como práctico sobre los progresos en la comunicación, la comprensión y expresión de los usuarios con las afasias de Wernicke y Transcortical Sensorial, por medio del programa REGIA. Dentro de sus beneficios se encuentran que favorece la calidad de vida de la persona y su interacción con el entorno cercano y la comunidad. Además, se evidenciarán los efectos de esta intervención grupal en estos cuadros afásicos, dejando en claro sus posibles impactos positivos o negativos, y si es necesario realizar modificaciones para optimizar su aplicación. Esto brindará antecedentes investigativos respecto a este método que ha surgido en la última década y aportará a la clínica de estos trastornos.

1.2.- Formulación de la pregunta de investigación

¿Cuáles son los efectos del programa REGIA, a nivel comunicativo y lingüístico, en usuarios/as del Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV), diagnosticados con afasia de Wernicke y afasia transcortical sensorial?

1.3.- Formulación de objetivos

- Objetivo General

Determinar los efectos percibidos por los usuarios con afasia de Wernicke o afasia transcortical sensorial, pertenecientes al Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV), sobre su rendimiento del lenguaje y de la comunicación, posterior a la intervención con el programa REGIA durante el 2024.

- Objetivos Específicos

1. Describir la experiencia de rehabilitación y su impacto en el lenguaje y la comunicación, previo a la intervención y posterior a la intervención en las personas con afasia de Wernicke y transcortical sensorial.

2. Explorar las dificultades y oportunidades en la implementación del método REGIA en los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial.

1.4.- Viabilidad de la investigación

Esta investigación es viable puesto que los participantes son usuarios del Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso. Además, fue supervisada por la fonoaudióloga Ingeborg Pacheco, especialista en el área de lenguaje adulto y profesora guía en esta tesis. Las alumnas tesistas contaron con el programa Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia (REGIA) y una capacitación previa a su aplicación. También, tuvieron acceso a la Dirección de Biblioteca de Recursos y Aprendizaje (DIBRA) de la Universidad de Valparaíso, para la búsqueda de la información necesaria y otros aparatos tecnológicos para acceder a internet. Finalmente, se trata de un estudio de bajo costo, dado que solo se necesitó del trabajo de las/os tesistas y la profesora guía para implementar esta terapia estructurada en el centro de atención de la universidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico expone los conceptos bases y tópicos centrales contemplados en esta investigación. En primer lugar, se define el concepto de afasia y su clasificación, profundizando en las afasias fluentes de Wernicke y transcortical sensorial. Posteriormente, se describe la comunicación en estas dos patologías. Luego, se plantea la intervención en estos trastornos, para continuar exponiendo programas de tratamiento individual y grupal que se utilizan en la rehabilitación, adentrándose en el Programa REGIA.

2.1 Afasia

A lo largo de los años se ha definido el término afasia por diversos autores. Por un lado, Berthier et al. (2011) refiere:

La pérdida total o parcial de los procesos implicados en la formulación y comprensión del lenguaje, estos son secundarios al daño cerebral adquirido de una red neuronal distribuida en estructuras corticales y subcorticales del hemisferio cerebral izquierdo dominante, usualmente el hemisferio dominante para el lenguaje. (p. 5035)

El lenguaje según González & Hornauer-Hughes (2014a) es “un sistema funcional que depende del trabajo integrado de todo un grupo de zonas corticales y subcorticales” (p. 291). La lesión de uno de los componentes altera la organización y sus elementos principales se encuentran en el hemisferio dominante (izquierdo), en la zona perisilviana (González & Hornauer-Hughes, 2014a). Además, esta patología está asociada a ACV, traumatismos craneoencefálicos, tumores, infecciones y enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer (Berthier et al., 2011).

Por otro lado, González & Hornauer-Hughes (2014b) mencionan esta alteración como: “un trastorno del lenguaje adquirido a consecuencia de un daño cerebral, que por lo general compromete todas sus modalidades: expresión y comprensión del lenguaje oral, escritura y comprensión de lectura” (p. 149). Entonces, el daño cerebral genera complicaciones en distintos ámbitos, pero el principal es en la expresión y comprensión del lenguaje. Además, González & Hornauer-Hughes (2014a) mencionan que “el síntoma más preponderante es la anomia, dificultad para evocar las palabras” (p. 291).

Por último, Mac-Kay (2019) presenta esta patología de la siguiente manera: “un síndrome consecuente de una lesión focal cerebral y se manifiesta con señales de trastornos tanto de la comprensión como de la expresión del lenguaje oral y escrito, en diferentes niveles y grados de severidad” (p. 53). Se entiende que un deterioro focal puede impactar a una persona dejando secuelas que alteran el lenguaje, la comprensión, escritura y comunicación. Además, estas alteraciones son las que permiten clasificar y brindar una categorización clínica (Mac-Kay, 2019).

En cuanto a la clasificación, una de ellas es propuesta por Wernicke (s/f, cit. en Ardilla, 2006), quién divide los trastornos en dos categorías: los motores, relacionados con las regiones anteriores de la corteza, y los sensoriales, asociados a las áreas posteriores (Ardilla, 2006). Otra dicotomía es la “fluida-no fluida” de Benson, que se comenzó a utilizar en 1967 (Ardilla, 2006) y se basa en dividir todos los tipos de afasia en dos grupos, las que son fluidas y las que no. Esta es la dualidad usada por la mayoría de los autores y se aplica en el 60 o 70% de los casos con esta patología (González & Hornauer-Hughes, 2014a).

2.1.1 Afasia no fluente

La afasia no fluente se caracteriza por expresar y utilizar oraciones que no excedan de las 4-5 palabras (Toledo-Rodríguez & Casanova, 2021). Este tipo de patología presenta alteración en la prosodia, reducción del discurso y complejidad para iniciar enunciados, por lo tanto, la longitud es de corta metría (Toledo-Rodríguez & Casanova, 2021). Además, hay una producción de sílabas aisladas y estereotípicas, dificultad para acceder a los verbos de carga semántica, deformaciones fonológicas, errores semánticos y morfosintácticos (González & Hornauer-Hughes, 2014a).

Este trastorno comunicativo se produce por lesiones ocurridas por delante de la cisura de Rolando (González & Hornauer-Hughes, 2014a). Además, puede coexistir con alteraciones de articulación, como disartria y apraxia del habla (González & Hornauer-Hughes, 2014a). Entre los tipos de afasias no fluentes se encuentran: Broca, transcortical motora, no fluente mixta, transcortical mixta y global (Toledo-Rodríguez & Casanova, 2021).

2.1.2 Afasia fluente

La afasia fluente se caracteriza por manifestar un discurso productivo, suelen expresarse con oraciones de 5 o más palabras (Olivares, 2021), pudiendo llegar a la logorrea;

su narración es no es informativa, con términos funcionales en vez de contenido (González & Hornauer-Hughes, 2014a). La articulación es sin esfuerzo, con una longitud de enunciado, línea melódica y gramática conservada, no obstante, puede presentar paragramatismos (Olivares, 2021). Entre los errores comunes se encuentran las parafasias fonémicas, semánticas, verbales y neológicas (González & Hornauer-Hughes, 2014a).

Los criterios de repetición y habla espontánea logran formular un diagnóstico diferencial y/o hipótesis (Olivares, 2021). Se debe realizar una evaluación exhaustiva de cada uno de los niveles del lenguaje en todos sus contextos, para llevar a cabo un pronóstico (Olivares, 2021). Las afasias que corresponden al grupo de fluentes son: Wernicke, transcortical sensorial, de conducción y anómica (Olivares, 2021). Para los fines de esta investigación, se abordarán las dos primeras, que impactan en la comprensión lingüística.

2.1.2.1 Afasia de Wernicke

Olivares (2021) refiere que el daño en la afasia de Wernicke se localiza en el tercio posterior de la circunvolución temporal superior, específicamente en las regiones 22 y 42 de Brodmann (AB), conocidas como el área de Wernicke. Además, comprometen localizaciones angulares y supramarginales, pertenecientes a las zonas 39 y 40 de Brodmann (González & Hornauer-Hugues, 2014a). Este trastorno es secundario a lesiones agudas o crónicas, puede manifestar anosognosia y síntomas de euforia, paranoia, psicosis y manía (Berthier et al., 2011).

La característica más distintiva en los pacientes que sufren de este tipo de afasia es la alteración de la comprensión (Berthier et al., 2011). Esto ocurre porque la lesión se encuentra próxima al área de Wernicke (González & Hornauer-Hugues, 2014a). Dicho déficit es debido a alteraciones en el procesamiento de la imagen sensorial de la palabra (Martínez et al., 2015).

El discurso es fluente y abundante, sin dificultad articulatoria y jergas ininteligibles (Martinell, 2013), pero presenta dificultades gramaticales, como el paragramatismo y presencia de parafasias (Berthier et al., 2011). Aun así, las personas pueden hablar extremadamente rápido (logorrea) utilizando en su mayoría palabras funcionales que de contenido sustantivo (González & Hornauer-Hugues, 2014a). Además, la repetición está alterada por obstáculos en el procesamiento fonológico, debido a la discriminación auditiva (Berthier et al., 2011).

En lo que respecta a la lectura oral, González & Hornauer-Hugues (2014a) mencionan que está alterado al seguir el patrón del discurso verbal, lo que conlleva la expresión de paralexias fonéticas, semánticas y neológicas. Referente al lenguaje automático, manifiestan complicaciones para decir los días de la semana o números consecutivos del 1 al 10 (González & Hornauer-Hugues (2014a). Sin embargo, su lenguaje espontáneo es fluente, abundante, sin producciones de esfuerzo y bien articulado (Berthier et al., 2011). En cuanto a la comprensión de lectura, se ve comprometida en oraciones, aunque no así de manera individual (González & Hornauer-Hugues, 2014a). A raíz de esto, la escritura se ve afectada, cometen errores consistentes y presentan dificultades para copiar términos, pero a nivel motor permanece sin cambios significativos (González & Hornauer-Hugues, 2014a).

2.1.2.2 Afasia transcortical sensorial

González & Hornauer-Hughes (2014a) mencionan que el daño en la afasia transcortical sensorial se ubica en la región parieto-temporal posterior, excluyendo el área de Wernicke y también se puede producir por un traumatismo del tálamo posterior pulvinar. Además, impactan los lóbulos parietales inferior y superior o en lesiones frontales (Berthier et al., 2011). Las causas de este trastorno pueden ser por alteraciones de tipo vascular, traumático o tumoral y afectan la porción posterior del giro temporal medial y a las cortezas de asociación visual o auditiva (Berthier et al., 2011).

Una característica particular de esta afasia es que conservan la capacidad de repetición, pero pierde el significado y entendimiento de las palabras y frases, provocando una producción de habla vacía (Moreno Manso & García- Baamonde, 2003). Sin embargo, las personas con dicha patología tienen una articulación y prosodia inalterada, mientras que su velocidad del discurso está enlentecida (Berthier et al., 2011). Este trastorno puede concomitar con déficit motores y apraxia ideomotora o bucofacial (Berthier et al., 2011).

El habla es espontánea y fluida, aunque con presencia de neologismos, anomias y parafasias (Moreno Manso & García-Baamonde, 2003). Berthier, et al. (2011) establece dos variantes de esta última: semántica y anómica, la primera se caracteriza por un discurso libre que exhibe falta de coherencia debido a la generación de errores que no guardan relación con la palabra diana. La segunda mencionada presenta un lenguaje espontáneo menos abundante que en la anterior, pero con dificultades para encontrar un término adecuado, esto conlleva a

realizar numerosas pausas y circunloquios (Berthier et al., 2011). Además, la comprensión auditiva y lectora está alterada (Moreno Manso & García Baamonde, 2003).

Por consiguiente, la escritura y la lectura en voz alta pueden estar relativamente preservadas, mientras que la variante comprensiva de esta última siempre se encontrará alterada (Berthier et al., 2011). De igual manera, los problemas comprensivos afectan la identificación y el entendimiento de órdenes y oraciones (González & Hornauer-Hughes, 2014a). Estos déficits son semejantes a los observados en la afasia de Wernicke (González & Hornauer-Hughes, 2014a).

2.2 Comunicación en las afasias fluentes

Petrone (2021) define la comunicación como “proceso mediante el cual transmitimos y recibimos datos, ideas, opiniones y actitudes para lograr comprensión y acción” (p. 188). Entonces, los seres humanos alternan conocimientos de diversas índoles, convirtiendo este acto en una actividad diaria (Caula et al., 2021 cit. en Lesmes et al., 2020). Sin embargo, hay dificultades comunicacionales que no se trata solo de transmitir información, sino que, comprometen la expresión del mensaje oral, sentimientos, emociones del emisor y del receptor (Gómez, 2016).

Caula et al. (2021, cit. en Lesmes et al., 2020) destaca que la relevancia del lenguaje en la comunicación se basa en actitudes derivadas de los modelos de crianza y educación presentes en diferentes ambientes culturales, entre ellos el entorno familiar, educativo y social. Así, uno de los principales aspectos que se ve afectado en las afasias es el ámbito lingüístico en contextos comunicacionales diversos. No obstante, los elementos afectados en esta área son, por ejemplo, la reiteración de palabras y oraciones, comprensión auditiva y lectoescritura (Olivares, 2021). Estos son más frecuentes en la afasia de Wernicke, mientras que en la transcortical sensorial hay una excepción con respecto al parámetro de la repetición, que se encuentra conservado (Olivares, 2021).

Según Helm-Estabrooks & Albert (2005), el deterioro de la comunicación en usuarios con afasia genera modificaciones en los contextos familiar, social y laboral, debido a dificultades como la alteración de personalidad, emoción y cognición. Es por esto, que el paciente con este trastorno puede presentar soledad, rechazo y aislamiento, ya que la incapacidad de reanudar las actividades ocupacionales conlleva la pérdida del contacto

cotidiano con los compañeros de trabajo (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Los cambios en los pequeños detalles de la vida diaria llegan a ser, con frecuencia, los más agobiantes y conmovedores (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

Villodre & Morant (2011) afirman que el individuo al perder la habilidad para comunicarse no puede mantener los roles que desempeñaba, por lo que la familia sufre una crisis, los amigos se alejan por desconocer cómo tratarlo y la persona se aísla. Martinell (2013) menciona que cuando los sujetos con afasia tienen relación con sus pares, novedades y actividades de interés, existen más motivos para elegir, proponer, opinar, comentar o explicar, ya sea por medios verbales o no, con mayor o menor soporte del interlocutor. Entre los objetivos de rehabilitación de estos usuarios se encuentran primero lograr satisfacer las necesidades comunicativas cotidianas, mejorando su calidad de vida; segundo, la adaptación psicosocial del paciente y su hogar, con el fin de aceptar las limitaciones definitivas (González & Hornauer-Hughes, 2014a).

2.3 Intervención de la comunicación en afasias

Matus & Tobar (2021) describen la intervención de la comunicación en afasias como un tratamiento cuyo objetivo consiste en aumentar las habilidades expresivas y la interacción, con el fin de promover la participación y el bienestar social. Para ello, se emplean recursos para facilitar un diálogo eficaz y lograr una máxima recuperación posible de las capacidades lingüísticas (Martinell, 2013). Además, se establece una relación de apoyo que ayude al paciente y su familia a motivarse, encontrar nuevos propósitos y adaptarse a su nueva situación (Martinell, 2013).

La intervención de la comunicación en afasias tiene el propósito de mejorar y asegurar una comprensión efectiva (Barahona et al., 2015). Para ello, se realizan algunas adecuaciones, cómo utilizar palabras conocidas y cotidianas, mantener contacto visual, hablar con gestos y pausas (Barahona et al., 2015). Asimismo, establecer una conversación en un entorno sin distracciones permite formular preguntas de manera cómoda en caso de no captar el diálogo (Barahona et al., 2015).

2.4 Programas individuales de intervención en afasia

Según Labra et al. (2022) un programa de intervención corresponde a “paquetes de procedimientos, técnicas y actividades ya delineadas” (p. 461). Dentro de la terapia existen opciones destinadas a rehabilitar el lenguaje expresivo o comunicativo y estos pueden ser de manera individual o grupal. En primer lugar, en esta investigación se nombran los métodos individuales de tratamiento que tienen como principal objetivo mejorar la comprensión auditiva, aspecto alterado en la afasia de Wernicke y transcortical sensorial. En segundo lugar, se tratará las opciones grupales, siendo el foco de este estudio.

2.4.1 Tratamiento para la afasia de Wernicke

El Tratamiento para la Afasia de Wernicke (TAW) es un “método diseñado para mejorar la comprensión auditiva, basado en el concepto de reaudición y en la idea de que las palabras que se repiten correctamente podrán ser entendidas” (Helm-Estabrooks & Albert, 2005, p. 378). Este programa tiene como objetivo favorecer la capacidad de las personas para comprender mensajes orales en los contextos cotidianos (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Los candidatos para el TAW son usuarios con diagnóstico de afasia de Wernicke de grado moderada a intensa, que deben presentar una alteración en la comprensión auditiva y en la repetición de expresiones aisladas, sintagmas y oraciones (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

El formato del TAW establece una fase base de ejecución, utilizada para determinar la capacidad del paciente para comprender las palabras emitidas oralmente y escoger la representación pictórica de los estímulos a utilizar, y le siguen cuatro pasos del tratamiento organizados jerárquicamente (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). El primer paso trata la comprensión lectora y consiste en emparejar una palabra escrita con su pictograma, donde hay seis dibujos, pero uno es el correcto (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Siguiendo, la segunda etapa es leer en voz alta las láminas y la tercera es repetir sin revisar lo escrito, solo con la ayuda del examinador (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). En cuarto lugar, se trabaja la interacción auditiva de manera que el usuario debe seleccionar adecuadamente la imagen para cada estímulo, después de oír la expresión emitida por el terapeuta (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

2.4.2 Enfoque Cognitivo para Incrementar la Comprensión Auditiva

El Enfoque Cognitivo para Incrementar la Comprensión Auditiva (ECICA) sostiene que variables no lingüísticas influyen en la ejecución de tests y tareas en las cuales necesitan comprender expresiones orales (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Asimismo, el objetivo del programa es “mejorar la comprensión de los mensajes emitidos oralmente en contextos naturales y en las situaciones de la vida diaria” (Helm-Estabrooks & Albert, 2005, p. 385). Los candidatos para participar en este método de rehabilitación deben presentar las siguientes características específicas: buen estado de alerta y resistencia, déficit de comprensión auditiva de grado moderado a intenso, problemas cognitivos-lingüísticos, buena capacidad de percepción visual, competencias grafomotoras básicas adecuadas y trabajar quehaceres de forma independiente en el hogar (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

La metodología de este enfoque consiste en tareas terapéuticas para habilidades cognitivas, primeramente, en atención visual realizando actividades de tachado de dibujo abstracto, seguido de patrones grafomotores alternativos y selección de símbolos (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). En segundo lugar, se basa en el conocimiento conceptual con trabajos de dibujos sobrantes y con inicios sobre tamaño o pesos realistas, donde debe ordenar de menor a mayor según dimensiones reales (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Para finalizar, se complementa con asignación de deberes para el hogar enviados por el terapeuta, para lograr mejoras en la capacidad de comprender palabras aisladas oralmente, realizar peticiones, beneficios en el discurso, en la comunicación y cognición (Helm-Estabrooks & Albert, 2005).

2.5 Programas grupales de intervención en afasia

Helm-Estabrooks & Albert (2005) definen a programas de intervención en grupo como “situación en la que los enfermos afásicos pueden practicar y usar la capacidad comunicativa que aprenden en la terapia individual, de una forma funcionalmente significativa mientras reciben apoyo emocional y psicológico” (p. 420). En esta terapia el fonoaudiólogo debe velar por la relevancia y comprensión de los temas o actividades para todos los miembros del equipo (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). Por consiguiente, en este punto se tratará Constraint-Aphasia Therapy (CIAT), que es la versión inglesa que precede al programa de Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia (REGIA), el cual es el foco de la presente investigación.

2.5.1 CIAT

Según Cubero (2018) el acrónimo CIAT corresponde a Constraint-Aphasia Therapy, que en español puede comprenderse como Terapia de Restricción Inducida para la Afasia siendo un programa de entrenamiento intensivo. Fue desarrollada por Pulvermuller en 2001, y se caracteriza por tener un enfoque interactivo (Cubero, 2018). Consta de un juego de pares de cartas, de 16 a 21, dónde los integrantes se turnan para solicitar una carta idéntica a otro compañero o responder a una solicitud utilizando exclusivamente el lenguaje oral (Cubero, 2018). Al ser su modalidad activa, emplea estrategias que son dirigidas al paciente o al cuidador usando técnicas para mejorar la participación y a eliminar barreras en la comunicación (Berthier et al., 2014).

El programa CIAT en personas con afasia demuestra una mejora en las pruebas estandarizadas ocupadas en la clínica y en las autoevaluaciones de los pacientes, donde el principal aspecto beneficiado es la capacidad comunicativa oral y no verbal de estos usuarios (Pulvermüller, et al., 2001). Esta terapia afecta la neuroplasticidad del cerebro, todo esto en un periodo reducido de tiempo, con un incremento en el rendimiento que tienen en sus actividades de la vida diaria (Pulvermüller, et al., 2001). En consecuencia, beneficia la mejoría de este trastorno comunicativo proporcionando la reestructuración cortical del procesamiento del lenguaje en el hemisferio derecho y en las regiones circundantes al infarto en el hemisferio izquierdo (Berthier et al., 2014).

2.5.2 REGIA

La Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia (REGIA) corresponde a la estandarización en español de la terapia estructurada CIAT que realizó Berthier et al. (2014). Está basado en principios neurocientíficos y dirigido a pacientes adultos que presenten dificultades del lenguaje secundaria a lesiones de diverso origen como ictus, traumatismos cráneo-encefálicos, tumores, enfermedad de Alzheimer, afasia progresiva primaria y otras demencias (Berthier et al., 2014). Su objetivo es desarrollar las habilidades comunicativas, a través de una serie de componentes lingüísticos (Berthier et al., 2014).

Los principios neurocientíficos son: el fundamento de práctica intensiva y el de relevancia conductual y comunicativa (Berthier et al., 2014). El primero estipula que un nivel elevado de rehabilitación aplicando el máximo entrenamiento en el período

más corto posible brinda mejores resultados que la misma cantidad de sesiones aplicada en tiempos espaciados (Berthier et al., 2014). Además, este razonamiento especifica que algunas de las herramientas terapéuticas para lograr la dirección y focalización en los usuarios son la estructuración del juego, los materiales, las técnicas conductuales y las descripciones de las normas (Berthier et al., 2014). El segundo planteamiento tiene como objetivo mejorar las capacidades de los pacientes para comunicarse en la vida diaria, y deja en claro que “el profesional que aplica el REGIA sea consciente de la importancia de adaptar la terapia al grupo completo y a cada paciente en particular” (Berthier et al., 2014, p. 44).

Este plan terapéutico se aplica en sesiones de 3 horas diarias durante 10 días, distribuidos en dos semanas consecutivas (Berthier et al., 2014). Fue diseñada para realizarse en grupos de 2 o 3 personas con un perfil de afasia similar (leve, moderado o grave), sin embargo, es posible que se realice individualmente (Berthier et al., 2014). El conjunto de materiales incluye tarjetas con ilustraciones distribuidas en diversas categorías (sustantivos, adjetivos, colores, números, pares mínimos y frases o acciones), así como paneles separadores y un cuadernillo de registro individual para cada uno de los participantes (Berthier et al., 2014). Esta rehabilitación es guiada por un terapeuta, mientras que los usuarios desarrollan una actividad de “solicitud-respuesta”, la cual consiste en recolectar el mayor número de láminas (Aedo & Toledo-Rodríguez, 2021).

Según Berthier et al. (2014) este programa ofrece numerosos beneficios lingüísticos y comunicativos, tales como:

- Promueve el reaprendizaje de palabras frecuentes en la vida diaria, ya sea en la producción o en la comprensión de las mismas.
- Facilita el acceso rápido a la nominación y comprensión de los sustantivos y los verbos, mejorando así la velocidad y la eficiencia en la producción y en la recepción de los mismos.
 - Aumenta la fluidez y el contenido informativo.
 - Mejora aspectos paralingüísticos.
 - Facilita el uso y el reaprendizaje de los números, los colores y el completamiento gramatical.
 - Mejora la decodificación fonológica (comprensión) y la articulación (producción).

- Aumenta las capacidades del paciente para comunicarse en las conversaciones de la vida diaria. Este aumento se puede traducir en una mejora en la cantidad y la calidad de la comunicación (p. 42).

Se espera que el paciente incorpore las interacciones y normas de comunicación entrenadas en el programa REGIA (Berthier et al., 2014), puesto que promueve el uso de un habla similar a la empleada en la cotidianidad (Berthier et al., 2014). Además, esta terapia estructurada tiene beneficios no lingüísticos adicionales, como en la esfera emocional y en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias (Berthier et al., 2014). También, mejora la integración social, reduce el aislamiento y brinda motivación a estas personas con afasia (Berthier et al., 2014).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

3.1.1 Enfoque

En el presente estudio se empleó un enfoque cualitativo, basado en la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación (Hernández Sampieri et al., 2014).

En esta investigación se busca describir mediante técnicas cualitativas, la percepción de los usuarios previo y posterior al Programa de Rehabilitación Grupal Intensiva de las afasias (REGIA), y en esta línea, se realizarán preguntas en una entrevista enfocada en los ámbitos de lenguaje expresivo, lenguaje comprensivo y comunicación.

3.1.2 Alcance

El alcance a desarrollar en esta investigación es exploratorio, según Hernández Sampieri (2014), el objetivo de este alcance es “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes” (p. 91). Este alcance se ve reflejado en la presente tesis, donde se reviste la necesidad de ampliar las investigaciones acerca de los efectos del programa REGIA en usuarios con específicos tipos de afasia, pues en Latinoamérica hay reducidos estudios acerca del tema.

3.1.3 Diseño

El diseño que se desarrollará en esta investigación es longitudinal y cuasi experimental.

Hernández Sampieri (2014) señala que los diseños longitudinales son “aquellos que recolectan datos en diferentes momentos o periodos para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias” (p. 159).

Además, es cuasi experimental debido a que es un plan de trabajo con el que se pretende estudiar el impacto de los tratamientos y/o los procesos de cambio en situaciones donde los sujetos o unidades de observación no han sido asignados de acuerdo con un criterio aleatorio (Fernández-García et al., 2014).

Por lo que, en el presente estudio se recabarán datos previos y posterior a la implementación del programa REGIA, a través de entrevistas que permitan identificar la percepción de los usuarios intervenidos, siendo estos datos convertidos a categorías analíticas cualitativas, de tal manera de determinar la existencia de cambios significativos post terapia.

3.2 Muestra

3.2.1 Tipo de muestreo y diseños de las muestras

El tipo de muestreo es no probabilístico o cualitativo puesto que “depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación“(Hernández Sampieri et al., 2014, p. 176).

El diseño de la muestra es de casos tipo, que se define como “una persona que representa a un grupo o comunidad. Pueden estudiarse varias personas que tienen algún aspecto en común, por lo que se espera cierta homogeneidad o coherencia en sus respuestas” (Muñiz, s/f cit. en Merriam, 1998 & Stake, 1994. p.3). Por lo que se investigó a un grupo de personas que tienen diagnóstico de afasia de Wernicke y Transcortical Sensorial, que cumplan con los criterios de inclusión.

3.2.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de esta muestra para fines de esta investigación es de tres usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial que son atendidos en CAFUV.

3.2.3 Unidades de información

- Criterios de inclusión
 1. Usuarios de CAFUV con diagnóstico de afasia de Wernicke y/o Transcortical Sensorial.
 2. Usuarios de CAFUV que hayan asistido anteriormente a rehabilitación fonoaudiológica de forma individual para tratar su afasia.
 3. Usuarios con un rango de edad de entre 45 y 80 años.
 4. Usuarios que puedan asistir de lunes a viernes durante 2 semanas consecutivas al programa de rehabilitación intensiva “REGIA”.

- Criterios de exclusión

1. Usuarios con diagnóstico de afasia anómica, de conducción, de Broca, Transcortical motora o mixta, no fluente mixta y global.
2. Usuarios que tengan trastornos cognitivos, como Alzheimer, Demencia, Trastornos Cognitivos mayores o menores, entre otros.
3. Personas analfabetas o que hayan perdido la habilidad de leer y/o escribir.
4. Usuarios con afasia que puedan participar sólo en días específicos en el programa de Rehabilitación REGIA en el CAFUV.

3.3 Instrumento de recolección de información

Se utilizará una entrevista para recolección de la información, que se define como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (Hernández Sampieri, 2014, p. 403). Además, es de tipo semiestructurada, que se basa en una guía de preguntas, donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información (Hernández Sampieri, 2014).

Esta pauta de entrevista individual semiestructurada de percepción del lenguaje y comunicación de las personas con afasia (anexo 1) es creada por las alumnas tesisistas y revisada por otros profesionales del área, la cual consta de 19 preguntas divididas en los ítems de lenguaje expresivo, comprensivo y de comunicación, donde se pregunta respecto a la nominación, lectura, repetición, descripción de imágenes, comprensión auditiva y aspectos pragmáticos. La entrevista se realizará en un tiempo de 20 minutos, donde el entrevistador irá realizando las preguntas y las personas darán una respuesta abierta de su percepción de acuerdo con lo preguntado, las cuales se analizarán de forma cualitativa. Esta se aplicará antes y después de la intervención con el programa REGIA, con el fin de describir los efectos según la percepción de los usuarios frente a su lenguaje y comunicación tras participar en el programa de rehabilitación intensiva.

También se aplicará una entrevista en profundidad sobre su percepción del programa REGIA, esta entrevista se define como “una técnica de investigación cualitativa de mucha utilidad siempre y cuando se mantenga el grado de exactitud en las descripciones e interpretaciones de las entrevistas” (Robles, 2011, p.47). Esta se aplicará luego de la pauta de entrevista estructurada de percepción y comunicación en las personas con afasia post

intervención (anexo 2), esta consta de 3 preguntas que tratan de sus impresiones y opiniones del programa aplicado, las ventajas y desventajas que observó la persona con respecto a la aplicación de REGIA y la última pregunta es sobre la percepción de su familia o círculo cercano sobre estos cambios que ha tenido con esta rehabilitación. Esta entrevista será realizada en una sesión de 30 minutos, donde se le realizará la pregunta y la persona tendrá la posibilidad de expresarse sobre su opinión del tema, todo esto con la finalidad de conocer la opinión y percepción de los usuarios sobre la aplicación de este programa.

3.4 Herramientas: pertinentes a los instrumentos de recolección de información

Las herramientas utilizadas para esta investigación para determinar la muestra participante de personas con afasia, las cuales dependen de los criterios de inclusión y exclusión, se dividen en instrumentos de diagnóstico y los de tratamiento. Los primeros se utilizan para dar un diagnóstico del tipo de afasia y la severidad de este, luego existen distintas formas para comenzar la rehabilitación, los que se mencionan a continuación:

- Test de Boston para el Diagnóstico de la afasia, formato abreviado: El Test de Boston es un instrumento creado por Goodglass y Kaplan en 1972, que tiene como objetivo identificar los cuadros clínicos de los diferentes tipos de afasias y establecer una severidad del déficit mediante la evaluación de los distintos niveles de producción y comprensión del lenguaje (Donoso, 2015). Esta batería presenta diversos ítems, el primero evalúa habla de conversación y exposición, luego comprensión auditiva, expresión oral, lectura y escritura (Goodglass & Kaplan, 2005).
- Programa REGIA: La Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasias, es un programa de rehabilitación intensiva y ecológica del lenguaje verbal, que requiere la ejecución de sesiones de 3 horas diarias durante 10 días de dos semanas consecutivas, además está dirigido a pacientes adultos que presenten afasia secundaria a lesiones de diverso origen. La terapia está diseñada para aplicarse en grupos de 2 o 3 pacientes con un perfil de afasia similar, aunque también es posible realizar una aplicación individual. Su objetivo es aumentar las habilidades de comunicación de los pacientes, a través de una serie de materiales centrados en el desarrollo de los juegos lingüísticos, que promueven un estilo de comunicación similar al usado en la vida diaria. Los principales aspectos

que se trabajan con este programa son la repetición, nominación, comprensión y fluidez. Por último, sus materiales son tarjetas con ilustraciones distribuidas en diversas categorías, paneles separadores y un cuadernillo de registro individual para cada uno de los participantes (Berthier et al., 2014).

3.5 Trabajo de campo

En primer lugar, esta investigación fue presentada al Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso durante el primer semestre del año 2024.

En segundo lugar, luego de la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso se realizó el contacto con las personas que participarán en el estudio, mediante un afiche publicado en el Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso y en la cuenta de Instagram @fonoaudiología.uv. Por lo que mediante estos elementos se seleccionó a los participantes de esta investigación, los cuales firmaron el consentimiento informado.

Posteriormente se comenzó con la aplicación de los instrumentos y herramientas para la recolección de datos, donde se aplicó una entrevista de percepción de la comunicación, con el fin de recopilar información acerca del nivel inicial comunicativo de la persona, con preguntas que abarcan el lenguaje expresivo, comprensivo y la comunicación según la percepción de cada uno de los usuarios. Luego, se aplicó el programa de rehabilitación REGIA, que consiste en 10 sesiones en un transcurso de 2 semanas consecutivas con sesiones de 3 horas cada una; en grupo con los 3 pacientes que tienen afasia de Wernicke y/o Transcortical Sensorial. Una vez pasadas estas 10 sesiones se prosigue a la última parte de la aplicación de la investigación, donde se volvió a realizar esta entrevista de percepción de la comunicación y lenguaje del usuario post rehabilitación con el programa REGIA, con el propósito de identificar la eficacia de este tipo de rehabilitación y la mejora en estos pacientes, así mismo se aplicará una entrevista en profundidad, que consta de tres preguntas específicas del programa REGIA, con el fin de conocer la opinión de los usuarios con respecto al proceso de terapia con este instrumento.

Por último, se realizó el plan de análisis, donde se aplicó una codificación abierta que permitió la construcción de categorías analíticas, y posteriormente, se construyeron matrices de análisis de contenido cualitativo de ambos procesos de evaluación, con la finalidad de comparar los resultados y cambios a partir del desarrollo del programa REGIA.

3.6 Materiales

Los materiales utilizados para el proceso de investigación fueron los siguientes:

- Anamnesis.
- Pauta de entrevista: creado por el grupo de investigadoras.
- Cuadernillos de registro del programa REGIA.
- Láminas ilustradas del programa REGIA.
- Panel separador.
- Test de Boston abreviado.
- 5 notebooks.
- 5 celulares.
- Programa Excel.
- Google drive.
- Internet.
- WIFI.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos en la entrevista de percepción pre y post intervención del programa REGIA, la cual fue aplicada a tres participantes, y se divide en tres categorías: lenguaje expresivo, lenguaje comprensivo y comunicación. Estos datos fueron utilizados para realizar un estudio estadístico descriptivo mediante una matriz de categorías analíticas de contenido cualitativo. Finalmente, se expone el análisis de una entrevista en profundidad sobre su percepción acerca del programa aplicado.

Resultados del análisis cualitativo respecto a la percepción del lenguaje y comunicación en personas con afasia

Los resultados presentados corresponden a las respuestas obtenidas de los participantes en la entrevista de percepción aplicada antes y después de la intervención con el programa REGIA. Cabe recalcar que Entrevistado 1 (E1) y Entrevistado 2 (E2) presentan una afasia transcortical sensorial y Entrevistado 3 (E3) tiene diagnóstico de afasia de Wernicke. Además, la información se organiza en tres categorías: lenguaje expresivo, comprensivo y comunicación, cada una dividida en diversas subcategorías.

4.1 Lenguaje expresivo

El lenguaje expresivo es “el proceso neuropsicológico que permite la comunicación de las personas, la adquisición de aprendizajes, la organización del pensamiento y la regulación del comportamiento, entre otros“(Alberts & De la Peña, 2016, p. 317). Este aspecto se desglosa en nominación, repetición, lenguaje espontáneo y lectura oral.

4.1.1 Nominación

La nominación en afasia de Wernicke está marcada por la dificultad para encontrar palabras y en reiteradas ocasiones los usuarios cometen parafasias fonémicas, semánticas y neológicas en su intento por decir el nombre (González & Hornauer-Hugues, 2014a). Por otro lado, la afasia transcortical sensorial en este aspecto comete los mismos errores que la primera

patología mencionada (González & Hornauer-Hughes, 2014a). Estos puntos se observan en las dificultades pre intervención, expresados en los corpus de texto siguientes:

Dificultades pre intervención

1. Dificultad para nombrar objetos cotidianos

E1: Algunas cosas, por ejemplo, lugares específicos en los que estoy en el momento.

A medida que pasa el tiempo voy recordando.

E2: A veces, en específico con medicamentos y acciones.

E3: Si, para artículos menos comunes y más difíciles. Como chaleco, naranja, etc.

2. Problemas para describir situaciones o imágenes

E1: A veces puedo describir, pero a veces me confundo y me olvido cosas.

E2: Sí me cuesta.

E3: No, puedo describir sin dificultades las imágenes.

Análisis

1. Dificultad para nombrar objetos cotidianos

En cuanto a esta subcategoría, en la entrevista pre intervención todos los participantes refieren tener dificultad para nominar, ya sea objetos, lugares o artículos. Esto concuerda con lo descrito por los autores González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes declaran que los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial presentan alteración para encontrar palabras.

2. Problemas para describir situaciones o imágenes

En esta subcategoría, E1 y E2 refieren un déficit en la tarea de descripción de imágenes, principalmente, porque se olvidan del nombre del objeto presentado, mientras que E3 indica no manifestar dificultad. Esto es concordante con lo descrito en la teoría por González & Hornauer-Hughes (2014a), la cual señala que las personas con afasia de Wernicke o transcortical sensorial evidencian un compromiso en el acceso a las palabras y pueden presentar parafasias. Lo expuesto se ve reflejado en la actividad mencionada anteriormente, ya que los entrevistados declaran que se confunden con los nombres de los objetos en el pictograma. Este punto presenta las respuestas con respecto a la nominación post intervención, expresados en los corpus de texto siguientes:

Dificultades post intervención

1. Dificultad para nombrar objetos cotidianos

E1: Ha disminuido, me doy cuenta, pero de repente tengo dificultades, pero reconozco más rápido.

E2: Sí, me cuesta en qué lugar está categorizado, las categorizaciones, pero puedo nombrar cosas cotidianas.

E3: Excelente, sin dificultades.

2. Problemas para describir situaciones o imágenes

E1: No tengo problemas.

E2: Sí me cuesta, las características, los objetos o personas.

E3: No, ningún problema.

Análisis

1. Dificultad para nombrar objetos cotidianos

De acuerdo con la entrevista post intervención, E2 refiere que sigue manifestando problemas al nominar, específicamente en la categorización, por lo que concuerda con lo expresado por González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes mencionan que existe dificultad para encontrar palabras y en reiteradas ocasiones los usuarios cometen parafasias. Por su parte, E1 y E3 han percibido un cambio positivo con respecto a sus respuestas anteriores.

2. Problemas para describir situaciones o imágenes

En cuanto a los resultados post, E2 refiere que aún evidencia limitaciones para dar características, ya sea al nombrar objetos o personas, lo cual coincide con lo declarado por González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes mencionan que los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial presentan parafasias fonémicas, semánticas y neológicas en su discurso. Mientras que E1 y E3 carecen de problemas en esta actividad. Por consiguiente, E1 expone mejoras, ya que en la entrevista pre señalan dificultades y posterior a la aplicación del programa REGIA manifiesta no tener complicaciones, sin embargo, E3 indica ausencia de compromiso al inicio y final de la intervención.

4.1.2 Repetición

En la afasia de Wernicke, la repetición se encuentra alterada por obstáculos en el procesamiento fonológico, debido a la discriminación auditiva (Berthier et al., 2011). Con respecto a la afasia transcortical sensorial, su característica particular es la conservación de este aspecto (Moreno Manso & García- Baamonde, 2003). Esto se ve observado en lo expresado por los entrevistados.

Dificultades pre intervención

E1: No tengo problema para repetir.

E2: Si, para repetir una palabra y me pasa en conversaciones normales o cotidianas.

E3: Si, se me dificulta para repetir en ocasiones, como, por ejemplo, cuando mi esposa me lo pide.

Dificultades post intervención

E1: No tengo problema.

E2: No me cuesta.

E3: No existe dificultad, puedo hacerlo perfecto.

Análisis Comparativo

En cuanto a esta subcategoría, en la entrevista pre intervención, E1 no tiene problemas en la repetición, lo que corrobora lo señalado por Moreno Manso & García-Baamonde (2003), quienes declaran que este aspecto se encuentra conservado en la afasia transcortical sensorial. Al contrario, E2 refiere una dificultad, por lo que no coincide con Moreno Manso & García-Baamonde (2003). Con relación a E3, él menciona una limitación, por ende, concuerda con Berthier (2011), quien establece que el parámetro está alterado en la afasia de Wernicke. Con respecto a las respuestas post aplicación, todos los usuarios refieren no presentar compromiso en la repetición, por lo que E1 y E2 cumplen con lo dicho por Moreno Manso & García-Baamonde (2003), en cambio, E3 que contrasta con lo expresado por Berthier (2011), lo cual indica una mejora en dos de tres participantes.

4.1.3 Lenguaje espontáneo

Conceptualmente, en la afasia de Wernicke el lenguaje espontáneo es fluido, abundante, sin producciones de esfuerzo y bien articulado (Berthier et al., 2011). Al contrario, la afasia transcortical sensorial es fluente y no informativa, con presencia de anomias, parafasias

fonémicas y semánticas (González & Hornauer-Hugues, 2014a). En esta subcategoría se observa en las dificultades pre intervención, planteados en los corpus textuales que se detallan a continuación:

Dificultades pre intervención

1. *Dificultades para decir oraciones de distintas metría.*

E1: No.

E2: Si, en conversaciones.

E3: Si, para oraciones largas como seguir instrucciones.

2. *Dificultades para expresar lo que quiere decir o lo que está pensando.*

E1: A veces me cuesta expresarme, cuando se me olvidan las cosas, pasa en cualquier momento.

E2: A veces, también en conversaciones cotidianas.

E3: Si, existen dificultades para expresar lo que quiero decir en situaciones donde el tema no me concierne tanto.

Análisis

1. *Dificultades para decir oraciones de distintas metría.*

En cuanto a esta subcategoría, en la entrevista pre intervención E1 refiere no presentar limitaciones para expresar oraciones de distinta metría, por lo que no concuerda con lo expresado por González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes señalan que la afasia transcortical sensorial es fluente, pero con presencia de anomia y parafasias. Por el contrario, E2 manifiesta déficit en este aspecto, concordando con lo dicho por González & Hornauer-Hughes (2014a). Asimismo, E3 indica una limitación, lo cual contrasta con lo establecido por Berthier (2011), que menciona que en la afasia de Wernicke hay un lenguaje fluido y sin esfuerzo.

2. *Dificultades para expresar lo que quiere decir o lo que está pensando.*

En esta subcategoría, en la entrevista pre intervención E1 y E2 declaran que en ocasiones evidencian alteraciones para expresar lo que quieren decir y lo que están pensando. Esto concuerda con lo mencionado por González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes señalan que la afasia transcortical sensorial es fluente y no informativa por la presencia de anomia y parafasias. Asimismo, E3 indica limitaciones en dicho aspecto, lo cual contrasta con lo

expresado por Berthier (2011), quien establece que la afasia de Wernicke tiene un lenguaje fluido, abundante y sin esfuerzo. Este punto expone los resultados de las dificultades post aplicación, presentados en los corpus de textos que se detallan a continuación.

Dificultades post intervención

1. *Dificultades para decir oraciones de distintas metría.*

E1: No.

E2: No.

E3: Sin dificultades, todo lo contrario.

2. *Dificultades para expresar lo que quiere decir o lo que está pensando*

E1: A veces sí, pero menos que antes, eso ha mejorado.

E2: Me cuesta, más cuando estoy nerviosa.

E3: Antes tenía dificultades, ahora me sigue pasando, hay cosas en que me enredo y me falta la palabra.

Análisis

1. *Dificultades para decir oraciones de distintas metría.*

De acuerdo con la entrevista post aplicación, todos los participantes declaran tener ausencia de limitaciones en esta subcategoría, por lo que E2 y E3 presentan progreso en comparación con lo expresado pre intervención. Por un lado, E2 contrasta con lo mencionado por González & Hornauer-Hugues (2014a), quienes señalan que la afasia transcortical sensorial es fluente y no informativa, con presencia de anomias, parafasias fonémicas y semánticas. Por otro lado, E3 concuerda con lo establecido por Berthier (2011), quien declara que la afasia de Wernicke tiene un lenguaje fluido, abundante y sin esfuerzo, mientras que E1 mantiene su postura.

2. *Dificultades para expresar lo que quiere decir o lo que está pensando.*

En cuanto a la entrevista post intervención, los tres usuarios indican que el déficit para expresarse en ocasiones se ha mantenido. Por ende, E1 y E2 concuerdan con González & Hornauer-Hugues (2014a), quienes declaran que en la afasia transcortical sensorial hay un lenguaje no informativo y puede haber presencia de parafasias. Asimismo, E3 contrasta con lo establecido por Berthier (2011), quien menciona que la afasia de Wernicke tiene un lenguaje fluido, abundante y sin esfuerzo.

4.1.4 Lectura Oral

En la afasia de Wernicke, González & Hornauer-Hugues (2014a) mencionan que la lectura oral se encuentra alterada al seguir el patrón del discurso verbal, lo que conlleva la expresión de paralexias fonéticas, semánticas y neológicas. Por el contrario, en la afasia transcortical sensorial este parámetro puede estar relativamente preservado (Berthier et al., 2011). A continuación, se exponen las dificultades pre y post intervención, expresadas por los entrevistados.

Dificultades pre intervención

E1: No me cuesta leer, pero leo lento.

E2: Logro leer en voz alta.

E3: No, no tengo dificultades.

Dificultades post intervención

E1: No me cuesta, leo más rápido que antes, voy mejorando.

E2: No, sí lo logró.

E3: No.

Análisis comparativo

Con respecto a la subcategoría de lectura oral, E3 expresa ausencia de dificultades, lo cual no es concordante por lo declarado en la teoría, pues según González & Hornauer-Hugues (2014a) en la afasia de Wernicke este parámetro se encuentra alterado, ya que puede existir paralexias fonéticas, semánticas y neológicas. En cambio, E1 y E2 manifiestan carecer de limitaciones, siendo respaldado por Bethier (2011), quién señala que la afasia transcortical sensorial preserva dicho ámbito, sin embargo, en la entrevista post intervención E1 indica leer más rápido que antes.

4.2 Lenguaje comprensivo

El lenguaje comprensivo es “la capacidad de comprender el lenguaje y adquirir el significado de las palabras” (Ministerio de Educación [MINEDUC], 2007, p. 10). Este punto se desglosa en reconocimiento de objetos, seguimientos de órdenes, comprensión oral y lectora.

4.2.1 Reconocimiento de objetos

En la afasia de Wernicke la característica más distintiva es la alteración de la comprensión (Berthier et al., 2011). Al igual que en la afasia transcortical sensorial, la comprensión auditiva y lectora se encuentra alterada (Moreno Manso & García Baamonde, 2003). A continuación, se exponen las dificultades pre y post intervención expresadas por los entrevistados.

Dificultades pre intervención

E1: No tanto como antes, pero aún no estoy al 100%.

E2: Logro entenderlos, sé que en la sala hay una mesa y un closet.

E3: No, no presenta dificultades.

Dificultades post intervención

E1: No se me dificulta tanto, reconozco cosas comunes.

E2: No, logro entender.

E3: No tengo problema.

Análisis comparativo

En el reconocimiento de objetos cotidianos, los tres usuarios mencionan no presentar complicaciones significativas, ya sea pre y post intervención. Lo cual indica que a pesar de que Berthier (2011) y González & Hornauer-Hugues (2014a) declaran alteraciones en la comprensión, esto no se ve reflejado para los participantes en lo que respecta a esta subcategoría.

4.2.2 Seguimiento de órdenes

González & Hornauer-Hugues (2014a) se refieren al seguimiento de órdenes como el deber de cumplir varias de estas referidas a su cuerpo o al medio ambiente. Con respecto a esto, González & Hornauer-Hugues (2014a) declaran que las personas con afasia de Wernicke y transcortical sensorial tienen dificultad significativa en palabras, oraciones y discurso. A continuación, se exponen las dificultades pre y post intervención expresadas por los entrevistados.

Dificultades pre intervención

E1: Si logro entender y realizar lo que me piden, pero al principio me cuesta y a medida que pasa el tiempo le agarro el ritmo.

E2: Tal vez.

E3: Sí, tengo dificultad para entender instrucciones cuando son largas.

Dificultades post intervención

E1: Las entiendo mucho más.

E2: Sí, logro entenderlas.

E3: Hay cosas que sí, si es muy largo, pero la lógica está bien, entreno todos los días.

Análisis comparativo

En comprensión de órdenes, E1 indica que, si logra comprender, pero de manera más lenta, E2 menciona que no consigue entender y E3 presenta dificultad en instrucciones largas. Todos los usuarios concuerdan con lo descrito por los autores González & Hornauer-Hugues (2014a), que declaran que las personas con afasia de Wernicke y transcortical sensorial tienen una limitación significativa en palabras, oraciones y discurso al momento de seguir una orden. Luego, post intervención los tres usuarios entienden mejor que al inicio del programa, por lo que mejoraron en este aspecto.

4.2.3 Comprensión Oral

Conceptualmente, en la afasia de Wernicke y transcortical sensorial presentan dificultades significativas a nivel de palabras, oraciones y discurso, siendo el último el menos alterado en la segunda patología mencionada (González & Hornauer-Hughes, 2014a). En este punto se manifiestan las respuestas previas a la intervención, las cuales están reflejadas en los siguientes conjuntos de textos:

Dificultades pre intervención

1. *Dificultad para entender oraciones cortas*

E1: No, pero cada vez voy comprendiendo mejor.

E2: No me cuesta entender oraciones cortas.

E3: No, no tengo dificultades.

2. *Dificultad para entender oraciones largas*

E1: No tanto, pero a medida que va pasando el tiempo lo voy comprendiendo mejor.

E2: Sí me cuesta, en conversaciones cotidianas y en otros momentos.

E3: Si, me complica cuando son demasiado largas.

3. *Dificultades para entender ciertas palabras durante una conversación*

E1: Entiendo casi todo, como el 90% de lo que están hablando.

E2: No.

E3: Si, aún más con los modismos.

4. *Dificultad para entender los modismos o jergas*

E1: No, las voy recordando todas.

E2: No me cuesta, las entiendo.

E3: Si, porque son palabras nuevas creadas principalmente por los jóvenes.

Análisis

1. *Dificultad para entender oraciones cortas*

Con respecto a esta subcategoría, en la entrevista pre intervención los tres entrevistados coinciden en no presentar problemas para entender oraciones de corta longitud. Lo que contrasta con lo expuesto por González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes declaran que hay dificultad para comprender enunciados.

2. *Dificultad para entender oraciones largas*

En la entrevista pre intervención del programa, los tres entrevistados concuerdan en presentar dificultades para entender oraciones largas. Esto reafirma lo expuesto por González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes declaran que tanto en afasia de Wernicke como en la transcortical sensorial hay limitaciones significativas de comprensión oral en palabras y enunciados.

3. *Dificultades para entender ciertas palabras durante una conversación*

Los entrevistados E1 y E2 manifiestan que no tienen dificultades para comprender una conversación, lo cual se contrasta con lo declarado por los González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes declaran que hay dificultad para entender palabras y oraciones. Esto se debe a que los participantes han estado antes en terapia individual trabajando la comprensión. Sin embargo, E3 indica que, si presenta problemas, concordando con los autores mencionados.

4. *Dificultad para entender los modismos o jergas*

En esta subcategoría, los primeros entrevistados (E1 y E2) indican no tener problemas de comprensión de jergas. Al realizar la entrevista post intervención, se repiten las mismas declaraciones, lo cual contrasta con lo dicho por González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes señalan que los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial presentan dificultad para entender palabras y oraciones. Sin embargo, E3 declara que sí evidencia limitaciones para comprender los modismos, siendo coherente con lo expuesto con los autores mencionados. En este punto se manifiestan las respuestas posteriores a la aplicación del programa, las cuales se encuentran reflejadas en los siguientes conjuntos de textos:

Dificultades post intervención

1. *Dificultad para entender oraciones cortas*

E1: Me cuesta entender, pero entiendo mucho más que antes, un 90%.

E2: No me cuesta.

E3: No tengo, pero puede pasar.

2. *Dificultad para entender oraciones largas*

E1: Entiendo más que antes, un 85% de lo que la gente dice.

E2: Sí me cuesta, en conversaciones.

E3: No me cuesta.

3. *Dificultades para entender ciertas palabras durante una conversación*

E1: Entiendo bien lo que dicen, estoy hablando bien con la otra gente.

E2: Entiendo todo.

E3: Si, en una conversación hay cosas que no entiendo, aunque un poco mejor.

4. *Dificultad en entender los modismos o jergas*

E1: Los entiendo todos.

E2: No, lo entiendo.

E3: Los entiendo.

Análisis

1. *Dificultad para entender oraciones cortas*

En la entrevista post intervención, se mantienen las respuestas de no presentar problemas al comprender oraciones cortas, lo que se contrasta con lo declarado por González & Hornauer-Hughes (2014a), ya que mencionan que en ambas afasias existe alteración en la comprensión de enunciados.

2. *Dificultad para entender oraciones largas*

En la entrevista post intervención, por un lado, E1 y E3 manifiestan que disciernen mejor que antes y que no se les dificulta entender enunciados, por lo que posterior a la aplicación del programa REGIA hay una mejora y no se evidencia concordancia con González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes declaran que hay alteración en la comprensión de oraciones. Por otro lado, E2 sigue manteniendo la limitación, sobre todo en las conversaciones, coincidiendo con los autores.

3. *Dificultades para entender ciertas palabras durante una conversación*

Con respecto a la entrevista post intervención, E1 y E2 carecen de avances notorios al captar ciertas palabras en un diálogo, por ende, discrepan con lo expuesto por González & Hornauer-Hughes (2014a), pues declaran que existen alteraciones en la comprensión oral. Sin embargo, E3 indica tener problemas para entender una conversación por lo que concuerda con los autores mencionados.

4. *Dificultad en entender los modismos o jergas*

En la entrevista post intervención, E1 y E2 siguen manteniendo sus respuestas pre aplicación, pues ambos entienden los modismos, por lo cual no hay mejoras en este aspecto luego de la rehabilitación. Sin embargo, E3 refiere que, si interpretan las jergas, ya que presentó un avance. Esto contrasta con lo expuesto por González & Hornauer-Hughes (2014a), quienes mencionan que hay dificultades para comprender palabras.

4.2.4 Comprensión lectora

Con respecto a esta subcategoría, en la afasia de Wernicke la comprensión de lectura se ve comprometida en oraciones, aunque no así las palabras aisladas (González & Hornauer-Hughes, 2014a). Asimismo, al igual que la anterior patología en la afasia transcortical sensorial este aspecto se encuentra alterado (Moreno Manso & García Baamonde, 2003). A continuación, se exponen las dificultades pre y post intervención, expresadas por los entrevistados.

Dificultades pre intervención

E1: Sí comprendo lo que va leyendo, no al 100% pero entiendo la idea del texto.

E2: Sí entiendo lo que estoy leyendo.

E3: Si, se me dificulta cuando la información del texto no es de mi conocimiento, entonces no puedo seguir el hilo.

Dificultades post intervención

E1: Entiendo mucho más, ahora quiero leer cosas distintas y un poco más difíciles.

E2: Más o menos, es que comienzo bien y después me pierdo.

E3: Sí lo entiendo, leo el diario.

Análisis comparativo

Con respecto a la comprensión lectora, por un lado, E1 menciona que comprende, pero no del todo, al igual que E3 exponiendo que se le dificulta seguir el hilo del texto. Esto es concordante con lo expuesto por los autores González & Hornauer-Hugues (2014a), quienes expresan que en ambas afasias se ve alterada este parámetro. Posterior a la intervención, los E1 y E3 afirman que entienden lo que leen, y declaran leer diariamente. Por otro lado, E2 carece de mejoras en esta subcategoría.

4.3 Comunicación

La comunicación es un “proceso mediante el cual transmitimos y recibimos datos, ideas, opiniones y actitudes para lograr comprensión y acción” (Petroni, 2021, p. 188). Este aspecto se desglosa en fluidez y comunicación con desconocidos y familiares.

4.3.1 Fluidez

En la afasia de Wernicke el discurso es fluente y abundante, sin dificultad articulatoria y jergas ininteligibles (Martinell, 2013), pero puede presentar paragramatismo y parafasias (Berthier et al., 2011). Por su parte, en la afasia transcortical sensorial el habla es espontánea y fluida, aunque con presencia de neologismos, anomias y parafasias (Moreno Manso & García-Baamonde, 2003). En este punto se manifiestan las dificultades previas a la intervención, las cuales se encuentran reflejadas en los siguientes textos:

Dificultades pre intervención

1. Dificultad en hablar fluidamente o de manera seguida

E1: Me cuesta un poquito, pero no tanto como antes, he ido avanzando en eso.

E2: Regular, a veces me trabo.

E3: Generalmente no.

2. Cuando está conversando con otra persona, ¿siente que esta persona le entiende con facilidad o debe repetir varias veces lo que dice?

E1: Entienden lo que hablo, aunque no hablo tanto con gente, solo con amigos, mi mamá y papá.

E2: Tengo que repetir lo que digo.

E3: Si, ocasionalmente me entienden.

3. Problemas para respetar los turnos de habla en una conversación

E1: Ahora no tengo problemas, sé que tengo que tomar un tiempo para que la persona hable y después yo, pero a veces hablo hartito e interrumpo a los demás.

E2: No tengo problemas para respetarlos.

E3: No tengo dificultad.

Análisis

1. Dificultad en hablar fluidamente o de manera seguida

En esta subcategoría, los dos primeros entrevistados (E1 y E2) reportan dificultades, lo cual coincide con lo señalado por los autores Moreno Manso & García-Baamonde (2003) sobre la afasia transcortical sensorial, quienes declaran que se caracteriza por la existencia de neologismos, anomias y parafasias. Sin embargo, E3 afirma la ausencia de problemas para hablar con fluidez, lo que concuerda con la descripción de Martinell (2013) con respecto a la afasia de Wernicke, pues señala que no se presentan limitaciones articulatorias, ni jergas ininteligibles.

2. Cuando está conversando con otra persona, ¿siente que esta persona le entiende con facilidad o debe repetir varias veces lo que dice?

Con respecto a esta subcategoría, los participantes E1 y E3 mencionan que cuando conversan con las personas los logran entender, esto se respalda con lo expuesto por Martinell

(2013), Berthier (2011) y Moreno Manso & García-Baamonde (2003), pues declaran que hay un lenguaje fluido y espontáneo en estos usuarios. No obstante, E2 manifiesta que debe repetir lo que dice al momento de conversar, lo cual concuerda con lo expresado por Moreno Manso & García-Baamonde (2003), quienes declaran que hay un habla fluida, pero con anomia, neologismos y parafasias.

3. Problemas para respetar los turnos de habla en una conversación

En esta subcategoría, todos los entrevistados concuerdan en que respetan los turnos de una conversación. Esto corrobora lo declarado por Martinell (2013), Berthier et al. (2011) y Moreno Manso & García-Baamonde (2003), quienes exponen que tanto la afasia de Wernicke como la transcortical sensorial presentan un habla espontánea y fluida. Por ende, los usuarios no manifiestan mayor dificultad en este parámetro. En el siguiente punto se presentan los resultados post intervención, expresados en los corpus de texto siguientes:

Dificultades post intervención

1. Dificultad en hablar fluidamente o de manera seguida

E1: Ahora hablo más fluido.

E2: Me trabo, pero solo a veces.

E3: Me trabo un poco, pero en general bien.

2. Cuando está conversando con otra persona, ¿siente que esta persona le entiende con facilidad o debe repetir varias veces lo que dice?

E1: Cuando hablo con mi papá, mamá y sobrina me entienden todo lo que digo, no necesito repetir.

E2: Tengo que repetir lo que digo.

E3: No tengo problemas, pero no con toda la gente.

3. Problemas para respetar los turnos de habla en una conversación

E1: Los respeto.

E2: No, los respeto.

E3: No, los respeto.

Análisis

1. Dificultad en hablar fluidamente o de manera seguida

Posterior a la intervención del programa todos los entrevistados exponen que ahora hablan sin dificultad con presencia de algunos errores. Lo cual tiene sentido con lo declarado por Martinell (2013), Berthier (2011) y Moreno Manso & García-Baamonde (2003), ya que estos declaran que hay un lenguaje fluido, pero puede existir paragramatismo, anomia, parafasias y neologismos según su tipo de afasia.

2. *Cuando está conversando con otra persona, ¿siente que esta persona le entiende con facilidad o debe repetir varias veces lo que dice?*

En la aplicación de la entrevista post intervención E1 y E3 mantienen lo declarado anteriormente, sin presentar cambios, lo que concuerdan con Martinell (2013), Berthier (2011) y Moreno Manso & García-Baamonde (2003), ya que estos declaran que hay un lenguaje fluido, lo que permite que las personas entiendan el momento de una conversación. En cambio, E2 posterior al programa manifiesta que debe repetir, no presentando mejoras, por ende, concuerda con Moreno Manso & García-Baamonde (2003), quienes señalan que a pesar de tener un lenguaje fluido este se ve interferido por anomia, parafasias y neologismos.

3. *Problemas para respetar los turnos de habla en una conversación*

En la entrevista post intervención, se mantiene lo declarado por los participantes, al no tener problemas de respetar turnos. Esto concuerda con los autores Berthier (2011), Martinell (2013) y Moreno Manso & García-Baamonde (2003), ya que señalan que existe un lenguaje fluido que no presenta alteraciones en las normas de una conversación.

4.3.2 Comunicación con desconocidos y familiares

Uno de los principales aspectos que se ve afectado en las afasias es el ámbito lingüístico en contextos comunicacionales diversos, debido a su afectación en la reiteración de palabras y oraciones, comprensión auditiva y lectoescritura (Olivares, 2021). Estos son más frecuentes en la afasia de Wernicke, mientras que en la transcortical sensorial existe una excepción con respecto al parámetro de la repetición, que se encuentra conservado (Olivares, 2021). En este punto se presentan los resultados pre intervención, expresados en los corpus de texto siguientes:

Dificultades pre intervención

1. *Problemas para comunicarse con el vendedor*

E1: No tengo problemas, hace un tiempo atrás tenía problemas para comprar, pero ya no, compro en cualquier lado, en supermercados.

E2: No, en general bien.

E3: A veces presento dificultad, por eso, prefiere no hacerlo.

2. *Dificultades para comunicarse con personas desconocida*

E1: No he hablado con tanta gente de la calle, pero no me ha costado cuando me ha tocado hablar con alguien.

E2: Sí me cuesta.

E3: No, puedo comunicarme sin problemas con personas desconocidas.

3. *Dificultades para comunicarse con personas conocidas o familiares*

E1: No.

E2: Sí me cuesta comunicarme con personas conocidas o de familias, me cuesta más comunicarse con su hermana.

E3: Me cuesta comunicarme cuando son grupos de personas ya sea conocidas o no, si la comunicación es solo con una persona todo bien.

Análisis

1. *Problemas para comunicarse con el vendedor*

Con respecto a esta subcategoría, los entrevistados E1 y E2 no evidencian dificultades al comunicarse en el contexto de realizar una compra por sí solos, por lo que contrasta con Olivares (2021), quien declara que una de las principales alteraciones de estas afasias es la comunicación, pues en este parámetro no se ve reflejado para estos usuarios. Sin embargo, E3 sí presenta compromiso en dicho ámbito, concordando con lo expuesto con el autor mencionado, ya que hay una limitación.

2. *Dificultades para comunicarse con personas desconocida*

En esta subcategoría, E1 declara que no suele hablar con personas que no conoce, pero no se le dificulta, al igual que E3 quien tampoco tiene problemas, evidenciando una diferencia con lo declarado por Olivares (2021), que establece que la principal alteración es la comunicación. Sin embargo, E2 manifiesta que sí presenta limitaciones para comunicarse con desconocidos, concordando con lo expuesto por el autor.

3. *Dificultades para comunicarse con personas conocidas o familiares*

Con respecto a esta subcategoría, por un lado, los entrevistados E2 y E3 declaran complicaciones para comunicarse con ciertas personas o en grupos, lo cual es respaldado con lo expuesto por Olivares (2021), quien declara que existe una limitación en este aspecto debido a su diagnóstico. Por otro lado, E1 refiere interactuar sin problemas con su familia o conocidos, por lo que contrasta con lo expresado por Olivares (2021), que establece que hay alteración en dicho ámbito. En el siguiente punto se presentan los resultados post intervención, expresados en los corpus de texto siguientes:

Dificultades post intervención

1. *Problemas para comunicarse con el vendedor*

E1: No me cuesta, voy a comprar solo.

E2: Siempre me acompañan a comprar. Si voy sola me cuesta.

E3: Sin problemas, no me cuesta comunicarse.

2. *Dificultades para comunicarse con personas desconocida*

E1: Me comunico mucho mejor, se me hace más fácil, todo bien.

E2: Me cuesta un poco, pero no tanto.

E3: Sin problemas.

3. *Dificultades para comunicarse con personas conocidas o familiares*

E1: Todo bien, me entienden.

E2: Con mi esposo me entiendo bien, pero con mi hija no.

E3: Sí me cuesta, sobre todo cuando hay una reunión y son muchas personas.

Análisis

1. *Problemas para comunicarse con el vendedor*

En la entrevista post intervención, E2 presenta complicaciones, por lo que no refiere avances y es concordante con lo expresado por Olivares (2021), quien declara que hay dificultad en contextos comunicacionales. Además, E3 expresa que sí hay mejoras en cuanto a la comunicación, por lo que contrasta con lo expuesto por el autor y E1 mantiene su respuesta.

2. *Dificultades para comunicarse con personas desconocida*

En la entrevista post intervención, E1 y E2 indican avances, ya que se le hace facilita el comunicarse, por lo que contrasta con lo expuesto por Olivares (2021), quien expone dificultades en contextos comunicacionales. Además, E3 no declara mejoras tras la aplicación del programa en este aspecto.

3. *Dificultades para comunicarse con personas conocidas o familiares*

Posterior a la intervención del programa, por un lado, E2 declara que se entiende mejor con sus familiares, por lo que se evidencian mejoras, esto contrasta con lo expuesto por Olivares (2021), quien expone dificultades en contextos comunicacionales. Por otro lado, E1 y E3 no declaran progresos.

Resultados de entrevista en profundidad sobre la percepción del programa REGIA

Los resultados presentados corresponden a las respuestas obtenidas de los participantes en la entrevista en profundidad sobre la percepción de los usuarios del programa REGIA. Esta se divide en 3 preguntas, que se presentan a continuación:

1. *¿Cómo fue su experiencia con este programa REGIA? ¿Qué impresiones tiene con respecto a la dinámica grupal que tienen sus actividades? Especifique*

E1: Cuando hacemos las preguntas y leer super bien y cuando llego a la casa siento el cuerpo regulado e igualado, me sirve para dormir bien y me hace super bien. Con respecto a las sesiones cuando son largas llego cansado a la casa, solo me paso en una sesión, pero los otros días no. Me gustó que fuera en grupo, mejor estar con más gente que solo.

E2: Me gustó, me sentí cómoda durante el programa. Me gustó trabajar en grupo, se me hizo más fácil participar y comunicarse con personas que no conocía.

E3: Es super importante poder entender y darse entender, sobre todo con respecto a lo que se planteó y por las dificultades que presentamos, porque a veces no entendemos con la misma facilidad. Me gustó el programa, ojalá fuera permanente, durante más meses del año y más días, y que otros puedan probarlo, porque algunos no tienen la posibilidad y las personas se enojan cuando no les entendemos. Las actividades fueron

super atingentes a las dificultades que nosotros tenemos, y que pueda atenderse más. Me gusta la dinámica grupal, uno aprende mejor y aprendes al escuchar a los demás.

Análisis comparativo

A modo de análisis y con respecto a esta pregunta, los tres entrevistados coinciden que el programa REGIA fue efectivo, les agrado bastante y se sintieron cómodos. En este sentido, les funcionó la modalidad grupal, ya que les da la posibilidad de interactuar con gente desconocida, pero que comparten las mismas dificultades al momento de comunicarse. Además, les ayudó a aprender mejor a adaptarse y participar en las dinámicas.

2. *¿Qué ventajas y desventajas cree que tiene este programa REGIA en cuanto a su estructura, contenidos, actividades y aplicación? ¿Tiene algunas sugerencias para modificar los procedimientos de aplicación del programa? Especifique cuáles.*

E1: Me gustó todo, lo único que no me gustó fueron los días extensos porque llego cansado, pero el horario estaba bien, todos los días era mucho, pero para este programa estaba bien con la cantidad de días.

E2: Lo bueno es que logré participar en todo, las actividades eran fáciles y difíciles, el tiempo me gustó. Me gustaría que fueran más sesiones, alrededor de 15 sesiones. No tengo ninguna sugerencia.

E3: Las ventajas es que podemos entender cómo vamos apoyados para las dificultades que nosotros tenemos, ustedes me han creado una metodología por cierto período, que ojalá pudiera extenderse y va a ayudar a que los jóvenes entiendan y sepan que hay muchas personas que tenemos esta dificultad. Me gustaría que las sesiones fueran con más tiempo, pero sería mejor en la mañana, dividir un poco en la mañana y un poco en la tarde. Algo que no me gusta tanto es que hace que sea una jornada fuerte con muchas horas, si fuese en la mañana sería más llevadero y las capacidades serían mejores, entonces que fuera más días y con más espacio, hacer más, un poco en la mañana y un poco en la tarde.

Análisis comparativo

En esta categoría, dos de los tres entrevistados coincidieron en que la aplicación de este programa debería ser más de diez sesiones, a excepción de uno que mencionó que estaba bien la cantidad. También, todos concuerdan en que el número de horas por sesión son adecuadas,

ya que cuando se extienden llegan agotados a sus hogares. Además, un participante expresó que el horario podría ser durante la mañana, ya que se tiene mayor energía en ese período.

3. *¿Qué cambios ha notado usted respecto a la comunicación con su familia o su círculo cercano? ¿Le han realizado comentarios respecto a sus mejoras? Ejemplifique cuales.*

E1: La actividad física se me fue mejorando, se me igualó un lado con el otro cuando hacíamos los trabajos. Con respecto a la comunicación la gente me dice que estoy mejor, estoy hablando más fluido y rápido, puedo hablar con gente que no conozco sobre temas que me interesan y a medida que va pasando el tiempo siento más confianza en mí.

E2: Quiero decir que yo me comunico más que antes y que me he dado a entender. Mi familia me dice que, tal vez era probable que en categorías fomenté más el uso de palabras, ahora converso más. Me da más confianza.

E3: Sí mejoré, he ido aumentando el crecimiento y estoy mejorando cosas de la mente, pero todavía falta. He mejorado en la comunicación, el entender y el poder expresar que todos tenemos distintas dificultades. Mi familia, en especial mi hija, me ha dicho que he tenido muchos cambios buenos y lo valoran mucho, va mejorando la comunicación con otras personas.

Análisis comparativo

Con respecto a la comunicación, los entrevistados coinciden que las conversaciones cotidianas son mucho más fáciles de llevar a cabo, siendo fluidas, con un mayor léxico y facilitando la comprensión de las demás personas. Además, todos expresan que tienen una mejor intención comunicativa. Estas apreciaciones reflejan progresos no solo en la comunicación, sino también en el lenguaje comprensivo y expresivo.

Todos los usuarios coinciden en que han experimentado beneficios en los ámbitos sociales, lo que les ha facilitado conversar con personas desconocidas. Uno de los entrevistados menciona que esta intervención le ayudó a ejercitar la actividad física, mejorando ciertos aspectos de su hemiparesia del lado derecho. Por último, es fundamental destacar el impacto positivo del programa REGIA en la comunicación percibido por el entorno familiar de uno de los participantes, ya que han notado cambios favorables en este ámbito.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En el siguiente capítulo, se discutirán los resultados obtenidos a partir de las respuestas según la percepción de los usuarios con afasia de Wernicke y Transcortical Sensorial del Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV) previo y posterior a la aplicación del programa REGIA. Esto se contrastará con las investigaciones previas mencionadas en el capítulo dos correspondiente al marco teórico, incorporando también otros aportes de investigaciones actuales, que se compararon con los resultados del presente estudio. Mediante esta investigación, se pretendió determinar los efectos percibidos por los usuarios con afasia de Wernicke o afasia Transcortical, pertenecientes al Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV), sobre su rendimiento del lenguaje y de la comunicación, posterior a la intervención con el programa REGIA durante el año 2024.

En primer lugar, en la subcategoría de nominación, en la entrevista pre intervención del programa todos los entrevistados refieren tener dificultades para nominar, lo que concuerda con lo declarado por González & Hornauer-Hugues (2014a), quienes mencionan que la afasia de Wernicke y transcortical sensorial presentan dificultad para encontrar palabras y en reiteradas ocasiones cometen parafasias fonémicas, semánticas y neológicas en su intento por decir el nombre. Luego, posterior a la aplicación, dos de tres participantes exponen mejoras positivas en comparación con las respuestas anteriores, tanto en nominación de objetos como en descripción de imágenes. Es por esto que podemos declarar que la participación en el REGIA tiene un efecto positivo en este aspecto en los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial.

Con respecto a la repetición, por un lado en la entrevista pre intervención del REGIA, dos de tres participantes declaran problemas para repetir, lo que concuerda con lo expuesto por Berthier et al. (2011), quien declara que la afasia de Wernicke presenta dificultades en este aspecto por obstáculos en el procesamiento fonológico. Posterior a la aplicación del programa todos los entrevistados refieren avances, pues no presentan limitaciones en esta categoría. Esto quiere decir que la rehabilitación tiene mejoras en la siguiente subcategoría según la percepción de los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial.

En relación al lenguaje espontáneo, en la entrevista pre intervención de esta rehabilitación los entrevistados refieren presentar limitaciones para expresar oraciones de distintas metrías,

debido a la existencia de parafasias semánticas. Lo que concuerda con Berthier et al. (2011), quien menciona que en la afasia de Wernicke el lenguaje espontáneo es fluido, abundante, sin producciones de esfuerzo y bien articulado, al igual que lo descrito por González & Hornauer-Hugues (2014a), quienes exponen que la afasia transcortical sensorial es fluente y no informativa, con presencia de anomias, parafasias fonémicas y semánticas. Posterior a la aplicación del programa, los tres participantes declaran no manifestar dificultades, es por esto que el programa REGIA tiene mejoras para la expresión de enunciados cortos y largos según la percepción de los usuarios.

En cuanto a la lectura oral, en la entrevista pre intervención, los tres participantes refieren lograr leer en voz alta, es por esto que los entrevistados con afasia transcortical sensorial concuerdan con lo mencionado por Berthier et al. (2011), quien dice que el parámetro está preservado, sin embargo el usuario con afasia de Wernicke no concuerda con lo mencionado por González & Hornauer-Hugues (2014a), quienes exponen que este aspecto se encuentra alterada, lo que se puede deber a que el participante asistía a terapia individual antes de la implementación de esta rehabilitación. Luego, posterior a la aplicación se mantienen las respuestas dichas previamente, incluso una de las personas expresa hacerlo más rápido. Entonces, el programa REGIA según los usuarios no tiene mejoras en la lectura oral, pero si la entrenan y aumentan la rapidez.

En el de reconocimiento de objetos según las entrevistas realizadas pre y post intervención, los participantes señalaron no experimentar alteraciones en esta subcategoría a pesar de su alteración comprensiva. Esto no contrasta con lo señalado por Berthier (2011), quienes afirman que, en las afasias de Wernicke, este parámetro suele estar alterado debido a las limitaciones en la comunicación. De manera similar y Moreno Manso & García Baamonde (2003) menciona que en la afasia transcortical sensorial se observan dificultades en la comprensión auditiva y lectora. Entonces, con el programa REGIA de acuerdo con los usuarios no se expusieron mejoras notables, al no tener problemas en la identificación de objetos.

En la subcategoría de seguimiento de órdenes, en la entrevista pre intervención señalan que presentan dificultades en este parámetro, concordando con González & Hornauer-Hugues (2014a) quienes declaran que las personas con afasia de Wernicke y transcortical sensorial manifiestan dificultad significativa en palabras, oraciones y discurso. Después, post aplicación los tres usuarios logran entender de mejor manera en comparación con el inicio del programa,

por lo que mejoran la comprensión y seguimiento de órdenes, dejando en claro que REGIA logra mejoras efectivas en estos aspectos.

En cuanto a la comprensión oral, en primer lugar, de acuerdo con la comprensión de oraciones cortas, en la entrevista pre como post intervención, los participantes no presentan dificultades. Esto contrasta con lo señalado por González y Hornauer-Hughes (2014a), quienes afirman que ambas afasias implican alteraciones en la comprensión de enunciados. En segundo lugar, respecto a la comprensión de oraciones largas, todos los sujetos manifiestan problemas, lo que reafirma lo expuesto por los autores mencionados. Sin embargo, en la entrevista posterior, dos de los usuarios reportan mejoras, en tanto que uno de ellos conserva sus limitaciones. En tercer lugar, acorde a la comprensión durante una conversación, inicialmente, dos personas declaran no presentar obstáculos, lo cual no concuerda con lo mencionado por González y Hornauer-Hughes (2014a), los que destacan la presencia de complicaciones para entender palabras y oraciones. Por su parte, el tercer individuo reconoce tener dificultades desde el inicio. Posteriormente, dos de los entrevistados muestran avances, discrepando con lo planteado por los autores, mientras que uno de ellos mantiene sus impedimentos, coincidiendo con lo indicado por González y Hornauer-Hughes.

Finalmente, en cuarto lugar, respecto al entendimiento de jergas y modismos, en la entrevista pre y post intervención, los dos primeros individuos mencionan no evidenciar problemas, lo que contrasta con lo señalado por González y Hornauer-Hughes (2014a), quienes afirman que los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial presentan obstáculos para comprender palabras y oraciones. Por su parte, el tercer participante expresa en la entrevista pre intervención dificultades para entender modismos, lo que coincide con lo planteado por los autores; sin embargo, posterior al programa muestra avances. Se concluye que la aplicación del REGIA es efectiva para mejorar la comprensión de oraciones largas, el desarrollo de conversaciones y el entendimiento de jergas o modismos según la percepción de los entrevistados. Por su parte, no se observaron cambios significativos en la comprensión de oraciones cortas, dado que no era un área afectada.

En cuanto a la comprensión lectora pre intervención dos de los usuarios refieren que comprenden pero tienen ciertas dificultades. Esto es concordante con lo expuesto por los autores González & Hornauer-Hugues (2014a), quienes declaran que en ambas afasias se ve alterado este parámetro, mientras que el tercero expresa no tener limitaciones. En la entrevista

post aplicación afirman que entienden lo que leen, y expresan leer diariamente comprobando la efectividad del programa REGIA en esta subcategoría.

Con respecto a la subcategoría de fluidez en la entrevista pre intervención los tres usuarios refieren no presentar limitaciones en este parámetro, ya sea en conversaciones con otras personas y en respetar los turnos de habla, sin embargo, en habla fluida indican dificultades para nombrar ciertos elementos, lo cual concuerda con lo mencionado por Martinell (2013), Berthier (2011) y Moreno Manso & García-Baamonde (2003), pues declaran que ambas afasias presentan un habla espontánea y fluida, pero puede haber presencia de paragramatismo y parafasias. En post aplicación se mantiene la misma postura de sus respuestas anteriores en el ítem de conversación con personas y turnos de habla, mientras que en habla fluida todos mencionan presentar progresos, es por esto que REGIA logra efectividad para este indicador.

En la subcategoría de comunicación con desconocidos y familiares en la entrevista pre intervención los usuarios indican presentar dificultades para comunicarse con ciertas personas o en grupos, concordando con lo declarado por Olivares (2021) quien menciona que uno de los principales aspectos que se ve afectado en las afasias es el ámbito lingüístico en contextos comunicacionales diversos, debido a su afectación en la reiteración de palabras y oraciones, comprensión auditiva y lectoescritura. En post aplicación los entrevistados presentan avances en cuanto a la comunicación con desconocidos, esto se contrasta con lo descrito con el autor ya mencionado, aunque en conversaciones con su contexto familiar dos de los tres participantes destaca se entiende mejor, por lo que se evidencian mejoras, lo cual no coincide con lo expuesto por Olivares (2021), mientras que uno no refiere progreso, ya que no presenta limitaciones en el apartado. Por lo tanto, el programa REGIA tiene efectividad y beneficios con respecto a estos elementos de comunicación.

Con respecto a la entrevista en profundidad sobre la percepción del programa REGIA, primeramente, todos los usuarios refieren tener una buena experiencia, considerando su aplicación efectiva y declaran que la modalidad grupal funciona, pues les da la oportunidad de interactuar con gente desconocida, adaptarse y participar en las diferentes dinámicas. Además, los participantes coinciden en que la cantidad de sesiones y la duración de esta es efectiva. Por último, los entrevistados expresan que presentan facilidad en sus conversaciones cotidianas, puesto que son más fluidas, con mayor léxico y una mejor comprensión a lo dicho por la otra persona, así mismo exponen una óptima intención comunicativa que antes de la aplicación. También, dejan en claro que REGIA brinda beneficios en los aspectos sociales, ya que los

incita a conversar con personas desconocidas y asimismo tiene un impacto positivo en la comunicación con su entorno familiar.

Lo descrito con anterioridad, se corrobora con lo expresado por Berthier et al. (2014), quien declara que la REGIA aumenta la fluidez verbal, contenido informativo y las capacidades del paciente para comunicarse en conversaciones cotidianas. Además, al compartir con personas desconocidas concuerda por lo establecido por Berthier et al. (2014), el cual expresa que esta rehabilitación mejora la integración social, reduce el aislamiento y ayuda en la esfera emocional y en la calidad de vida del usuario. Por último, estos resultados concuerdan con Takato et al. (2022), ya que este programa alienta a los entrevistados a comunicarse tanto en contexto terapéutico como en su cotidianidad, lo que se ve reflejado en la mayor intención comunicativa que tienen los entrevistados.

En resumen, los principales resultados positivos de la aplicación del programa REGIA en personas con afasia de Wernicke y transcortical sensorial son prioritariamente en el lenguaje expresivo, especialmente en la nominación de objetos y en la repetición. Además, les ayuda a mejorar la comprensión, en específico el seguimiento de órdenes, el entendimiento de oraciones largas y la comprensión lectora. Además, trae beneficios en la comunicación con personas conocidas y desconocidas. Esto se relaciona con lo declarado por Berthier et al. (2014), quien señala que esta rehabilitación promueve la producción y comprensión de palabras frecuentes, facilita el acceso a la nominación y comprensión de sustantivos y verbos. También se relaciona con lo dicho por Takato et al. (2022), quien establece que la REGIA mejora la nominación y el nivel de lenguaje hablado espontáneamente en el mundo real y en la vida cotidiana.

Para finalizar, cabe recalcar que durante la aplicación del programa REGIA se realizaban cuatro o cinco rondas por sesión, ya sea de solicitar o proponer según corresponda, y al finalizar cada una se llevaban a cabo actividades para fortalecer lo aprendido y otros aspectos, tales como nombrar las palabras aprendidas sin ayuda visual, formular oraciones con estas palabras, escribir enunciados simples, entre otras. Esto basado en lo establecido por Berthier et al. (2014), quien refiere que el terapeuta es el responsable de adaptar la terapia progresivamente a medida que los pacientes avanzan, sin dejar de lado los procedimientos adecuados que permiten aplicar la rehabilitación.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN

En este apartado se presentan las conclusiones de la investigación. El objetivo general del presente estudio fue determinar los efectos percibidos por los usuarios con afasia de Wernicke o afasia transcortical sensorial, pertenecientes al Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV), sobre su rendimiento del lenguaje y de la comunicación, posterior a la intervención con el programa REGIA durante el 2024. Ello con el fin de observar si existen cambios y avances en los parámetros mencionados mediante una rehabilitación grupal intensiva con dos tipos de afasia similares, pues según lo expuesto por Berthier (2011) se ha comprobado la efectividad de la intervención con REGIA en el tratamiento lingüístico de las personas afásicas, promoviendo el reaprendizaje de palabras frecuentes en la vida diaria, ya sea en la producción o en la interacción de las mismas (Berthier et al., 2014).

Para ello, se plantearon dos objetivos específicos: el primero, describir la experiencia de rehabilitación y su impacto en el lenguaje y la comunicación, previo y posterior a la intervención en las personas con afasia de Wernicke y transcortical sensorial y el segundo, explorar las dificultades y oportunidades en la implementación del método REGIA en los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial. De esta forma, se buscó responder la pregunta de investigación ¿Cuáles son los efectos del programa REGIA, a nivel comunicativo y lingüístico, en usuarios/as del Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV), diagnosticados con afasia de Wernicke y afasia transcortical sensorial? Atendido a esto, a continuación, se presentan las conclusiones de este trabajo.

Con base en los resultados de este estudio, se puede concluir que si hay resultados percibidos por los usuarios a nivel comunicativo y lingüístico luego de la aplicación del programa REGIA. Continuando con lo previo y respondiendo a nuestra pregunta de investigación, ¿Cuáles son los efectos del programa REGIA, a nivel comunicativo y lingüístico, en usuarios/as del Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV), diagnosticados con afasia de Wernicke y afasia transcortical sensorial?, los principales efectos que generan mejoras significativas, por un lado en el ámbito lingüístico son específicamente en nominación, seguimiento de órdenes, comprensión oral y lectora. Por otro lado, los participantes refieren cambios positivos en la comunicación con desconocidos y familiares. Lo anterior se concluye puesto que hay una diferencia clara y evidente entre las respuestas pre y post intervención de esta rehabilitación en los aspectos mencionados.

Se puede sintetizar que, a pesar de las diferencias propias del diagnóstico de cada uno de los usuarios, tanto con afasia de Wernicke como transcortical sensorial, presentaban avances en los mismos aspectos, en consecuencia, podemos decir que las principales mejoras del programa REGIA según los participantes son en el lenguaje comprensivo, logrando efectos positivos en el seguimiento de órdenes, comprensión oral y lectora. Esto se relaciona con lo dicho por Berthier et al. (2014), quien expone que esta rehabilitación trae beneficios en la decodificación fonológica y en la comprensión de sustantivos y verbos. De esta manera, los pacientes refieren que se les facilita el diálogo en su vida cotidiana, siendo más fluidas, con mayor léxico y con una mejor comprensión entre emisor y receptor. Lo cual concuerda con Berthier et al. (2014), pues el programa REGIA busca aumentar las capacidades del paciente para comunicarse en las conversaciones de la vida diaria.

Entre las limitaciones de la presente investigación, destaca la escasez de bibliografía disponible sobre la aplicación del programa REGIA y de los resultados posteriores a la intervención. Aunque existe una amplia cantidad de publicaciones relacionadas con su versión en inglés, CIAT, no ocurre lo mismo con la versión en español, REGIA. Otra limitación fueron los lugares donde se llevó a cabo la implementación, ya que ciertos días la sala utilizada resultaba pequeña para el número de personas presentes, pues al ser un centro de práctica para los estudiantes de la universidad, en ciertas sesiones habían más alumnos observando la aplicación. En otras ocasiones, la resonancia del espacio dificultaba la comprensión de uno de los participantes que utilizaba audífonos bilaterales.

Entre las proyecciones de esta investigación, destaca la importancia de realizar estudios adicionales que profundicen en los beneficios y avances que REGIA ha generado en sus participantes. Asimismo, se podrían explorar investigaciones sobre la aplicación de este modelo de rehabilitación en grupos amplios, integrando a más de tres personas y ajustando ligeramente lo estipulado por el programa, con el objetivo de comparar los resultados obtenidos con la muestra más reducida. Además, sería valioso implementarlo en los diferentes tipos de afasia, siempre que los pacientes presenten perfiles similares.

En definitiva, destaca que los resultados encontrados podrían tener implicancia en la clínica fonoaudiológica, ya que existen escasas investigaciones acerca de los efectos y beneficios del programa REGIA tanto en ámbitos del lenguaje y la comunicación. Cabe recalcar que más allá de las mejoras a nivel de lenguaje comprensivo, expresivo y comunicativo que esta rehabilitación les brindó a los entrevistados, la principal ventaja es mejorar su calidad de vida

y la manera en que se comunican en su cotidianidad. Finalmente, esta investigación tiene el potencial de realizar una valiosa contribución al saber fonoaudiológico, brindando conocimiento a la formación profesional en el área de lenguaje adulto, otorgando una base para futuros estudios realizados en Chile y Latinoamérica, donde aún es necesario profundizar en las afasias en contextos socioculturales y lingüísticos específicos de la región. Además, para promover la utilización del programa REGIA en personas con afasia de Wernicke y transcortical sensorial, siendo una herramienta clave para impulsar una mayor personalización y eficacia en los tratamientos, debido a que su implementación en usuarios con estas condiciones puede contribuir al desarrollo de estrategias terapéuticas efectivas y adaptadas a las necesidades particulares de los participantes.

REFERENCIAS

Aedo, T. & Toledo-Rodríguez, L. (2021). Tratamiento Basado en Estructura y Función. En Toledo-Rodríguez, L. & Tobar-Fredes, R. (Eds.), *Manejo Fonoaudiológico de la Persona con Afasia* (pp. 78–84). Universidad de Chile.

<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/182468/Manejo-fonoaudiologico-de-la-persona-con-afasia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Alberts, L. y De la Peña, C. (2016). *Lenguaje expresivo en Educación Infantil: clave para la estimulación de Inteligencias Múltiples*. *ReiDoCrea*, 5, 316-321.

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/43209/531.pdf?sequence=1&i>

Ardilla, A. (2006). *Las afasias*.

<https://www.svneurologia.org/pdfs/LibroAfasiaPrimeraParte.pdf>

Banco mundial. (2022). *Población de 65 años de edad y más (% del total)*.

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS?end=2022&start=1960&view=chart>

Barahona-Fuentes, F., Bravo-Guerrero, F., Gálvez-Orellana, N. & Valdebenito-Mendel, J. (2015). *Determinación de las habilidades necesarias en un compañero de comunicación efectiva en usuarios con afasia* [Tesis de pregrado, Universidad de Chile].

Archivo digital.

<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138200/Barahona%20Bravo%20G%c3%a1vez%20Valdebenito.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Berthier, M. L., García Casares, N., & Dávila, G. (2011). Afasias y trastornos del habla. *Medicine*, 10(74), 5035-5041. <https://www.medicineonline.es/es-afasias-trastornos-del-habla-articulo-X0304541211012540>

Berthier, M. L., Green Heredia, C., Juárez Ruiz de Mier, R., Lara, J.P. y Pulvermüller, F. (2014). *REGIA: Rehabilitación Grupal Intensiva de la Afasia*. Madrid: TEA Ediciones.

Caula, M., Delgado, Y. & López, O. (2021). Comunicación asertiva en el contexto educacional. *Revista Boletín Redipe*, 10(4), 315-334. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7917878>

Conocimiento e Investigación en Personas Mayores (2023), *Evolución de los hogares unipersonales de personas mayores en Chile 1992 a 2022*. <https://gobierno.udd.cl/files/2023/09/evolucion-hogares-unipersonales-de-personas-mayores-en-chile-1992-a-2022.pdf>

Clínica Universidad de Navarra. (2023). *Diccionario Médico: Terapia*. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/terapia>

Correa-Palacio, A. (2016). Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Psicogeriatría*, 6(2), 51-59. https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602_0051_0059.pdf

Cubero-Sacristán, A. (2018). *Revisión sistemática de las terapias estudiadas con pacientes afásicos en los últimos 5 años* [Tesis de pregrado, Universidad de Valladolid]. Archivo digital. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31446/TFG-M-L1354.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Donoso, I. (2015). *Normalización del test de Boston formato abreviado en población adulta de Quito*. [Tesis de maestría, Universidad Central del Ecuador]. Archivo digital.

<https://www.dspace.uce.edu.ec/bitstreams/413c9663-463d-41cc-97c4-a9f89dc51730/download>

Fernández-García, Paula, Vallejo-Seco, Guillermo, Livacic-Rojas, Pablo E., & Tuero-Herrero, Elián. (2014). *Validez Estructurada para una investigación cuasi-experimental de calidad: se cumplen 50 años de la presentación en sociedad de los diseños cuasi-experimentales*. *Anales de Psicología*, 30(2), 756-771. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.166911>

Gómez, F. (2016). La comunicación. *Revista de la facultad de las ciencias de la salud*, 20(3), 5-6. <http://ve.scielo.org/pdf/s/v20n3/art02.pdf>

González, R. & Hornauer-Hughes, A. (2014a). Afasia: una perspectiva clínica. *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 25, 291-308. https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/afasia2_una_perspectiva-clinica.pdf

González, R. & Hornauer-Hughes, A. (2014b). Cerebro y lenguaje. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25, 143-153. <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/05/Cerebro-y-lenguaje.pdf>

Goodglass, H. & Kaplan, E. (2005). *Test de Boston para la Evaluación de la Afasia*.

Helm-Estabrooks, N. & Albert, M. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*. Madrid: Editorial Panamericana.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta edición. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Methodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

Hernández-Jaramillo, J. & Galindo-Rojas, E. (2016). Terapia de restricción inducida en afasia: diseño de sujeto único en afasia de conducción. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(3), 453-476.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732016000300011

Hugo, F., Rodríguez, L. & Rodríguez, J. (2022). ENVEJECIMIENTO EN CHILE: *Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población*. Instituto Nacional de Estadísticas. <https://encr.pw/uaOgt>

Labra, M., Martínez, L., Sazo, J. & González, C. (2022). *Componentes generales de la intervención fonoaudiológica en Trastorno Específico del Lenguaje: una revisión panorámica*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(5), 458-472. [10.1016/j.rmclc.2022.09.003](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.09.003)

León Ruiz, M., Rodríguez Sarasa, M.L., Sanjuán Rodríguez, L., Benito-León, J., García-Albea Ristol, E. & Arce Arce, S. (2016). *Evidencias actuales sobre la estimulación magnética transcraneal y su utilidad potencial en la neurorrehabilitación postictus: Ampliando horizontes en el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular*. *Revista Neurología*, 33(7), 459-472. [10.1016/j.nrl.2016.03.008](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.03.008)

Mac-Kay, A. (2019). Aphasia and schizophrenia: linguistic-communicative aspects. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(1), 52-56. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000100052>

Martinell, M. (2013). Intervención logopédica en la afasia. https://siidon.guttmann.com/files/sr83_afasia.pdf

Martínez, E.; Pino Melgarejo, M.; Broche Pérez, Y. (2015). *Perspectivas científicas en la investigación de la afasia. Consideraciones teóricas*. *Revista Encuentros*, Universidad Autónoma del Caribe, 13 (1), pp. 75-84. <http://dx.doi.org/10.15665/re.v13i1.350>

Matus, P. & Tobar-Fredes, R. (2021). Compañeros de comunicación para Personas con Afasia. En Toledo-Rodríguez, L. & Tobar-Fredes, T. (Eds). *Manejo Fonoaudiológico de la persona con afasia* (p. 90). Universidad de Chile.
<https://libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/1239/submission/proof/94/#zoom=z>

Ministerio de Educación. (2007). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: Necesidades Educativas Especiales en el nivel de educación parvularia*. <https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/GuiaLenguajeAprendizaje.pdf>

Ministerio de salud. (2013). *Guía clínica AUGÉ Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más*.
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>

Ministerio de Salud. (2022). *Ataque cerebrovascular*.
https://www.minsal.cl/ataque_cerebral/#:~:text=La%20presi%C3%B3n%20arterial%20elevada%2C%20el,ellos%20para%20prevenir%20un%20ACV.

Moreno Manso, J.M. & García-Baamonde Sánchez, M. E. (2003). Déficit en lectoescritura en pacientes afásicos. *Puertas a la lectura*, (4), 101-106.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6023008>

Muñoz, M. (s/f). Estudios de caso en la investigación cualitativa.
https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf

Olivares, C. (2021). Afasias Fluente. En Toledo-Rodríguez, L. & Tobar-Fredes, R. (Eds.), *Manejo Fonoaudiológico de la Persona con Afasia* (pp. 20–24). Universidad de Chile.
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/182468/Manejo-fonoaudiologico-de-la-persona-con-afasia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Entre%202015%20y%202050%2C%20el,ni%C3%B1os%20menores%20de%20cinco%20a%C3%B1os>

Petrone, P. (2021). Principios de la comunicación efectiva en una organización de salud. *Revista Colombiana de Cirugía*, 36(2), 188-192. Epub June 01, 2021. <https://doi.org/10.30944/20117582.878>

Pulvermüller, F., & Roth, V. M. (1991). *Communicative aphasia treatment as a further development of pace therapy*. *Aphasiology*, 5(1), 39–50. <https://doi.org/10.1080/02687039108248518>

Pulvermüller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P. & Taub, E. (2001). *Constraint-Induced Therapy of Chronic Aphasia After Stroke*. American Heart Association, 32(7), 1621-1626. <https://doi.org/10.1161/01.STR.32.7.1621>

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es)

Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA]. (2021). *Más de 6 millones de habitantes en Chile serán personas mayores de cara al 2050*. <https://www.senama.gob.cl/noticias/mas-de-6-millones-de-habitantes-en-chile-seran-personas-mayores-de-cara-al-2050>

Takato, M., Nanto, T., Kanamori, M., Nakao, Y., Horikawa, K., Eimoto, K., Toyota, K., Marumoto, K., Kaku, S., Uchiyama, Y., & Domen, K. (2022). Constraint-induced

Aphasia Therapy Improves the Use of Spoken Language and Word-finding Ability in Chronic Subcortical Aphasia: A Case Report. *Progress In Rehabilitation Medicine*, 7(0). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9679338/>

Tapia, S. & González, A. (2021). Consideraciones Generales para el Tratamiento de la Persona con Afasia. En Toledo-Rodríguez, L. & Tobar-Fredes, R. (Eds.), *Manejo Fonoaudiológico de la Persona con Afasia* (pp. 73–77). Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/182468/Manejo-fonoaudiologico-de-la-persona-con-afasia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Toledo-Rodríguez, L. & Casanova, M. (2021). Afasias No Fluentes. En Toledo-Rodríguez, L. & Tobar-Fredes, R. (Eds.), *Manejo Fonoaudiológico de la Persona con Afasia* (pp. 25-28). Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/182468/Manejo-fonoaudiologico-de-la-persona-con-afasia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vargas Bravo, S. (2015, 27 de mayo). *En Chile hay pocos datos epidemiológicos sobre pacientes con afasia*. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende Universidad de Chile. <https://saludpublica.uchile.cl/noticias/111950/en-chile-hay-pocos-datos-epidemiologicos-sobre-pacientes-con-afasia>

Vargas-Murcia, J., Isaza-Jaramillo, S. & Uribe-Uribe, C. (2021). Factores de riesgo y causas de ACV isquémico en pacientes jóvenes (18-49 años) en Colombia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(2), 113-124. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000200113>

Villodre Campos, R. & Morant Gimeno, A. (2011). *Intervención multidisciplinar en afasias*. Instituto de Neuro-rehabilitación y afasia.

[https://www.uv.es/perla/1\[15\].VillodreyMorant.pdf](https://www.uv.es/perla/1[15].VillodreyMorant.pdf)

ANEXOS

ANEXO 1

Pauta de entrevista estructurada de percepción del lenguaje y comunicación en personas con afasia

Edad:

Diagnóstico fonoaudiológico:

Nombre del examinador (es):

Fecha de evaluación:

Lenguaje expresivo
1. ¿Tiene dificultades para nombrar objetos cotidianos o menos comunes? ¿Cuáles son estos? especifique.
Respuesta:
2. ¿Siente que tiene problemas para repetir una palabra o una oración? En caso de que sí, ¿cuándo ocurre esto?
Respuesta:
3. ¿Tiene dificultades para decir oraciones cortas o largas? especifique.
Respuesta:
4. ¿Presenta problemas o dificultades para expresar lo que quiere decir o lo que está pensando? En caso de que sí, ¿en qué situaciones ocurre esto?
Respuesta:
5. ¿Tiene problemas para describir situaciones o imágenes? especifique.
Respuesta:
6. ¿Siente que le cuesta leer en voz alta? especifique.

Respuesta:

Lenguaje comprensivo

7. ¿Considera que tiene dificultades para reconocer objetos o imágenes cotidianos? especifique.

Respuesta:

8. ¿Cuando se le da una instrucción, presenta dificultades para entenderla y poder realizarla? En caso de que sí, ¿en qué momentos sucede esto?

Respuesta:

9. ¿Considera que le cuesta entender oraciones cortas? especifique.

Respuesta:

10. ¿Considera que le cuesta entender oraciones largas? especifique.

Respuesta:

11. ¿Le cuesta entender los modismos o jergas (por ejemplo: “me pegué un condoro”) que utilizan las demás personas? especifique cuales.

Respuesta:

12. ¿Se le dificulta comprender la información de un texto y seguir el hilo de éste? En caso de que sí, ¿en qué momentos o situaciones se da esto?

Respuesta:

Comunicación

13. Cuando está manteniendo una conversación ¿nota que le cuesta hablar fluidamente o de manera seguida?, especifique.

Respuesta:

14. ¿Tiene problemas para respetar los turnos de habla en una conversación?

Respuesta:

15. Cuando está conversando con otra persona, ¿siente que tiene problemas para entender ciertas palabras?, especifique.
Respuesta:
16. Cuando está conversando con otra persona, ¿siente que esta persona le entiende con facilidad o debe repetir varias veces lo que dice? justifique.
Respuesta:
17. Cuando va a comprar a un negocio o al supermercado, ¿tiene problemas para comunicarse con el vendedor? especifique.
Respuesta:
18. ¿Siente que le cuesta comunicarse con personas desconocidas? especifique.
Respuesta:
19. ¿Siente que le cuesta comunicarse con personas conocidas o familiares? especifique.
Respuesta:

ANEXO 2

Entrevista en profundidad sobre la percepción del programa REGIA

Edad:

Diagnóstico fonoaudiológico:

Nombre del examinador (es):

Fecha de evaluación:

1. ¿Cómo fue su experiencia con este programa REGIA? ¿Qué impresiones tiene con respecto a la dinámica grupal que tienen sus actividades? Especifique.

Respuesta:

2. ¿Qué ventajas y desventajas cree que tiene este programa REGIA en cuanto a su estructura, contenidos, actividades y aplicación? ¿Tiene algunas sugerencias para modificar los procedimientos de aplicación del programa? Especifique cuáles.

Respuesta:

3. ¿Qué cambios ha notado usted respecto a la comunicación con su familia o su círculo cercano? ¿Le han realizado comentarios respecto a sus mejoras? Ejemplifique cuales.

Respuesta:

ANEXO 3

Acta de aprobación Comité de Bioética



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 19/2024

- I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, con la presencia de Paula Eherenfeld Valenzuela, matrona, Presidenta(S); Daniel Ciudad Antognini, kinesiólogo, Secretario Ejecutivo; María de Lourdes Andrade Urzúa, representante de la Comunidad; Soledad Fernández Bernal, abogada, asesora legal; Esteban Hadjez Berríos, médico; Isabel Siefer Navas, enfermera-matrona; Eva Sotelo Trujillo, profesora de Castellano; Ana Zepeda Ortega, tecnóloga médica, en su sesión del día jueves 22 de agosto del año 2024 declara haber evaluado la tercera versión del protocolo de investigación titulado “Efectos del programa REGIA en la rehabilitación en el lenguaje y la comunicación según la percepción de los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial”, presentado por la investigadora Ingeborg Pacheco Labrín, fonoaudióloga, adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.
- II. Para su evaluación, el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:
 1. Protocolo N° 12/2024, versión en español
 2. Consentimiento informado para usuarios con afasia de Wernicke y afasia transcortical sensorial que asisten al Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV)
 3. Currículum Vitae de la investigadora responsable, Ingeborg Pacheco Labrín.
 4. Carta de autorización de Alejandra Figueroa Leighton, Jefa de Carrera de Fonoaudiología y Directora Técnica del Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso.
 5. Carta de compromiso de Juan Cabrera Rojas, técnico paramédico del Hospital Clínico de Viña del Mar
 6. Carta de compromiso de Romina Silva Gutiérrez, psicóloga, que capacitará a estudiantes tesis y fonoaudióloga sobre técnicas de relajación y contención
 7. Pauta de Entrevista en profundidad sobre la percepción del Programa de Rehabilitación REGIA y Pauta de Entrevista Estructurada de Percepción del Lenguaje y Comunicación en Personas con Afasia
 8. Afiche de invitación para participantes
- III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:
 1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
 2. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos mínimos derivados de la participación de usuarios con afasia de Wernicke y afasia transcortical sensorial que asisten al Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV).



3. El estudio propuesto podrá contribuir a la evaluación del programa de rehabilitación REGIA para personas con afasia de Wernicke y afasia transcortical sensorial desde la percepción de los usuarios del Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso.
4. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del(a) posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello implique algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de las entrevistas. Así también, la investigadora da a conocer su teléfono e E-mail de contacto en caso de cualquier consulta o duda.
Cabe destacar que la vigencia de este consentimiento informado es de un año. Para efectos de seguimiento de la ejecución del proyecto aprobado, la investigadora Ingeborg Pacheco debe mantener en archivos las actas impresas de consentimientos informados, firmadas por los potenciales participantes, por un período de cinco años. Las primeras dos páginas del Consentimiento Informado (hoja informativa) deben ser entregadas a los usuarios que participan en el estudio.
5. Los antecedentes curriculares de la investigadora principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
6. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se realizará durante el año 2024 en forma presencial en el Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso por la investigadora Ingeborg Pacheco Labrín, fonoaudióloga. La vigencia del presente documento es de un año; las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo de investigación y que pueda afectar el bienestar, la seguridad o los derechos de los(as) participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. La investigadora responsable deberá transmitir informe final al cerrar la ejecución del estudio.

Firma en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina

Paula Eherenfeld
Valenzuela

Paula Eherenfeld Valenzuela
Presidenta(S)



Viña del Mar, 26 de septiembre de 2024

C/C.: Secretaría CBI-FAMED

ANEXO 4

Consentimiento informado para usuarios del Centro de Atención Fonoaudiológica Universidad de Valparaíso

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para participantes: Usuarios con afasia de Wernicke y afasia transcortical sensorial que asisten al Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV)

El propósito del presente documento es invitarlo(a) a participar en el estudio "Efectos del programa REGIA en la rehabilitación en el lenguaje y la comunicación según la percepción de los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial". Usted ha sido invitado(a) por tener entre 45 y 80 años de edad, con diagnóstico de Afasia de Wernicke o Afasia transcortical sensorial y haber recibido rehabilitación previa a este estudio. La investigadora responsable es la fonoaudióloga Ingeborg Pacheco Labrín, quien trabajará en esta investigación con las estudiantes tesisistas de la carrera de Fonoaudiología: Bárbara Castillo, Fernanda Donoso, Francisca Maldonado, Natalia Ortiz y Victoria Rojas. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

- Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación.** La investigación mencionada se realizará en el Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV), ubicado en calle Souper #40, Reñaca, Viña del Mar durante el año 2024.
- Motivación y propósito del estudio.** Este estudio fue motivado por la necesidad de contar con una herramienta eficaz para que personas con afasias de Wernicke y Transcortical Sensorial, de manera de que logren progresos en sus procesos de comunicación en el lenguaje. Por esta razón, se ha considerado que el programa REGIA, que consiste en terapia grupal para rehabilitación de pacientes que presentan afasia, puede beneficiar a estos pacientes, dado que internacionalmente se ha comprobado su efectividad en personas con distintos tipos de afasias. Este tipo de rehabilitación podrá ser aplicada en el área de la clínica fonoaudiológica para que los usuarios alcancen un impacto positivo a nivel comunicativo y lingüístico, lo que favorecerá su calidad de vida.
El objetivo central de este estudio es describir los efectos percibidos por los usuarios en relación al rendimiento del lenguaje y la comunicación con afasia de Wernicke o afasia transcortical sensorial, posterior a la intervención con el programa REGIA, pertenecientes al Centro de Atención Fonoaudiológica de la Universidad de Valparaíso (CAFUV) durante el Año 2024.
- En qué consiste su participación en relación a su rendimiento lingüístico comunicativo.** Su participación es voluntaria, por lo que usted decide libremente participar o no, en la aplicación de este programa de terapia fonoaudiológica. Si usted decide participar, primero debe contestar una entrevista de su percepción de sus habilidades y dificultades de lenguaje y comunicación, antes y después de la aplicación del programa REGIA, lo que le tomará 60 minutos divididos en 2 sesiones de 30 minutos cada uno.
El programa REGIA se aplica en 10 sesiones, distribuidas en cinco sesiones consecutivas por semana, de lunes a viernes en el CAFUV. La duración de cada sesión es de 3 horas con una pausa de 20 minutos una vez pasada una hora y media de la terapia. Antes de comenzar la aplicación de REGIA, se le dará a conocer este programa, por lo que se contará con una sesión de demostración de las actividades. Se le explicarán los ejercicios y tareas que se implementarán durante las sesiones de rehabilitación que plantea esta investigación.
Luego de la aplicación del programa, deberá responder una entrevista en profundidad sobre la aplicación del programa en una sesión de 30 minutos
- Riesgos.** Durante la aplicación del programa, entre cada sesión tiene un receso de 3 horas, por lo que no ofrece riesgos; en el supuesto de que usted pueda experimentar alguna descompensación,

contamos con un técnico paramédico del Hospital Clínico de Viña del Mar, Juan Cabrera Rojas, quien cuenta con un protocolo específico para este tipo de situaciones.

5. **Beneficios.** La aplicación del programa REGIA tiene el principal beneficio directo para usted que consiste en aumentar las habilidades comunicativas (comunicación) para mejorar la calidad de vida y las conversaciones en su vida cotidiana. Asimismo, como beneficio indirecto, proveerá antecedentes sobre este método a los profesionales que dedican al área del lenguaje adulto a nivel nacional.
6. **Escenarios alternativos de investigación.** La metodología es de tipo cualitativa, debido a que es la mejor forma de estudiar la percepción que tiene cada participante con respecto a la aplicación de REGIA; esto se realiza con tareas estadísticas y todo con el fin de que se pueda aplicar en las demás personas con afasia y puedan beneficiarse de los efectos positivos del programa.
7. **Costos y pagos.** No hay costos ni pagos en esta investigación, no se dará dinero por participar y la persona debe cubrir su medio de transporte al lugar para realizar las sesiones. Las investigadoras tampoco recibirán pago por la ejecución de este estudio. Tampoco existen seguros asociados.
8. **Derechos del participante.** Usted tiene derecho:
 - a. **A manifestar dudas, preguntas**
En caso de tener dudas puede comunicarse con la investigadora responsable, Ingeborg Pacheco Labrín, al su celular +56987757194 o a su correo: ingeborg.pacheco@uv.cl
 - b. **A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento**
Su participación es voluntaria y puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que su eventual decisión pueda perjudicarlo(a).
 - c. **A recibir información relevante derivada de la investigación que lo pueda beneficiar o hacer cambiar su opinión respecto de su participación.**
Recibirá información relevante de los resultados de la investigación y se le responderán sus dudas, al respecto.
9. **Confidencialidad**
 - a. **Reserva de la identidad del participante**
Sus nombres y apellidos no serán relevados, en su lugar, se utilizará un código alfanumérico.
 - b. **De los datos personales y sensibles**
Al registro de los datos, sólo tendrán acceso las investigadoras, los que serán guardados por la investigadora responsable en su computador con clave de acceso; estos datos serán eliminados del computador luego de 2 a 5 años como máximo, posterior a la investigación.
 - c. **Conflicto de Interés**
En esta investigación no existen conflictos de intereses para el desarrollo de la investigación.
10. **Difusión y entrega de los resultados.** Los resultados de esta investigación se difundirán con fines investigativos y académicos, es decir, en conferencias, congresos o en revistas de tipo científico-académicas, resguardando siempre su identidad.
11. **Evaluación Ética Científica.** Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI) de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente en el teléfono 32-260 30 02 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Adultos de entre 45 y 80 años, usuarios de CAFUV con afasia de Wernicke o afasia transcortical sensorial

Yo,....., C.I., DECLARO que la investigadora responsable, fonoaudióloga Ingeborg Andrea Pacheco Labrín, y las estudiantes tesistas Bárbara Castillo, Fernanda Donoso, Francisca Maldonado, Natalia Ortiz y Victoria Rojas de la carrera de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Angamos Nro 655 de la ciudad de Reñaca, Viña del Mar, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Efectos del programa REGIA en la rehabilitación en el lenguaje y la comunicación según la percepción de los usuarios con afasia de Wernicke y transcortical sensorial", que llevarán a cabo en el CAFUV de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, ubicado en Reñaca.

He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido(a), y que mi participación consistirá en asistir por dos semanas consecutivas a sesiones de 3 horas diarias aproximadamente a la rehabilitación grupal intensiva por medio del programa REGIA; también tendré que responder una entrevista de percepción, previo al programa y después de la aplicación del REGIA, cuya duración es de 60 minutos dividido en 2 sesiones de 30 minutos cada una, además debe responder una entrevista en profundidad sobre la aplicación del programa en 30 minutos. Asimismo, he tenido la oportunidad de conocer el programa y saber en qué consiste, hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con la investigadora. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de las dos primeras páginas de este documento. Esta acta de consentimiento queda en resguardo de la investigadora responsable.

_____ Nombre y Firma Participante	_____ Nombre y Firma Investigador Responsable
C.I.: Fecha:	C.I.: Fecha:

Nombre y Firma Director(a) del CAFUV o su Delegado(a)

C.I.: Fecha:

Viña del Mar,de de 2024

(La vigencia de este Acta de Consentimiento es de un año)

ANEXO 5

Carta de compromiso paramédico



Viña Del Mar, abril 2024.

Señor Juan Cabrera Rojas,

Por medio de la presente nos dirigimos a usted para enviarle un afectuoso y cordial saludo, así mismo solicitar la presencia de usted como paramédico y su respectivo equipo médico para salvaguardar la integridad física de los usuarios quienes participen en la aplicación de un programa de intervención, debido a que desarrollaran actividades propias del programa con duración extensa, por ende, pueden descompensarse y/o fatigarse.

Con la seguridad de su gentil atención, agradecemos de manera anticipada y, renovamos a usted las consideraciones más distinguidas de estima y singular aprecio.

Yo, Juan Cabrera Rojas, me comprometo a realizar asistencia paramédica a usuarios que se encuentren participando en la investigación, las veces que sea necesario, en mi calidad de profesional del área de la salud.

Viña Del Mar, 02 de Abril de 2024.