

**CARACTERIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES GRUPALES
EN PERSONAS CON AFASIA MEDIANTE UNA
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA.**

“Seminario de Investigación para optar al grado de Licenciado en
Fonoaudiología”.

Autor principal

Ingeborg Pacheco Labrín

Co-autores

Ornella Espósito

M^o Concepción Neuling

Diandra Novoa

Cristian Tapia

Nelson Valdivia

Fecha

Viña del mar, diciembre 2016

AGRADECIMIENTOS

A Mario Wellmann,

Por la guía y dirección, por siempre aspirar a la excelencia e impulsarnos a ser mejores.

Por la ayuda incondicional, el tiempo y la dedicación.

A Guillermo Lavín,

Por su eterna sonrisa y por siempre confiar en nosotros.

A Macarena Aguirre,

Por su carisma y darnos el ánimo que nos hacía falta.

A Jorge García,

Por su paciencia y disposición.

Y a todos los que de alguna manera aportaron en este proceso.

Gracias, los queremos mucho.

LD.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
I. MARCO TEÓRICO	6
1.1 Comunicación.....	6
1.2 Lenguaje	8
1.2.1 Procesamiento del Lenguaje.....	10
1.3 Afasia.....	11
1.3.1 Clasificación de las afasias	12
1.3.2 Calidad de vida en la afasia	15
1.3.3 Intervención del lenguaje en afasia	17
1.4 Terapia grupal en afasia.....	23
1.4.1 Características de la terapia grupal en afasia.....	25
1.4.2 Intervenciones de terapia grupal en afasia.....	29
II. MARCO METODOLÓGICO.....	32
2.1 Planteamiento del Problema	32
2.1.1 Pregunta de Investigación.....	32
2.1.2 Objetivo del Proyecto	32
2.1.3 Justificación.....	33
2.1.4 Viabilidad del Estudio	34
2.1.5 Deficiencia en el Conocimiento del Problema	34
2.2 Objetivo	35

	2
2.2.1 Objetivo General.....	35
2.2.2 Objetivos Específicos	35
2.3. Tipo de estudio	35
2.3.1. Enfoque.....	35
2.3.2. Alcance	36
2.3.3. Diseño.....	36
2.4. Descripción de la muestra	36
2.4.1. Muestra	36
2.5 Instrumentos de recolección de información	38
2.6 Herramientas.....	38
2.7 Trabajo de campo	39
2.8 Materiales	40
III. RESULTADOS	41
3.1. Resultados de la búsqueda y selección de artículos científicos.....	41
3.2. Resultados del análisis de datos.....	44
3.2.1. Características de las intervenciones grupales.....	44
3.2.2. Actividades de las intervenciones grupales	48
3.2.3. Resultados de las intervenciones grupales.....	50
IV. DISCUSIONES	52
CONCLUSIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	76

RESUMEN

La terapia grupal en personas con afasia ha demostrado producir avances considerables desde el punto de vista lingüístico y comunicativo, especialmente en la etapa crónica de la afasia. Sin embargo, no se evidencian lineamientos explícitos y actualizados para diseñar y ejecutar terapias grupales de forma efectiva y con validez. Por consiguiente, se realizó la presente investigación con el fin de determinar las características generales que deben poseer las intervenciones grupales para personas con afasia. El estudio se llevó a cabo a través de una revisión bibliográfica sistemática, que incluyó la búsqueda de artículos originales en diversas bases de datos de revistas científicas indexadas.

Se seleccionaron 15 artículos científicos que describían intervenciones grupales en afasia desde una perspectiva experimental. Se analizaron las investigaciones en torno al número y perfil de los participantes, la duración e intensidad de las sesiones, el tipo de terapeuta que aplicaba la intervención, las actividades realizadas y los resultados obtenidos. A partir de estos datos se definieron directrices para la implementación de una terapia grupal en personas con afasia, en cuanto a conformación del grupo, intensidad de la terapia, actividades y valoración del rendimiento. Además, se hace evidente la falta de estudios bien diseñados que examinen a cabalidad este tema, especialmente en el idioma español. Finalmente, la terapia grupal en personas con afasia debe ir orientada a favorecer la participación social y mejorar su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La afasia es un trastorno que afecta el lenguaje y la capacidad comunicativa de las personas, generando un impacto negativo en su calidad de vida. Independiente de su severidad, la instauración de un cuadro afásico trae consigo alteraciones en el autoestima, la identidad, la autonomía y el bienestar general, lo cual conduce, finalmente, a la dependencia y el aislamiento social. El fonoaudiólogo, como terapeuta de la comunicación, cumple un rol importante dentro de la rehabilitación de los pacientes con afasia. Mediante la recuperación de capacidades y la incorporación de nuevas estrategias, el paciente mejora su comunicación y logra conectarse nuevamente a las personas y el entorno en el cual se desenvuelve.

La intervención grupal en afasias, como complemento a la terapia individual, provee un escenario donde los pacientes pueden poner en práctica sus habilidades y nuevas estrategias comunicativas con otras personas. La terapia en grupo genera un efecto positivo en la calidad de vida, ayudándoles a aceptar su condición crónica, generando redes de apoyo y presentando situaciones comunicativas demandantes en contexto real. Aunque hace algún tiempo solo se consideraba la intervención grupal como un recurso para la mantención de habilidades, hoy en día ha demostrado producir avances considerables en la etapa crónica de la afasia. Sin embargo, la evidencia científica en torno al tema de intervenciones terapéuticas grupales en afasia es heterogénea respecto a sus objetivos y métodos de investigación. En consecuencia, no existen directrices concretas para la implementación de este tipo de terapia. Por lo tanto, con el fin de sistematizar la información existente, se genera la siguiente pregunta de investigación: ¿qué características poseen las intervenciones grupales en afasia?

Este estudio pretende identificar las características de la intervención grupal en personas con afasia. Para alcanzar este objetivo se crea un estudio de enfoque cualitativo, alcance descriptivo y un diseño de análisis documental. Los estudios fueron extraídos desde bases de datos científicas y revistas indexadas, luego se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para formar la muestra final. Posteriormente, se organizaron los datos de acuerdo con criterios de análisis basados en características de la intervención grupal. Finalmente, se describieron las conclusiones enfatizando los lineamientos generales para la implementación de una terapia grupal en afasia.

El presente informe se organiza en cinco apartados principales. El primer capítulo es el marco teórico, donde se exponen las bases teóricas de la afasia, la comunicación, la calidad de vida y la intervención fonoaudiológica individual y grupal. En el segundo, se enseñan las especificaciones metodológicas en las que se sustenta la investigación. En el tercer apartado, se muestran los resultados organizados en tablas de análisis. La cuarta sección se trata de las discusiones, donde se compara los resultados con la información presente en el marco teórico y se correlacionan entre sí. Finalmente, el último título corresponde a las conclusiones de la investigación, en el cual se cierra las temáticas estudiadas y se describen las limitaciones y proyecciones.

I. MARCO TEÓRICO

En el siguiente apartado se expondrán los conceptos teóricos en los que se enmarca la presente investigación. Se introducirá el concepto de comunicación, haciendo énfasis en su relevancia sobre el desarrollo individual y social de los seres humanos. Luego, se definirá el concepto de lenguaje, profundizando en aspectos sus cognitivos. En seguida, se abordará el término de afasia y su impacto en la calidad de vida. Posterior a esto, se describirán los procedimientos de intervención en afasia, desde el punto de vista lingüístico, tanto en su modalidad individual como grupal. Finalmente, este último tipo de terapia será enfatizada por sus aspectos empíricos y teóricos.

1.1 Comunicación

La comunicación se define como “el proceso de transmitir información de una persona a otra en un código de entendimiento mutuo” (Keyton, 2011:32), considerándola como un acto fundamental para formar y mantener relaciones sociales (Lanyon, Rose & Worrall, 2013). Esta se concibe como una necesidad primordial, puesto que los seres humanos requieren de compartir sus experiencias, ideas, sentimientos o pensamientos con el fin de formar vínculos con otros individuos y así establecer lazos con su entorno (Back, 2010). En este sentido, la comunicación es más que un mero intercambio informativo, sino que consiste esencialmente en un medio para desarrollar relaciones interpersonales firmes y duraderas (Naranjo, 2005).

La comunicación requiere elementos básicos para que el proceso se lleve a cabo, estos son: emisor, receptor, mensaje y medio (McShare & Glinow, 2003). McShare y Glinow (2003) describen el ciclo interactivo, el cual comienza cuando el emisor inicia la comunicación, éste utiliza palabras y símbolos para codificar un mensaje dirigido al receptor. Una vez captado el mensaje, el receptor lo decodifica, transformando éste en información significativa (McShare & Glinow, 2003). El proceso se vuelve cíclico cuando el receptor devuelve un mensaje en forma de retroalimentación hacia el emisor, de este modo se invierten los papeles y se reinicia el acto comunicativo (Adu & Agyin, 2014).

Desde una mirada social, la comunicación es uno de los factores que más contribuye a satisfacer necesidades físicas, sociales y mentales en pos de una buena calidad de vida (Greenwood, Walker & Utley, 2002). A través de ella, las personas son capaces de manifestar diversos tipos de emociones, lo cual conlleva sensaciones de satisfacción, felicidad y recompensa entre los interlocutores (Nuria, 2010). Estos elementos inciden directamente en el bienestar y la calidad de vida (Nuria, 2010). La comunicación óptima promueve el éxito social, es decir, la aceptación de otros y la validación como individuo dentro de una sociedad (Turkstra, Ciccio & Seaton, 2003).

La comunicación cumple un rol preponderante dentro de la construcción de la identidad del ser, tanto individual como grupal (Simmons & Elman, 2011). Cada persona forja su identidad mediante la interacción social, lo cual le permite crear la imagen de otros y de sí mismo (Simmons & Elman, 2011). Las relaciones sociales que apoyan la autonomía y el autoestima se establecen como una experiencia positiva y ayudan a desarrollar una identidad sólida, lo cual tiende a ser asociado con el bienestar y una mayor calidad de vida (Cooney, Murphy & O`Shea, 2009). En conclusión, las situaciones comunicativas son las responsables de establecer la visión que un individuo tiene de sí mismo y del mundo que le rodea.

La comunicación y el lenguaje son conceptos íntimamente relacionados (Anant, 2009), puesto que este último es el principal vehículo de transmisión de información entre dos personas (Gilbert, Fiske & Lindsay, 1997). El lenguaje es el medio principal por el cual se obtiene acceso a la mente de otros (Gilbert, Fiske & Lindsay, 1997). A través de éste los sujetos dan a conocer sus deseos y opiniones de forma clara y específica (Gilbert, Fiske & Lindsay, 1997). Finalmente, el lenguaje es un sistema que permite la comunicación entre personas, fomentando el desarrollo de la percepción social y la identidad personal (Diéguez-Vide & Peña-Casanova, 2012).

1.2 Lenguaje

El lenguaje posee diferentes definiciones dependiendo de la perspectiva de la disciplina que lo aborde (Diéguez-Vide & Peña-Casanova, 2012). Desde una perspectiva cognitiva se define como “una facultad mental que permite aumentar la capacidad intelectual y desarrollar la creatividad humana” (Diéguez-Vide & Peña-Casanova, 2012: 23). También se describe como “un sistema abstracto de principios mentales que especifican la relación entre una secuencia de sonidos y una secuencia de significados” (Gilbert, Fiske & Lindsay, 1997). El lenguaje es una capacidad exclusivamente humana, que depende de estructuras y procesos cerebrales complejos (Chomsky, 2005).

Cuetos (2012) describe los dos principales procesos del lenguaje: la comprensión auditiva y la producción oral. El primero de estos corresponde a un conjunto de operaciones cognitivas que permiten al receptor obtener el significado de un mensaje a partir de un estímulo sonoro (Cuetos, 2012). Este proceso consta de tres etapas: el análisis auditivo, en el que se descomponen las características físicas del sonido; el acceso léxico, en el que se forma la palabra; y el acceso semántico, mediante el cual se obtiene su significado (Cuetos, 2012). El segundo proceso, la producción oral, es una actividad compleja que resulta en la expresión lingüística (Cuetos, 2012). Existen tres tipos de procesos para su ejecución: el nivel conceptual, donde se activan los términos que se desea expresar, el nivel gramatical, en el que se transforman los significados en formato verbal y el nivel fonológico, en el cual se activan los fonemas correspondientes a las palabras (Cuetos, 2012).

Según González & Hornauer-Hughes (2014) el lenguaje se considera como una función cerebral y, por lo tanto, depende del trabajo integrado de un grupo de zonas corticales y subcorticales del cerebro. El modelo neurolingüístico clásico para el procesamiento del lenguaje incluye regiones del hemisferio dominante ubicadas en el Giro Frontal Inferior (área de Broca), el Giro Temporal Medio y el Giro Temporal Superior (área de Wernicke), las cuales se interconectan por un grupo de fibras de asociación llamado Fascículo Arqueado (Lichtheim, 1885). A continuación se describen las regiones cerebrales implicadas en la producción y procesamiento lingüístico:

- **Área de Broca:** Correspondiente al área 44 y 45 de Brodmann (Amunts, Weiss, Mohlberg, Pieperhoff, Eickhoff, Gurd & Zilles, 2004). Se le relaciona a tareas de expresión lingüística, tal como fluidez verbal, articulación del lenguaje hablado, estructuración y procesamiento gramatical (Amunts et al., 2004).
- **Área de Wernicke:** Ubicada en regiones del GTM y el GTS (Thiel & Zumbansen, 2016). Vinculada a la comprensión del lenguaje, específicamente a la integración de la información lingüística y la relación con el significado (Price, 2010).
- **Fascículo Arqueado:** Tractos de sustancia blanca que conecta directamente la porción posterior del área de Broca (área 44 de Brodmann) con la región posterior y media del GTS (Friederici & Gierhan, 2013). Se le asocia la función de repetición de palabras aisladas y al procesamiento sintáctico complejo (Friederici & Gierhan, 2013).
- **Fascículo Longitudinal Superior:** Conecta indirectamente el área de Wernicke (GTS y GTM) con la corteza premotora dorsal mediante la vía de la corteza parietal (Friederici & Gierhan, 2013). Junto al Fascículo Arqueado conforma la vía dorsal del procesamiento lingüístico (Friederici & Gierhan, 2013).
- **Fascículo Uncinado:** Conecta la porción antero-inferior de la corteza frontal con la corteza temporal anterior (Friederici & Gierhan, 2013). Se le asocia la función del procesamiento semántico y al análisis sintáctico básico (Friederici & Gierhan, 2013).
- **Cápsula Extrema:** También llamada fascículo fronto-occipital inferior (Friederici & Gierhan, 2013). Este tracto conecta la corteza frontal con regiones temporales, occipitales y parietales (Friederici & Gierhan, 2013). Junto al Fascículo Uncinado conforman la vía ventral del procesamiento lingüístico (Friederici & Gierhan, 2013).

El lenguaje no solo depende de las estructuras cerebrales implicadas, sino también de la interacción entre ellas y los mecanismos cognitivos que se llevan a cabo (Cuetos, 2012). Los esfuerzos para comprender esta facultad, desde un punto de vista cognitivo, se han centrado en los procesos neuropsicológicos y psicolingüísticos que subyacen a la utilización de este (Diéguez-Vide & Peña-Casanova, 2012). A partir de tales estudios, se han generado modelos lingüísticos neurocognitivos que intentan describir los procesos cognitivos relacionados con la competencia del lenguaje (Diéguez-Vide & Peña-Casanova, 2012).

1.2.1 Procesamiento del Lenguaje

Los modelos neurocognitivos del lenguaje han sido diseñados en relación a los procesos cognitivos y el sustrato neurofisiológico en los seres humanos (Martínez, 1995). A lo largo de la historia se han propuesto diferentes tipos de modelos, los cuales se basan en distintas corrientes teóricas (Cuetos, 2012). A continuación, se describen algunos de los principales trabajos en postulados neurolingüísticos.

El modelo de Wernicke (1874), con aportes de Lichtheim (1885) y Geschwind (1965), describe uno de los primeros postulados neurolingüísticos, basado en una perspectiva conexionista (Kandell, Schwartz & Jessell, 2012). En esta propuesta se indica que el lenguaje es el producto de una serie de centros cerebrales (áreas de Broca y Wernicke) y las conexiones entre ellos (Fascículo Arqueado) (Junqué, Bruna y Mataró, 2004). En este esquema también se señalan la vía sensorial, procedente de los receptores auditivos hasta la corteza auditiva, y la vía motora procedente de corteza hasta los órganos que componen el aparato fonador (Kandell, Schwartz & Jessell, 2012).

Ellis y Young (1992) presentan un modelo psicolingüístico que incluye las subfunciones implicadas en el lenguaje hablado, lectura y escritura (Cuetos, 2012). En primer lugar, refiriéndose a la comprensión, esta propuesta la divide en dos partes, una asociada al canal oral y otra, al escrito (Cuetos, 2012). En el caso de la modalidad oral se comienza con la extracción e individualización de los sonidos del mensaje a través del sistema auditivo, luego las palabras serían reconocidas en el sistema léxico-auditivo y, por último, se les darían significado en el sistema semántico en función del conocimiento de cada individuo (Cuetos, 2004). En el caso del lenguaje escrito se inicia con la identificación de grafemas por medio del sistema visual, para luego ser reconocidas en el sistema de entrada léxico-visual y, finalmente, otorgarles significado en el sistema semántico (Cuetos, 2004).

En segundo lugar, cuando se trata de expresión del lenguaje, ya sea de forma hablada o escrita, se debe tener acceso a los sistemas de salida que almacenan la fonología y ortografía (Cuetos, 2012). También existen rutas de acceso alternativas que pueden conectar directamente los sistemas de reconocimiento de palabras y los de salida, tanto fonológico como grafémico, sin tener que ingresar al sistema semántico (por ejemplo: leer y repetir

palabras) (Cuetos, 2012). Existe una tercera ruta, la cual se extrae de la capacidad para emitir, escribir y leer no-palabras, este proceso se lleva a cabo por medio de la conexión entre los sistemas de análisis auditivo o visual y los niveles fonémico y grafémico (Cuetos, 2012).

Como ya se ha mencionado, el lenguaje depende de un sustrato cerebral especializado, por lo tanto, cualquier disturbio en tales áreas podría conducir a trastornos del lenguaje y la comunicación (Stemmer & Whitaker, 2008). Los tipos de déficit y los procesos alterados dependerán, entre otros factores, de la localización del daño y esto dará paso a cuadros con diferentes características lingüísticas (Cuetos, 2004). Estos tipos de síndromes se denominan afasia (Ardila, 2005).

1.3 Afasia

La afasia se define como la “alteración, producto de una lesión cerebral, de la capacidad para interpretar y formular los símbolos del lenguaje, con una consecuente reducción de la eficiencia para codificar y decodificar elementos lingüísticos convencionales” (Darley, 1982). Este trastorno es causado por una lesión en las áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento lingüístico, por lo tanto, puede afectar su comprensión y/o expresión, además de la lectura y escritura (Ardila, 2005). El cuadro afásico puede presentarse durante o después de haber adquirido el lenguaje, y suele estar acompañada de otras alteraciones, tales como disartria, apraxia, agnosia, disfagia, entre otras (Ardila, 2005). El daño que produce este trastorno no solo se remite a los procesos estrictamente lingüísticos, sino también causa cambios complejos y crónicos en la comunicación (Lanyon, Rose & Worrall, 2013).

Entre las causas que pueden provocar una afasia es posible referir accidentes cerebrovasculares (ACV), traumatismo craneoencefálico, enfermedades neurodegenerativas, cuadros infecciosos, entre otros (González, 2009). Existen también lesiones de instalación más lenta como los tumores, que no suelen manifestarse con la sintomatología afásica típica, pues probablemente se ponen en marcha algunos mecanismos cerebrales compensatorios (González, 2009). No obstante, según Junqué y Jurado (1994) la causa más común son los accidentes cerebrovasculares.

Según estadísticas internacionales, el ACV es una de las mayores causas de muerte y discapacidad entre la población (OMS, 2011). En Chile, el informe del Ministerio de Salud (2013) documenta que su incidencia es de 130 por 100.000 habitantes al año y la prevalencia es de 6 por cada 1.000 habitantes. Respecto a la afasia, se estima que alrededor del 20 y 38% de los pacientes presentará este trastorno del lenguaje (Ministerio de Salud de Chile, 2013). Se considera que la afasia es probablemente la mayor secuela o limitación desde el punto de vista social y económico para una persona que sufre un ACV (Létorneau, 1991).

1.3.1 Clasificación de las afasias

Los esfuerzos por delimitar distintos tipos de síndromes afásicos se ven dificultados por la variedad de síntomas y las diferencias individuales que se dan a partir del daño en las mismas zonas corticales (Kandell, Schwartz & Jessell, 2012). Sin embargo, la tipología clásica de estos trastornos se realiza en función de los errores lingüísticos más frecuentes (Stemmer & Whitaker, 2008). Benson y Ardila (1996), desde la neuropsicología clásica, describen los diferentes cuadros afásicos según tres parámetros principales: fluidez verbal, repetición y comprensión auditiva.

- **Fluidez verbal:** En términos prácticos, se refiere a la longitud de los enunciados que produce el usuario (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). La valoración de la fluencia hace posible una diferenciación clínica de dos grandes grupos de afasias: las fluentes y las no fluentes (González & Hornauer-Hughes, 2014). Las primeras corresponden a casos donde la emisión lingüística es tan o más abundante como en el lenguaje normal y poseen una correlación con lesiones postrolándicas (Ardila, 2005; Junqué et al, 2004). En tanto, en el segundo grupo la longitud de la frase es corta y se dificulta la producción de palabras, este tipo de afasias se asocia a lesiones prerrolándicas (Ardila, 2005; Junqué et al, 2004).
- **Repetición:** “Es una de las características que frecuentemente se encuentra alterada dentro de las tareas lingüísticas” (Junqué et al., 2004: 34) y se refiere a la incapacidad o dificultad para producir un enunciado luego de su recepción auditiva (Helm-Estabrooks & Albert, 2005). La alteración de la repetición se relaciona a lesiones precisas en los centros del lenguaje, de tal modo que se pueden clasificar las afasias en

perisilvianas y extrasilvianas (González & Hornauer-Hughes, 2014). En las primeras, el daño se localiza en la corteza cerebral especializada del lenguaje, mientras que las segundas, la afección se ubica en regiones corticales circunvecinas (Junqué et al, 2004).

- **Comprensión auditiva:** Se describe como “la capacidad para decodificar el estímulo sonoro verbal” (Helm-Estabrooks & Albert, 2005: 54). Es poco probable que la comprensión se encuentre totalmente conservada en una afasia, pero según cada síndrome su estado puede presentar diversos grados de alteración (Junqué et al., 2004). De este modo, es posible describir otros dos grandes grupos: las afasias de predominio comprensivo, los cuales presentan sus mayores dificultades en relación a la comprensión lingüística y las de predominio expresivo, donde el foco de alteración reside en las tareas de producción oral (Ardila, 2005).

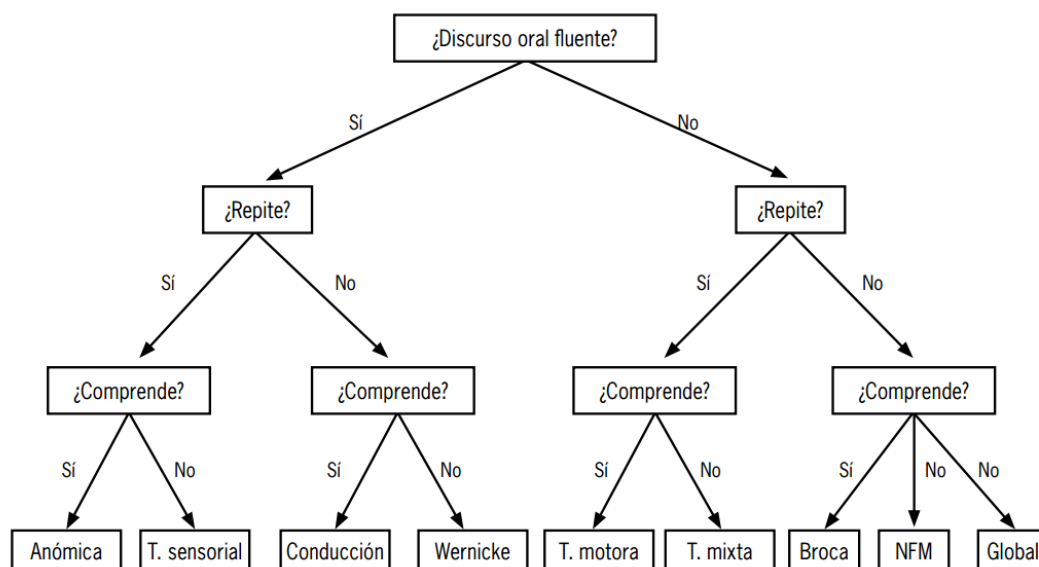


Figura 1. Algoritmo para la clasificación clínica de las afasias

Fuente: González y Hornauer-Hughes (2014)

Dependiendo del estado de los parámetros de fluidez verbal, repetición y comprensión auditiva, es posible definir cada uno de los síndromes afásicos clásicos. De este modo, siguiendo el algoritmo que se muestra en la Figura 1 se puede precisar el cuadro correspondiente de acuerdo a un perfil lingüístico determinado (González & Hornauer-Hughes, 2014). En relación a esta tipología, se describen los siguientes síndromes: Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, Afasia de Conducción, Afasia Transcortical Motora, Afasia Transcortical Sensorial, Afasia Transcortical Mixta, Afasia Anómica, Afasia Global, Afasia No Fluente Mixta. En la Figura 2 se muestran las características clínicas más evidentes de cada tipo de afasia según González y Hornauer-Hughes (2014).

Tipos de afasia	Fluidez	Lenguaje automático	Repetición	Denominación	Comprensión oral	Lectura oral	Comprensión de lectura	Escritura
Wernicke	-	+	+++	+++	+++	+++	++	+++
Conducción	-	-	+++	++	+	++	+	++
Anómica	-	-	-	++	+	-	+	+
Transcortical sensorial	-	+	-	+++	+++	+++	++	+++
Broca	+	-	++	+	+	++	+	++
No fluente mixta	++	+++	+++	+++	++	+++	+++	+++
Global	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Transcortical motora	++	-	-	++	+	++	++	++
Transcortical mixta	+++	+	-	+++	+++	+++	+++	+++

- = sin alteración, + = alteración leve, ++ = alteración moderada, +++ = alteración severa

Figura 2. Tabla de características clínicas de la afasia

Fuente: González y Hornauer-Hughes (2014)

Tal como se mencionó, los efectos de la afasia no se limitan a los procesos lingüísticos, sino que también genera alteraciones complejas y crónicas en la comunicación (Lanyon, Rose & Worrall, 2013). Este trastorno cambia la vida a largo plazo, afectando tanto al individuo como a su entorno en términos de estilo comunicativo, identidad y roles (Ministerio de Salud de Chile, 2013). En conclusión, la comunicación constituye parte integral del individuo y un deterioro en esta capacidad significa una pérdida de autonomía y una dificultad para expresar y comprender verbalmente, provocando un impacto en la calidad de vida (Peña-Casanova, 2001).

1.3.2 Calidad de vida en la afasia

Calidad de vida (CdV) se define como “la percepción que posee cada individuo respecto de su posición en la vida y sus valores en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (WHOQOL Group, 2012: 5). Adicionalmente, la OMS (2001) agrega que existen dominios que determinan en la percepción de CdV, entendidos como un conjunto de funciones fisiológicas, estructuras anatómicas, acciones y tareas o áreas de la vida cotidiana. Según el criterio de actividades y participación, estos dominios se pueden clasificar: aprender y aplicar el conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacciones y relaciones interpersonales, áreas vitales importantes, comunidad y vida social y cívica (WHO, 2001).

Según De Han, Horn, Limburg, Ven der Meulen y Bossuyt (1993) los dominios de CdV pueden verse afectados por diferentes situaciones, tales como discapacidad, salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, factores ambientales o creencias personales. Debido a esto, se produce una repercusión en sus capacidades comunicativas y en su bienestar emocional (Nicholas, Hunsaker & Guarino, 2015), siendo como principal problemática la depresión, la cual tiene una incidencia entre el 62% al 70% en personas con esta patología (Worrall, Ryan, Hudson, Kneebone, Simmons-Mackie, Khan, Hoffmann, Power, Togher & Rose, 2016). Por consiguiente, también se verá disminuida la CdV en personas con afasia (Nicholas, Hunsaker & Guarino, 2015).

Otro aspecto que se ve afectado por la disminución de la calidad de vida, es el beneficio de la terapia (Hilary, Needle y Harrison, 2012). A esto Northcott, Burns, Simpson y Hilari (2015), Hilary, Needle y Harrison (2012), Royal College of Physicians (2012) y Worrall et al. (2016) agregan que las consecuencias no sólo se limitan a aspectos lingüísticos y comunicativos, sino que también alteran los resultados de la rehabilitación. Del mismo modo, Northcott et al. (2015) sugieren que existe menor recuperación en la etapa de rehabilitación en pacientes con afasia asociada a depresión, así como peor calidad de vida. Respecto a este tema, Hilary et al. (2012) ahondan en las repercusiones, señalando que la depresión posterior a ACV está asociada a una pobre recuperación, bajos resultados funcionales y sociales, un incremento del uso del sistema de salud y mayor mortalidad.

Las repercusiones de la depresión tienen una estrecha relación con la pérdida de redes de apoyo, ya que, según Hilary y Northcott (2016), presentar afasia parece crear problemas en el mantenimiento de relaciones sociales fuertes. A su vez, esto se vincula a que “aquellas personas con un menor apoyo social o que están socialmente aislados, son más propensos a tener depresión” (Northcott, Burns, Simpson & Hilari, 2015: 18). Todo esto sin importar la severidad de la afasia, ya que “la afasia leve no garantiza necesariamente una mejor calidad de vida en comparación con una afasia profunda” (Williamson, Richman & Redmond, 2011: 102).

En cuanto a las relaciones sociales, Hilari y Northcott (2006) reportan que el 30% de las personas con afasia crónica no posee ninguna relación de amistad, mientras que el 64% refiere encuentros menos frecuentes con sus amigos. A esto, Northcott y Hilari (2011), apuntan que este tipo de pacientes están más propensos a perder círculos de amistad completos. Adicionalmente, las personas que presentan esta patología tienden a experimentar respuestas negativas dolorosas de otras personas (Northcott & Hilari, 2011). Es por esto, que presentan altos índices de aislamiento y reducción de las relaciones interpersonales, y por consiguiente disminución de la comunicación (Northcott & Hilari, 2011).

En el ámbito de la comunicación, los usuarios presentan problemas para desenvolverse con su entorno, y a su vez, las redes de apoyo se vuelven más pequeñas (Northcott et al., 2015). Respecto a esto, Rodríguez y Lizarazo (2015) señalan que las limitaciones para comunicarse que tienen las personas con afasia genera frustración no sólo en los pacientes, sino que también en sus interlocutores. Además, Koleck, Gana, Lucot, Darrigrand, Mazaux y Glize (2016) agregan que debido a que la afasia tiene consecuencias severas en actividades comunicativas, estas impactan tanto en el aspecto social como laboral y las relaciones familiares de los pacientes. Esto genera que “se modifiquen sus estilos de vida, y que las actividades prevalentes no demanden interacción y sean en un medio conocido como su casa” (Rodríguez & Lizarazo, 2015: 455).

Estos antecedentes permiten sostener la necesidad de enfocar los programas de rehabilitación en mejorar la CdV, dirigiéndose a “minimizar el dolor somático y emocional y maximizar la satisfacción con la vida” (Royal College of Physicians, 2012: 10). De esta

forma, los programas no pueden asumir que personas con afasia severa se beneficiarán menos que otros con grado leve en los grupos de apoyo (Williamson, Richman & Redmond; 2011: 104). Por esta razón, Ramirez y Colina (2010) mencionan que el objetivo del tratamiento tiene que apuntar a mejorar, mantener y rehabilitar las competencias lingüísticas y comunicativas, para que la persona vuelva a desempeñarse adecuadamente en las actividades de la vida diaria

1.3.3 Intervención del lenguaje en afasia

Las guías terapéuticas recomiendan la terapia del habla y del lenguaje como el *gold standard* para el tratamiento de la afasia (Baumgaertner, Grewe, Ziegler, Floel, Springer, Martus & Breitenstein, 2013). A pesar de que los papeles de los profesionales que intervienen esta alteración a menudo se superponen, el papel principal en el equipo interdisciplinario es del fonoaudiólogo (Hallé, Le Dorze y Mingant, 2014). Según la ASHA (2011) existen diversas formas de representar al terapeuta del habla y lenguaje, quien también es reconocido como Speech Language Therapist (SLT) o Speech Language Pathologist (SLP). Para Hallé et al., (2014) dentro de las principales tareas que asume el terapeuta se encuentran: proveer a los miembros de la familia información sobre afasia, rehabilitación y estrategias de comunicación, ser capaz de obtener información relevante sobre el usuario a través de interacción con su familia y ofrecer soporte y entrenamiento sobre el uso de estrategias de comunicación al paciente.

Para la intervención del lenguaje en afasia, los autores reconocen enfoques orientados hacia la descripción de signos (evaluación) y análisis del proceso terapéutico (Rodríguez, 2012). Por un lado, la exploración clínica clásica busca identificar alteraciones lingüísticas para caracterizar y agrupar los cuadros afásicos en función de los síntomas, utilizando el resultado final para definir el diagnóstico y orientar la intervención hacia estos signos (Kalbe, Reinhold, Brand, Markowitsch & Kessler, 2005; Hernández, Malagón, Pardo & Rodríguez, 2005). Por otro lado, la exploración cognitiva permite visualizar no solo los contenidos lingüísticos, sino también, los procesos conservados y alterados (Rodríguez, 2012). Estos dos enfoques, aunque se encuentren basados en planteamientos distintos, se consideran complementarios al ofrecer una visión más amplia y completa de los problemas del paciente (Fernández Guinea & López-Higes, 2005; Junqué et al., 2004).

Para Berthier (2005), hay consenso en que la evaluación de las deficiencias del lenguaje debe ser completa para planear terapias racionales. Sin embargo, hay menos concordancia acerca de la metodología del proceso evaluativo, por lo que conocer los enfoques de intervención resulta necesario para la selección de las baterías de evaluación (Berthier, 2005). Dentro de la orientación clásica se utiliza el Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia o T.B.D.A., desarrollada por Goodglass y Kaplan (1996) o la Batería de Afasias Western pronóstico y tratamiento o WAB, creada por Kertesz (1982). En el enfoque cognitivo se puede encontrar la Evaluación del Procesamiento Lingüístico de la Afasia o E.P.L.A., basado en el modelo de Ellis y Young (1988), la cual se encuentra adaptada al español por Valle y Cuetos (1995). Cada una de estas baterías de evaluación considera tareas de expresión verbal, comprensión auditiva, lectura y escritura, con el fin de valorar la competencia lingüística en todos los niveles del lenguaje (Junqué et al., 2004).

Posteriormente, luego de definir el diagnóstico del usuario, el objetivo del tratamiento apuntará a mejorar, mantener y rehabilitar estas competencias, para que la persona vuelva a desempeñarse adecuadamente en las actividades de la vida diaria (Ramírez y Colina Matiz, 2010). De este modo, el terapeuta puede optar por la aproximación de rehabilitación con mayor pertinencia para la situación del paciente (Junqué et al., 2004). Esta puede ser el restablecimiento de la función alterada, la compensación mediante la instauración de nuevas estrategias o la adaptación del entorno para maximizar la comunicación (Junqué et al., 2004).

Para Watila y Balarbe (2015), la recuperación de la afasia implica la reconstrucción de los circuitos neuronales para el lenguaje, lo cual puede depender de tres factores: relacionados con las lesiones, no relacionados con la lesión y relacionados con el tratamiento. Los que están asociados a la lesión son: localización y tamaño de la lesión, severidad del ACV y de la afasia, tipo de déficit del lenguaje, subtipo de ACV y factores metabólicos (Watila & Balarabe, 2015). Entre los factores que no están asociados a la lesión se encuentran el sexo, edad, dominancia cerebral, déficits cognitivos preexistentes, nivel educativo y factores ambientales – soporte familiar y motivación (Watila & Balarabe, 2015). En el caso de los factores

asociados al tratamiento Crinion y Leff (2007) refieren que la influencia de la terapia del lenguaje es difícil de evaluar porque ocurre una mejoría espontánea en su desempeño.

El terapeuta debe tener en cuenta que en ocasiones los usuarios recuperan sus capacidades sin ningún tipo de tratamiento, lo que se conoce como recuperación espontánea (Cuetos, 2004). Lo anterior, se explica ya que durante los primeros 90 días después de ocurrido el ACV se producen cambios neuronales exofocales como parte de la neuroplasticidad denominado diasquisis (Meyer, Megyesi, Meythaler, Murie- Fernández, Aubut, Foley, Salter, Bayley, Marshall & Teasell, 2010; Arango, Muñoz, Manrique, Potes & Umbarila, 2016). En este proceso ocurren cambios neurofisiológicos distantes causados directamente por una lesión focal, debido a la interrupción de las fibras que conectan y comunican dos regiones del cerebro (Junque et al., 2003; Carrera & Tononi, 2014). Los cambios que se producen deben correlacionarse adicionalmente con el comportamiento y tenderán a normalizarse con el tiempo (Carrera & Tononi, 2014). Esto explica que la sintomatología en la fase aguda del ACV tenga mayores repercusiones de lo esperado para la lesión, afectando la funcionalidad de una de estas áreas sin que hubiese muerte neuronal, sino que sólo estarían inactivas. (Junque et al., 2003).

Raymer, Beeson, Holland, Kendall, Maher, Martin, Murray, Rose, Thompson, Turkstra, Altmann, Boyle, Conway, Hula, Kearns, Rapp, Simmons-Mackie y González (2008) consideran que durante la etapa aguda y subaguda es donde más énfasis se debe dar a la terapia con el paciente, ya que se deben aprovechar los efectos de la recuperación espontánea. Además, Fontanesi y Schmidt (2016) han indicado que la recuperación más significativa se produce en el primer mes después de la lesión y en los próximos seis meses; luego de ese periodo, el nivel de evolución puede disminuir, pero no es necesariamente limitado. Sin embargo, para autores como Mohor, MacGregor, Difrancesco, Harrington, Pulvermüller y Shtyrov (2016) parece más prometedor investigar la reorganización cerebral y los efectos inducidos por la terapia en la fase crónica en lugar de la etapa aguda. En este caso, las variaciones neurofuncionales observados no se podrían atribuir a la recuperación espontánea o a cambios en el estado de ánimo, la situación social u otros factores que emergen lentamente con el tiempo (Mohor et al., 2016).

La investigación sobre plasticidad neuronal en la afasia ha conducido a hallazgos polémicos e inconsistentes (Mohr et al., 2016). Mientras que la mayoría de los estudios demostraron implicancias perilesionales del hemisferio izquierdo en la recuperación del lenguaje, otros reportaron activaciones de regiones del hemisferio derecho, específicamente en el lóbulo frontal inferior (Basso et al., 1989, Basso y Macis, 2011, Mohr et al., 2014) o incluso la participación de ambos hemisferios (Pulvermüller et al., 2005). Se destaca que la dinámica de activación y los patrones de lateralización funcional, durante la recuperación del lenguaje, parecen depender de una serie de diferentes variables, entre ellas, la eficacia de la neurorehabilitación o la fase de recuperación (Saur et al., 2006). Además, diversos estudios de neuroimagen han demostrado correlaciones entre las funciones lingüísticas y los patrones de activación cerebral en las áreas del lenguaje del hemisferio izquierdo (Pulvermüller et al., 2005, Heiss y Thiel, 2006, Meinzer et al., 2008), lo que indica la importancia de la activación de redes en el hemisferio izquierdo para la recuperación funcional de las capacidades lingüísticas y de comunicación (Mohr et al., 2016).

Considerando todo lo recabado respecto de la plasticidad neuronal y los aspectos que influyen en la terapia de afasia, es que se podría decir que “el objetivo último de la rehabilitación consiste en manipular las experiencias ambientales y de comportamiento del individuo después del ACV para guiar la reorganización neurológica de una manera que facilita la recuperación” (Dignam, Rodríguez & Copland, 2016: 256). Visto desde el enfoque cognitivo, es necesario dirigir la terapia hacia la alteración lingüística que presente el paciente y para esto Cuetos (2004) indica que se debe determinar el tipo de rehabilitación a utilizar, considerando dos aspectos fundamentales. Por un lado, conocer los procesos dañados, es decir, saber si se alteró algún módulo de representaciones o se debilitaron conexiones entre los almacenes (Cuetos, 2004). Por otro lado, estar al tanto de cuál es la naturaleza y el alcance de la lesión, para determinar si se ha dañado el mecanismo, completa o parcialmente o si el proceso está intacto (Cuetos, 2004).

Para orientar la terapia, es posible encontrar cuatro tipos de rehabilitación, los que están presentados en relación a la severidad (Cuetos, 2004). Es decir, que “si la alteración no es muy grave, se puede aconsejar intentar comenzar con un tratamiento del primer tipo y si no funciona se pasa a los de segundo tipo y así sucesivamente” (Cuetos, 2004: 164), ellos son:

- **Facilitación:** Busca proporcionar el acceso del paciente hacia la información que no consigue alcanzar (Cuetos, 2004). Para esto, se utilizan una serie de claves (dibujos, letras, fonemas, etc.) que le permiten al usuario recuperar la información retenida que no logra activar (Cuetos, 2004).
- **Reaprendizaje:** El objetivo de este tipo de rehabilitación, también conocido como restablecimiento, pretende re-enseñar las habilidades perdidas mediante la intervención directa en el contenido o por algún tipo ayuda externa (Cuetos, 2004).
- **Reorganización:** Denominado también “substitución”, este tipo de rehabilitación se aplica cuando se ha perdido información, pero, además, la lesión es de carácter grave, impidiéndole al usuario aprender las habilidades mediante los medios comúnmente utilizados, teniendo que buscar y aplicar otros procedimientos diferentes, utilizando los procesos conservados (Cuetos, 2004). Si bien, la reorganización puede asemejarse al de reaprendizaje, los pasos que se siguen o los procesos involucrados son distintos (Cuetos, 2004).
- **Adaptación:** Busca sustituir una habilidad perdida por otra que el usuario aún conserva y que le permita comunicarse, debido a que el paciente está incapacitado para realizar nuevos aprendizajes o reorganizaciones (Cuetos, 2004).

Según la ASHA (2011), hay dos enfoques generales de intervención que pueden ser utilizados en personas con afasia. El primero corresponde a las terapias basadas en la alteración, las cuales tienen como objetivo mejorar las funciones lingüísticas (ASHA, 2011). Sus procedimientos consisten en que el clínico trabaja directamente sobre habilidades específicas, ya sean auditivas, de escritura, habla o lectura (ASHA, 2011). El segundo enfoque son los tratamientos basados en la comunicación, donde el terapeuta tiene como objetivo mejorar la comunicación a través de cualquier medio, fomentando el apoyo de los cuidadores (ASHA, 2011). Este tipo de terapia se relaciona con interacciones naturales, que involucran desafíos comunicativos de la vida real (ASHA, 2011).

Nouwens, Dippell, de Jong-Hagelstein, Visch-Brink, Koudstaal y de Laul (2013) proponen que los enfoques de tratamiento son el cognitivo lingüístico y el comunicativo. Por un lado, el primero de estos, tiene como objetivo restaurar los procesos lingüísticos, y se

centra en los déficits de los componentes del lenguaje, es decir, semántica, fonología y sintaxis (Nouwens et al., 2013). Por otro lado, el enfoque comunicativo se centra en la compensación de la comunicación a través de las funciones preservadas, haciendo uso de todos los canales disponibles (Nouwens et al., 2013).

El tratamiento en afasia es complejo, por lo que se requiere un trabajo transdisciplinario en el que diversos profesionales como kinesiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, médico fisiatra, y otros (Donoso & González, 2012) participen activamente en la evaluación y la intervención. Esto implica que el usuario no debe recibir terapias paralelas, sino un tratamiento integrado e integral, que implique el diálogo permanente con el equipo de trabajo (Ithurrealde, 2016). Con el tratamiento también se busca generar el compromiso familiar, informándoles acerca del estado del afectado e intentando mejorar el entorno comunicativo, dirigiéndose a quienes lo rodean para mejorar las interacciones o actitudes inadecuadas y lograr que se restablezca la comunicación con el usuario. (Donoso & González, 2012; Ithurrealde, 2016)

Otro propósito de la terapia fonoaudiológica es concientizar acerca de la necesidad de continuidad del mismo y destacar la relación existente entre comienzo temprano y éxito en la recuperación (Donoso & González, 2012). Sin embargo, si bien el terapeuta del lenguaje está involucrado en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la afasia en todas las etapas de la recuperación, no existe un lineamiento universalmente aceptado que se puede aplicar a todas las personas con afasia (Brady, Kelly, Godwin & Enderby, 2012). Brady et al., (2012) sugiere que puede haber un beneficio de la terapia del habla y el lenguaje, pero la evidencia es insuficiente para indicar el mejor enfoque.

En síntesis, los métodos más efectivos para tratar la afasia todavía no se han determinado, y los estudios que investigan la eficacia de la terapia del habla y el lenguaje han dado resultados contradictorios. (Bhogal, Teasell & Speechley, 2003). Respecto a esto, Baumgaertner et al. (2013) afirman que la intervención del lenguaje debe sustentarse en la literatura y, por lo tanto, se deben medir sus resultados para determinar la ganancia de esta. Además, la eficacia de intervención de afasia se extiende más allá del tratamiento individual

tradicional, extrapolando también sus resultados positivos a la terapia grupal en alteraciones del lenguaje (Elman et al., 1999).

1.4 Terapia grupal en afasia

La terapia fonoaudiológica en afasia se concentra con mayor frecuencia en una metodología individual, donde se trabaja en base a los déficits específicos que existen en el lenguaje (Rosenbek, LaPointe, & Wertz, 1989; Sarno, 1991). A menudo deja de lado la percepción que tiene el paciente sobre los cambios que se van generando como resultado de la intervención y el impacto tanto en su vida diaria como en la inclusión social (Ribeiro, Panhoca, Dassie-Leite & Bagarollo, 2012). Holland (1975) plantea que las personas con afasia generan mayor interacción en un ambiente natural en comparación con sesiones uno a uno. Karilahti, en el año 1987 describe que se ha observado un aumento significativo en el uso de estrategias comunicativas en aquellas personas con afasia que reciben terapia en ambas modalidades de forma paralela, en comparación con las que solo reciben de forma individual.

El concepto de terapia grupal en personas con afasia comenzó a tomar relevancia en los años 50, donde principalmente estaba enfocada en aspectos psicosociales (Santana, 2015). Sin embargo, en la actualidad el foco de tratamiento está dirigido hacia aspectos pragmáticos con el fin de aumentar la interacción social (Santana, 2015). Según Santana (2015), Nickels (2016), Lucette (2013), Lanyon, Rose, Worrall., (2013), Davis (1986) y Wilcox (1983), los beneficios de la terapia grupal son múltiples, ofreciendo ventajas sobre la intervención individual. Según Elman y Bernstein-Ellis (1999) se ha observado mejoras en habilidades lingüísticas en personas luego de participar en grupos específicos de comunicación, pero no en otras actividades sociales que no estén direccionadas a trabajar con esta.

Este tipo de intervención facilita la generalización de la comunicación funcional en un entorno natural, promueve la interacción entre los miembros y proporciona habilidades pragmáticas (Davis, 1986; Wilcox, 1983). Junto con esto, los grupos de conversación ofrecen compañeros de comunicación y funciones interactivas naturales, lo cual puede aumentar la probabilidad de transferir las ganancias del tratamiento al hogar y la comunidad (Kearns & Elman, 2001; Lyon, 1992). Además, permite trabajar sobre el reconocimiento y formación de

una nueva identidad (Elman, 2007; Pound, Parr, Lindsay & Woolf, 2000; Shadden, 2007), aumenta la iniciativa en la toma de turnos y genera una mayor variedad de funciones comunicativas y actos de discurso (Davis, 1986; Wilcox, 1983).

Según Pachalska (1991) los procedimientos que se utilizan en la terapia grupal son estructurados y se enfocan en mejorar la función comunicativa, psicológica y social de las personas afásicas. El objetivo primordial de cualquier enfoque de tratamiento debe ser la “mejora de la comunicación en situaciones del mundo real, facilitando así la generalización de las habilidades más allá de la clínica” (Nickels, McDonald & Mason, 2016: 81). Según Elman y Bernstein-Ellis (1999), la terapia grupal es un complemento a la intervención individual, y se centra en las aptitudes comunicativas llevadas a entornos reales. Davis (1986) y Wilcox (1983) sugieren que de esta forma se logra un ambiente más natural, donde se pueden construir relaciones a través de experiencias compartidas. Además, Felson y Byng (2004) sostienen que es un contexto seguro para que los pacientes puedan improvisar con el lenguaje y crear diversas formas de comunicarse.

“El tratamiento grupal puede permitir una mayor oportunidad para que los pacientes inicien la comunicación, capitalizando en la capacidad conservada y la maximización percibida en la competencia comunicativa” (Fama, Baron, Hatfield & Turkeltaub, 2016: 2). El ser parte de un grupo brinda la oportunidad de observar y aprender patrones y estrategias del lenguaje de los otros, además de beneficiarse por el apoyo y confianza que proporciona el resto de los miembros (Felson & Byng, 2004). Para que este proceso sea exitoso, el grupo debe estar conformado por una dinámica de conversación que sea natural y cohesiva (Elman, 1999) donde lo ideal es que los participantes sean capaces de expresar un interés genuino por los tópicos conversacionales del resto (Felson & Byng, 2004).

Los modelos históricos de evaluación y tratamiento de la afasia se han centrado en la intervención de las competencias lingüísticas, sin embargo, en la actualidad se está prestando atención a la competencia pragmática y la comunicación funcional (Elman, 2007). Elman (2007) menciona que un mayor énfasis está focalizado en la mejora de habilidades sociales de los pacientes para aumentar la participación diaria. Además, este autor (Elman, 2007) en 1999 adoptó el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el cual refiere que el

objetivo clínico final para la persona con afasia es un mayor rendimiento en las actividades cotidianas. La generalización de las habilidades lingüísticas de la clínica a una mayor participación en los contextos ordinarios ha sido un resultado de muchos años y un desafío para muchos terapeutas del lenguaje. (Layfield, Ballard & Robin, 2013)

1.4.1 Características de la terapia grupal en afasia

Si bien a menudo se presentan diferentes bases teóricas, las cuales hacen hincapié en diversos aspectos del procedimiento, existen acuerdos en relación a la estructura de grupo y los procedimientos terapéuticos (Pachalska, 1991). El profesional fonoaudiólogo es el más capacitado para realizar la intervención de esta alteración, ya que conoce los procesos lingüísticos de las personas con afasia, y es capaz de proponer estrategias terapéuticas para reinsertar al paciente en el proceso comunicativo (Santana, 2015). Además, dentro de las características que este debe presentar, se encuentra la capacidad de analizar las interacciones de los participantes y adecuar las estrategias de comunicación de acuerdo a las necesidades del grupo (Elman & Bernstein- Ellis, 1999).

Según Pachalska (1991), el éxito de una terapia grupal en afasia depende de diferentes factores. En primer lugar, se encuentran las características de los participantes, las cuales deben ser lo más homogéneas posibles, tomando en cuenta la patología y el nivel de alteración de base, de acuerdo a escala de severidad y sintomatología de la alteración en aspectos cognitivos y de lenguaje. Para Pring (2004) este punto es fundamental, ya que menciona que es poco probable que se puedan ver resultados significativos si existe un grupo heterogéneo. En segundo lugar, está el número de miembros de la intervención, que debe fluctuar entre cuatro y cinco como máximo (Pachalska, 1991). En tercer lugar, Cherney (2012) sugiere que es esencial para el diseño e implementación de cualquier programa de tratamiento para la afasia la determinación de una dosis óptima. Esto requiere la consideración de varios factores, incluyendo la cantidad de tratamiento, la duración o longitud de tiempo que se le otorga y la intensidad o frecuencia con la que se proporciona (Cherney, 2016).

Pachalska (1991) propone que la duración de cada una de las sesiones no debe exceder una hora para mantener a los participantes concentrados. Sin embargo, este autor (Pachalska, 1991) no hace referencia a la cantidad de sesiones que se deben realizar para lograr resultados.

No obstante, un estudio realizado por Code, Tornay, Gildea-Howardine y Willmes (2010) reportó que existen efectos positivos al aplicar terapia intensiva, es decir, todos los días durante 4 semanas.

En conjunto con lo anterior, una serie de estudios aleatorios controlados (Bakheit et al., 2007; De Jong- Hagelstein et al., 2001; Godecke et al., 2012) sugieren que de 2 a 5 horas de terapia por semana son efectivas para lograr resultados en personas con afasia (Boghal, Teasell & Speechley, 2003; Robey, 1998). Similar es lo concluído por Lanyon, Rose y Worrall (2013), quienes luego de realizar una revisión sistemática sobre la eficacia de la terapia grupal, encontraron que en promedio las intervenciones se llevaron a cabo entre 1 a 5 días por semana con una duración aproximada de 1 a 4 horas. Cherney (2012) sugiere que el tratamiento aplicado a personas con afasia debe tener una duración mínima de 5 horas semanales para obtener resultados positivos.

Junto con eso, Greener, Enderby y Whurr (1991) mencionan que se ven cambios significativos cuando se realiza terapia en un promedio de 8.8 horas por semana, considerando un total de 11.2 semanas. Por lo tanto, la terapia intensiva, es decir, durante un corto periodo de tiempo, resultaría más eficaz que la intervención que se mantiene a largo plazo (Code, Tornay, Gildea- Howardine & Willmes, 2010). Además, los estudios de Kleim y Jones (2008) han demostrado que el tratamiento intensivo resulta en cambios significativos en el comportamiento, lo cual se observa en la neurofisiología y la neuroanatomía de los pacientes.

Richman, Redmond y Williamson (2009), proponen que la estructura básica de una sesión de terapia grupal debe estar formada por 4 momentos. Para comenzar debe existir una actividad de apertura, la cual corresponde a un breve periodo en que los participantes pueden socializar antes de partir con las tareas (Richman, Redmon & Williamson, 2009). Luego, el terapeuta debe guiar un espacio dirigido al desarrollo de los contenidos de la sesión, la comprensión de estos y la confianza para ejecutarlos (Richman, Redmon & Williamson, 2009). En seguida se debe seguir con las actividades escogidas para trabajar específicamente el lenguaje, planificando ideas que se relacionan con una temática específica a tratar (Richman, Redmond & Williamson, 2009). Finalmente, a través del discurso, los participantes

deben organizar la información de la sesión de manera funcional (Richman, Redmon & Williamson, 2009).

Se debe tener en cuenta que las actividades que se realizan deben ser simples, de forma de evitar grandes fallos por parte de los participantes (Pachalska, 1991). Además, es esencial la forma en que el terapeuta da las instrucciones, ya que deben ser lo más claras posibles para no distraer a los miembros (Pachalska, 1991). Berlin & Dashevskaya (1985) mencionan que cuando se trabaja con adultos, las tareas que se enfocan en competencia podrían resultar beneficiosas, ya que incorpora la cooperación entre los participantes y equipara las habilidades del grupo. Según Davis y Wilcox (1985), las actividades que se realizan deben ofrecer la posibilidad de cambiar las técnicas empleadas de acuerdo con las capacidades de cada uno de los miembros del grupo. Además, deben tener la opción de elegir el canal que más les acomode: gestual, palabras, dibujos, entre otros (Davis & Wilcox, 1985).

Brady (2016) menciona que para determinar la efectividad de una intervención que tiene como objetivo mejorar las habilidades comunicativas, los resultados deben medir dichas habilidades en escenario del mundo real, es decir, evaluar la comunicación funcional. La meta fundamental en la educación de una tarea es su realización a largo plazo (Bjork, 1994). Sin embargo, las mediciones que se realizan al finalizar la terapia mide lo que según Bjork (2009) se denomina rendimiento.

El rendimiento corresponde a aquello que podemos observar y medir durante la práctica o el entrenamiento de las actividades (Bjork & Bjork, 2009). Por otro lado, el aprendizaje se refiere a cambios en el conocimiento que pueden llegar a ser permanentes en el tiempo (Bjork & Bjork, 2009). No obstante, Bjork y Bjork (2009) mencionan que a través de una serie de experimentos se llegó a la conclusión de que mejoras en el rendimiento pueden ocurrir sin aprendizaje significativo.

Para garantizar el aprendizaje, se pueden variar los parámetros de una tarea o incrementar la variedad, tipo y rango de de la misma (Bjork, 1994). Cuando la enseñanza ocurre en condiciones predecibles, podrá ser recuperado sin dificultad, por lo que no podrá ser llamado aprendizaje (Bjork & Bjork, 2009). Por lo tanto, variar las condiciones de práctica de una tarea puede mejorar el recuerdo posterior (Bjork & Bjork, 2009).

Las actividades de comunicación que giran en torno a contenidos emocionales mejora la comprensión y compromiso en sujetos con afasia (Reuterskiold, 1991; Barrett et al., 1991), por lo tanto, según Reuterskiold (1991) y Barrett et al., (1999), dentro de la estructuración de las sesiones deben existir tareas que se enfoquen en este aspecto. Según Richman, Redmond y Williamson (2009), los participantes que conforman el grupo son los que determinan los temas que se trabajarán durante la terapia. De esta forma, se espera un rendimiento óptimo, ya que se impulsará la expresión espontánea de sentimientos y el intercambio de información socialmente relevante para los participantes con contenido emocional (Galletta & Barrett, 2014). Además, este tipo de actividades permiten que la información que se está intercambiando sea almacenada de mejor manera (Galletta & Barrett, 2014).

El grupo debe por tanto tener una estructura apropiada, donde las actividades deben ser discutidas por el equipo terapéutico, tomando en cuenta el número de participantes, el tipo de paciente y rol del terapeuta (Pachalska, 1991). Además, las actividades que se realicen deben tener un fin comunicativo, donde exista una interacción entre los participantes de forma espontánea (Davis & Wilcox, 1985). En este caso, el rol del terapeuta es guiar el proceso cuando este se vea interrumpido, a modo de facilitar la tarea que se está llevando a cabo (Pachalska, 1991).

Para poder lograr el éxito de la terapia, resulta esencial incluir a la familia dentro del proceso de rehabilitación (Brady, Kelly, Godwin, Enderby & Campbell, 2016). El trabajo en conjunto del fonoaudiólogo con el paciente y sus cuidadores ha demostrado resultados positivos, ya que se logra maximizar la comunicación y participación social del individuo (Brady, Kelly, Godwin, Enderby & Campbell, 2016). Sin embargo, Carr (2011) menciona que muchas veces el círculo cercano de los usuarios no está al tanto respecto a las repercusiones que puede tener la afasia en las personas, por lo que educar a todos los miembros de la familia respecto a la alteración es crucial. Además, Richman, Redmond & Williamson (2009) sugieren que se debe involucrar a todos los cuidadores fomentando los intentos de comunicación y monitoreo con otros.

Junto con lo anterior, se recomienda ofrecer una intervención directa a la familia y amigos del paciente, ya que ellos también se ven afectados por la alteración que este tiene

(Lindsay, Gubitz, Bayley, Hill, Davies- Schinkel, Singh & Phillips, 2010; Hallé, le Dorze & Mingant, 2014). En este caso, la terapia debe ir dirigida a asumir la situación por la que están pasando, debido que resulta completamente nueva (Hallé, Le Dorze & Mingant, 2014). No se deben dejar de lado las necesidades y apoyo hacia el círculo cercano del usuario, ya que ellos también presentan cambios en la comunicación y relación con los demás (Brown, Worrall, Davidson & Howe, 2012; Denman, 1998; Hallé, Duhamem & Le Dorze, 2011; Howe, Davidson, Worrall, Hersh, Ferguson, Sherratt & Gilbert, 2012; Le Dorze & Brassard, 1995; Le Dorze & Signori, 2010).

1.4.2 Intervenciones de terapia grupal en afasia

Dentro de la evidencia bibliográfica se han encontrado distintos tipos de intervenciones de terapia grupal. Entre las más frecuentes se encuentra el “Constraint-Induced Aphasia Therapy” (CIAT), también conocido como “Constrain-Induced Language Therapy” (CILT) o “Intensive Language Action Therapy” (ILAT) (MacGregor, Difrancesco, Pulvermuller, Shtyrov & Mohr, 2015; Pulvermuller, Neiningen, Elbert, Mohr, Rockstroh, Koebbel & Taub, 2001). Esta se refiere a una terapia intensiva verbal que se basa en cuatro componentes principales: 30 horas de terapia en 2 semanas, tareas que van en aumento de complejidad, restricción en ayudas no verbales y tareas que se realizan en torno a juegos basados en la interacción (Difrancesco, Pulvermuller & Mohr, 2012; Szaflarski, Ball, Vannest, Dietz, Allendorfer, Martin, Hart & Lindsell, 2015).

Una extensión del CIAT es el CIAT Plus, el cual incluye estímulos de palabra escrita y programas de práctica en el hogar (Meinzer, Djundja, Barthel, Elbert, Rochstroh, 2005). Kirmess y Mahler (2010) sugieren que el CIAT puede ser modificado para acomodarse a las demandas de un entorno de terapia en etapa subaguda. También puede ser administrado en duraciones de tratamiento más cortas que la original (Szaflaraki, Ball, Grether, Al-Fwaress, Griffith & Neils-Strunjas, 2008), encontrándose así variaciones del CIAT como el CIAT-D (Mozeiko, Coelho & Myers, 2015) y el CIAT modificado (Ciccone, West, Cream, Cartwright, Rai, Granger, Hankey & Godecke, 2015)

El “Multi-Modality Aphasia Therapy” (M-MAT) es otro tipo de intervención, el cual mantiene los criterios que utiliza el CIAT en cuanto a actividades, pero realiza modificaciones

(Rose, Mok, Carragher, Katthagen & Attard, 2015). En este caso se busca aprovechar aquellas habilidades que se encuentran preservadas para ser utilizadas como medios de compensación o facilitadores en los procesos de habla y lenguaje (Rose, 2006). Las instrucciones y pistas que se brindan a los participantes pueden ser entregadas a través de diferentes modalidades, es decir, gestos, dibujos, escritura y lectura (Rose, Mok, Carragher, Katthagen & Attard, 2015). No existen barreras entre las personas que interactúan, ya que se incita a que las interacciones sean realizadas tanto de manera verbal como no verbal (Rose, Mok, Carragher, Katthagen & Attard, 2015).

También se encuentran las terapias de conversación, en las cuales el tratamiento de conversación en grupo es un enfoque social destinado a mejorar la comunicación social, que ha demostrado mejoras en las habilidades lingüísticas en personas con afasia según las puntuaciones totales en pruebas formales de lenguaje (Elman & Bernstein-Ellis, 1999a). En esta categoría se ubican la Intervención basada en un modelo de enfoque social (Group intervention involving a social model approach) (Ross, Winslow, Marchant & Brumfitt, 2006) y el Tratamiento grupal con orientación social (Socially oriented group treatment) (Hoover, Caplan, Waters, Budson, 2014).

Según Antonucci (2009) se ha observado que, en tratamientos individuales adaptados a terapia grupal, el grupo provee una oportunidad para intensificar el intercambio efectivo de información. En este sentido, el Semantic Feature Analysis (SFA) es una intervención de terapia individual en afasia que entrena a los pacientes con dificultades en el acceso al léxico (Boyle, 2004). Se provee información semántica sobre los conceptos en los que estos tienen dificultad en nombrar, mediante la distinción de características semánticas de distintas palabras los individuos son motivados a elicitarse respuestas en torno a actividades (Boyle, 2004). Esta terapia fue adaptada para ser aplicada en terapia grupal y ha demostrado evidencia que mejorar el acceso al léxico cuando es entrenado en esta modalidad. (Antonucci, 2009).

Finalmente, Pachalska (1991) menciona que la estructura de los grupos no siempre está bien organizada, y que debe ser requisito dentro de las intervenciones grupales especificar una serie de criterios base, como los objetivos de la terapia, métodos utilizados, estructura del grupo, procedimientos, etc. De esta forma se evitan situaciones que afecten los resultados de

las sesiones, donde además se requiere una selección y preparación adecuada de los materiales que se utilizarán durante las sesiones (Pachalska, 1991). A su vez, Cermak (2011) realizó un estudio en torno a la eficacia de la terapia grupal en personas con afasia crónica, donde obtuvo que la efectividad de distintos tratamientos era inconsistente. Este autor (Cermak, 2011) atribuye estos datos a las herramientas y metodología de las distintas terapias, ya que las intervenciones utilizaban diversos criterios de selección. Sin embargo, Cermak (2011) indica que en orden de identificar características de terapia grupal que se relacionen con resultados positivos de la misma, se requieren investigaciones que indaguen y analicen este tema.

II. MARCO METODOLÓGICO

En el área de fonoaudiología, la terapia en grupo se considera una adición a la terapia individual, centrándose en la generalización de las habilidades de comunicación para las actividades de la vida diaria (Elman & Bernstein-Ellis, 1999). Asimismo, ofrece un ambiente natural el cual se centra en las habilidades pragmáticas y ayuda a las personas a construir relaciones a través de experiencias compartidas (Cermak, 2011). En personas con afasia se han encontrado distintos resultados en cuanto a la efectividad de los programas de terapia en grupo. Lo anterior se puede explicar por las diferencias en el enfoque de cada programa de intervención grupal (Cermak, 2011).

En el siguiente apartado se presenta el marco metodológico de la investigación, de naturaleza cualitativa. En primer lugar, se expone el planteamiento del problema donde se establece la pregunta de investigación, el objetivo del estudio, la justificación, viabilidad y deficiencias en el conocimiento del problema. Posteriormente, se plantean el objetivo general y los específicos. Finalmente, se presenta el tipo de estudio, la descripción de las muestras, categorías, instrumentos de recolección de información, herramientas y materiales a utilizar.

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Pregunta de Investigación

¿Qué características poseen las intervenciones grupales en afasia?

2.1.2 Objetivo del Proyecto

La revisión bibliográfica sistemática se define como “un estudio pormenorizado, selectivo y crítico que integra la información esencial en una perspectiva unitaria y de conjunto.” (Vera, 2009). De acuerdo a Vera (2009), este pretende recopilar la información importante acerca de un tema específico, examinar la bibliografía publicada y situarla dentro de cierta perspectiva.

La presente investigación pretende sistematizar la información publicada respecto a las intervenciones en grupo para personas con afasia. Además, se procura identificar aspectos

conocidos, desconocidos y controvertidos en relación al tema para, finalmente, analizar las diferentes perspectivas referentes a las características que poseen las terapias grupales en afasia.

2.1.3 Justificación

Aunque hace algún tiempo solo se consideraba la intervención grupal como un recurso para la mantención de habilidades, hoy en día ha demostrado producir avances considerables desde el punto de vista lingüístico y comunicativo, especialmente en la etapa crónica de la afasia (Pulvermüller, 2001; Berthier, 2008). Fama (2016), declara que el tratamiento grupal permite una oportunidad mayor en los pacientes para iniciar situaciones conversacionales, lo cual incide directamente en la calidad de vida de las personas. Sin embargo, la evidencia disponible en cuanto a investigaciones experimentales en terapia grupal para afasia es escasa. En consecuencia, no existen lineamientos explícitos y actualizados para diseñar y ejecutar terapias grupales de forma efectiva y con validez (Lanyon, 2013).

Debido a lo anterior, surge la necesidad de organizar y analizar la información respecto a las características de diferentes intervenciones grupales en afasia. Es imperante realizar un análisis crítico de las investigaciones, con el fin de identificar los conceptos claves dentro de cada programa terapéutico y dilucidar su efectividad. Esta información resulta valiosa, puesto que puede ser utilizada para la planificación de terapias grupales y, a su vez, convertirse en una fuente de referencia desde donde los terapeutas tengan la posibilidad de explorar los costos y beneficios de su implementación respecto dentro del tratamiento de pacientes con afasia en fase crónica (Lanyon, 2013).

La revisión sistemática ofrece una “síntesis de información respecto de un tema específico que le permite al clínico resolver sus dudas de forma eficiente” (Letelier, Manríquez & Rada, 2005: 37). De este modo se organizan y analizan las principales características de los programas aplicados y descritos en la bibliografía respecto al tema en estudio. Por lo tanto, esta revisión bibliográfica sistemática será una fuente de información de fácil acceso, donde distintos investigadores podrán encontrar lineamientos teóricos y

metodológicos respecto a la terapia grupal en personas con afasia, lo cual podrá aportar al planteamiento de nuevas hipótesis para futuros estudios.

2.1.4 Viabilidad del Estudio

Tomando en consideración los recursos materiales, humanos y financieros, se considera que esta investigación es viable debido a que la recopilación de información de los diversos estudios se obtendrá mediante la revisión de revistas y artículos de divulgación científica obtenidos desde plataformas informáticas con buscadores web que ofrece la Universidad de Valparaíso. Este tipo de servidor entrega acceso a distintas bases de datos que permiten conseguir la información sin costos. Además, al ser una investigación que no utiliza al ser humano como objeto de estudio, no cuenta con algún factor de riesgo relacionado con la participación de personas en el proceso.

2.1.5 Deficiencia en el Conocimiento del Problema

Los estudios disponibles actualmente respecto a terapias grupales en afasia se presentan, en su mayoría, en el idioma inglés, dejando en evidencia la falta de avances escritos en otras lenguas, como español y portugués (Lanyon, Rose & Worrall, 2013; Pachalska, 1991; Elman, 2007). Además, las revisiones sistemáticas existentes generalmente informan un soporte limitado para la intervención en patologías del habla y lenguaje, lo que se relaciona directamente con las limitaciones en el proceso metodológico y la información deficiente revisada para la investigación en proceso de revisión (Layfield, Ballard, Robin, 2013). Pring (2004), indicó que lo anterior, se debe a la diversidad de presentación clínica observada en los usuarios con trastornos del lenguaje adquirido, señalando que es poco probable que terapias de cualquier tipo sean igualmente eficaces en un grupo tan heterogéneo de pacientes; por lo que es menos probable que los resultados revelen hallazgos significativos y la aplicabilidad de los mismos, si la variabilidad del grupo es muy alta.

Autores como Togher y cols. (2009) realizaron 35 ensayos controlados aleatorios y estudios de comparación de grupo de tratamiento de afasia y también reportaron problemas con la calidad de la metodología asociada a los sesgos internos de estudios no controlados. También reconocieron que el menor nivel de evidencia puede resultar de una falta de claridad

en la información metodológica. Esta investigación consideró que los altos estándares de evidencia, como revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorios, eran limitados; predominando la literatura de menor calidad, tales como series de casos y diseños de caso único controlados o ensayos no controlados, los cuales corresponden al 90% de los estudios recuperados para esta investigación

2.2 Objetivo

2.2.1 Objetivo General

- Determinar características de la intervención grupal en personas con afasia.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Sistematizar la evidencia bibliográfica respecto a intervenciones grupales en personas con afasia.
- Organizar la información bibliográfica publicada en base a las características de las intervenciones grupales en personas con afasia.
- Analizar la información bibliográfica publicada en base a las características de las intervenciones grupales en personas con afasia.
- Describir las características de la intervención grupal en personas con afasia.

2.3. Tipo de estudio

2.3.1. Enfoque

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), un enfoque cualitativo se caracteriza por utilizar la recolección de datos sin medición numérica. El fin de este tipo de estudio es descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. Así mismo, estos autores señalan que este enfoque “se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni completamente predeterminados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico” (Hernández et al., 2010: 9).

El presente estudio consideró que el enfoque cualitativo es el más indicado para sus propósitos, debido al carácter de revisión sistemática respecto al tema central. Para esto se pretendió recopilar información desde distintos documentos y fuentes bibliográficas actualizadas, con una antigüedad no mayor a 10 años. Finalmente, se realizó un análisis crítico y posterior discusión en base a los resultados e información obtenida.

2.3.2. Alcance

El presente estudio tuvo un alcance descriptivo, el cual “únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren” (Hernández et al., 2010: 80). Se determinó este tipo de alcance ya que se pretenden mostrar las diferentes dimensiones que surgen en base al tema central, es decir, terapia grupal en afasia. Con esto se creó una recopilación de información que facilitó la búsqueda de bibliografía a profesionales que requieran datos relacionados con el tema central.

2.3.3. Diseño

Según Espinosa (2009) el análisis documental es una actividad analítico-sintética, cuya realización se ve influida por diferentes procesos del analista. El producto de tal actividad, como lo es este documento, se expresó a través de recursos lingüísticos que permiten su recuperación, por ejemplo, palabras claves, encabezamiento de materia, descriptores y términos. Los investigadores debieron realizar un proceso de interpretación, análisis de la información de los documentos y luego síntesis de la información.

2.4. Descripción de la muestra

2.4.1. Muestra

Correspondieron a todos los artículos de investigación científica de acceso digital que han sido publicadas en revistas indexadas. Además, se encontró delimitada por los criterios de inclusión y exclusión de la investigación.

- **Tipo de muestra**

La muestra fue de tipo no probabilístico, ya que se necesita seleccionar la muestra de acuerdo a sus características y no mediante probabilidades (Hernández et al, 2010).

- **Tamaño de la muestra**

Corresponde a todos los documentos encontrados entre enero 2006 y septiembre del 2016 que contengan información respecto a terapia grupal en afasia, usando el criterio de saturación de la información para delimitar la muestra.

- **Unidades de información**

Artículo científico original y documento digital que se encuentra publicado en sitios web especializados en el área.

- **Criterios de selección de la muestra**

- **Criterios de Inclusión**

Se incluyeron en la investigación los documentos que cumplieron con las siguientes características:

- a. Publicaciones en revistas indexadas encontradas utilizando las palabras clave “afasia”, “terapia grupal”, “intervención grupal” y “tratamiento grupal” en las combinaciones “afasia” y “terapia grupal” o “intervención grupal” o “tratamiento grupal” en español, inglés y portugués.
- b. Publicaciones en idioma español, inglés o portugués.
- c. Intervención realizada en grupos de dos o más personas con afasia.
- d. El objetivo de la intervención grupal sea mejorar el lenguaje, la comunicación y/o el bienestar psicológico (Cermak, 2011; Cochrane, 2016).
- e. Investigaciones con un diseño metodológico de tipo experimental (Cermak, 2011).
- f. Investigaciones con resultados estadísticamente significativos o cambios cualitativos.

- g. Investigaciones con resultados atribuibles específicamente a la terapia grupal.
- **Criterios de Exclusión**
 - a. Publicaciones en idioma que no sea español, inglés o portugués.
 - b. Investigaciones con un diseño metodológico de tipo observacional.
 - c. Investigaciones con resultados estadísticamente no significativos y sin cambios cualitativos.
 - d. Resultados de las investigaciones pueden ser atribuidos a otros factores aparte de la terapia grupal.

2.5 Instrumentos de recolección de información

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), el investigador es quien -mediante diversos métodos o técnicas- recoge los datos. “No sólo analiza, sino que es el medio de obtención de la información.” (Hernández et al., 2010: 409). Además, “los instrumentos no son estandarizados, en ella se trabaja con múltiples fuentes de datos, que pueden ser entrevistas, observaciones directas, documentos, material audiovisual, etc.” (Hernández et al., 2010: 409).

Por lo anterior, los investigadores serán los encargados de recolectar la información a través de una búsqueda en bases de datos y revistas indexadas en la web. Los investigadores corresponden a los alumnos tesistas de quinto año de la Escuela de Fonoaudiología: Ornella Espósito Vergara, María Neuling Pereira, Diandra Novoa Martínez, Cristian Tapia Maldonado y Nelson Valdivia Salinas; además del investigador principal y profesor guía de la tesis, la fonoaudióloga Ingeborg Pacheco Labrín.

2.6 Herramientas

Se utilizaron como herramientas para la búsqueda y recopilación de información, las notas de campo y los buscadores web que entregan acceso a la información solicitada, tales como: Scielo, Wiley Online library, Scopus, Oxford Journals, Elsevier, Springer, PubMed, Taylor and Francis y Cochrane. Se accede a las bases de datos a través del *proxy* de la Universidad de Valparaíso.

Además, se realizó una bitácora de campo, que consiste en un instrumento de registro de actividades. Su objetivo es planificar de manera eficiente y llevar control por escrito de la ejecución y aplicación de la investigación durante el trabajo de campo. El registro presentó un cronograma organizado de la realización de actividades, considerando de igual manera acontecimientos diferentes a los establecidos en el programa, así como relatar el cumplimiento de eventos en tiempo o situaciones presentadas en el trabajo de grupo.

2.7 Trabajo de campo

En la terapia fonoaudiológica en pacientes con afasia, se proponen diferentes criterios, enfoques y programas terapéuticos los cuales difieren considerablemente unos de otros. Por tal motivo, se decide realizar una revisión bibliográfica sistemática en torno a las terapias grupales en personas con afasia. Debido a que este tipo de estudio no involucra la participación de personas como sujeto experimental se prescinde de la aprobación del comité de bioética de la Universidad de Valparaíso. De este modo, se comenzó la investigación y se fijaron los pasos a seguir a fin de entregar el resultado final en el tiempo estipulado.

Para comenzar, los investigadores buscaron el acceso a bases de datos de revistas científicas indexadas. Para esto, se pusieron en contacto con el bibliotecólogo del Campus de la Salud de la Universidad de Valparaíso, quien les instruyó acerca de cómo ingresar a los buscadores con los cuales la universidad posee un convenio. Luego, se procedió a instalar el *proxy* en los computadores personales, con el fin de facilitar el acceso a los archivos fuera de la red de navegación de la casa de estudios.

El segundo paso fue comenzar la recolección de artículos de investigación científica en torno al tema de intervención grupal en personas con afasia. Para esto, se realizó una búsqueda en las bases de datos de revistas científicas indexadas Scielo, Wiley Online library, Scopus, Oxford Journals, Elsevier, Springer, PubMed, Taylor and Francis y Cochrane. Este proceso se realizó ingresando palabras claves en los buscadores en diferentes combinaciones para obtener el mayor número de artículos científicos, las palabras claves utilizadas fueron: “afasia”, “terapia grupal”, “intervención grupal” y “tratamiento” y en las combinaciones “afasia” *AND* “terapia grupal” *OR* “intervención grupal” *OR* “tratamiento grupal” en el idioma español,

inglés y portugués. De esta manera se logró recopilar toda la información para su posterior selección, organización y análisis.

Luego de abastecerse con toda la información disponible en las bases de datos, se aplicó un filtro al número total de artículos, identificando los conceptos “afasia”, “terapia grupal” e “intervención grupal” dentro de las palabras clave de cada estudio. Después, se procedió a escoger los artículos de interés para la investigación aplicando los criterios de inclusión y exclusión descritos en la metodología del proyecto. Una vez seleccionadas las publicaciones pertinentes, se les asignó un código numérico para identificarlos a lo largo del proceso.

Ya organizada la información, se inició una segunda lectura de carácter más profundo. En esta oportunidad, se extrajeron los datos relevantes para el estudio, poniendo especial atención en las características de la intervención descrita en el artículo y el resultado de la investigación. En seguida, se concretó el análisis organizando los datos en tablas sintéticas y comparando la información de acuerdo a cada criterio expuesto. Finalmente, se correlacionaron los resultados con la teoría presentada en el primer capítulo y se describieron las características de la intervención grupal en afasia en base a la información recabada.

2.8 Materiales

- Computador Toshiba Satellite L735
- Computador HP 1000-1110LA
- Computador Sony SVF15AA1QU
- Computador Lenovo Yoga 300-11
- Computador HP Pavilion G4

III. RESULTADOS

En este apartado, se presentan los resultados del proceso de búsqueda y análisis de investigaciones científicas en torno al tema de intervención grupal en afasia. Se enseñan los pasos de recolección y selección de los artículos revisados. Además, se muestran los datos extraídos de los estudios, utilizando las características de la intervención grupal como criterios de análisis. Toda la información se organiza en tablas sintéticas y se recolecta para su posterior correlación y discusión.

3.1. Resultados de la búsqueda y selección de artículos científicos

El proceso de búsqueda de los artículos científicos se realizó ingresando las palabras claves en cada una de las bases de datos disponibles. En la Tabla 1 se presentan los resultados de la primera búsqueda, especificando la fuente examinada, el total de elementos arrojados, el número de estudios potenciales y la cantidad de artículos seleccionados que formaron parte de la muestra final. La última fila corresponde al número general de publicaciones encontradas y seleccionadas en todos los buscadores explorados.

Tabla N°1. Resultado de la búsqueda inicial

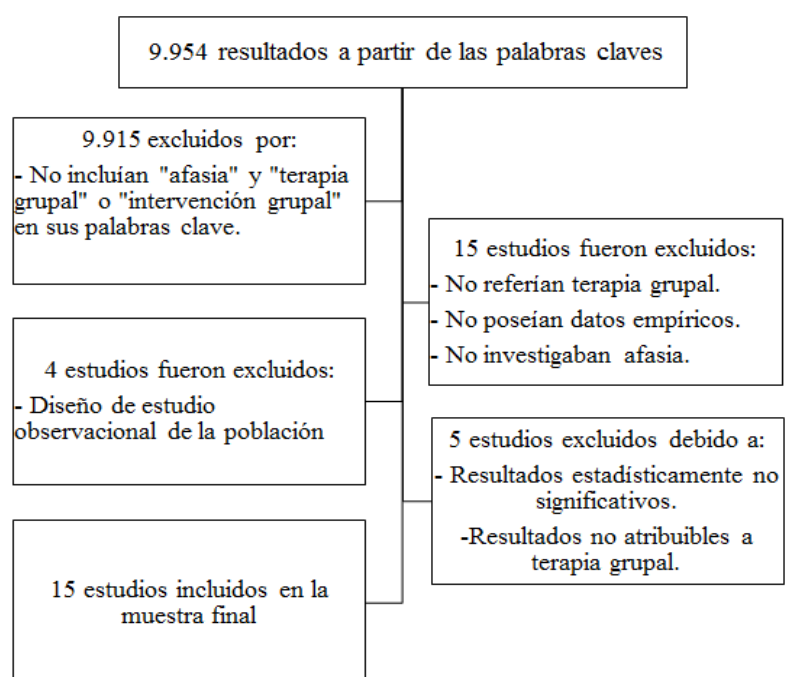
Buscador	N° Resultados por palabras clave	N° de estudios potenciales	N° de estudios incluidos en la muestra final
Scielo	0	0	0
Wiley Online library	2930	1	1
Scopus	113	11	4
Oxford Journals	0	0	0
Elsevier	5191	1	1
Springer	102	1	1
PubMed	57	6	2

Taylor and Francis	1510	16	5
Cochrane	51	3	1
TOTAL	9954	39	15

De acuerdo a la síntesis presentada en la Tabla 1, se encontraron 9.954 artículos en total. La mayor parte de ellos provino de los buscadores Elsevier, Springer y Wiley Online Library, mientras que no se obtuvieron datos de Scielo y Oxford Journals. El número de estudios potenciales fueron 39 y se seleccionaron 15 para la muestra final, los cuales provienen, en su gran mayoría, de las bases de datos de Taylor and Francis y Scopus. Cabe destacar que el grupo definitivo está compuesto en su totalidad por artículos en idioma inglés, sin considerar ningún estudio en lengua española o portuguesa.

A continuación, se grafican los pasos de selección de los artículos científicos al aplicar los criterios de inclusión y exclusión. De este modo, se completa el proceso para constituir la muestra final. En la figura 2, se presentan los datos a través de un diagrama de flujo.

Figura 2. Proceso de selección de artículos científicos



Tal como se describe en la figura 1, de un total de 9.954 artículos encontrados en los buscadores, se excluyeron 9.915 por no presentar los conceptos en sus palabras claves y otros 15 por no poseer datos empíricos y/o por no investigar la afasia. Posteriormente, se eliminaron otros 4 estudios por presentar un diseño observacional y otros 5 por describir resultados estadísticamente no significativos o no atribuibles a la terapia grupal. Finalmente, se obtienen 15 artículos correspondientes a la muestra definitiva.

En la siguiente tabla (Tabla 2) se presenta el listado de los 15 artículos incluidos dentro de la muestra definitiva. El cuadro se organiza identificando al primer autor de la investigación, el año de publicación y el título del estudio. Mayor información acerca de cada artículo científico se encuentra disponible en el Anexo 1. El nombre del artículo se presenta en su idioma original, siendo en su totalidad en lengua inglesa.

Tabla 2. Artículos incluidos dentro de la muestra final

Primer autor	Año de publicación	Título de la investigación
Antonucci	2009	Use of semantic feature analysis in group aphasia treatment.
Attard	2013	The comparative effects of Multi-Modality Aphasia Therapy and Constraint-Induced Aphasia Therapy-Plus for severe chronic Broca's aphasia: An in-depth pilot study
Ciccone	2015	Constraint-induced aphasia therapy (CIAT): a randomised controlled trial in very early stroke rehabilitation
Falconer	2012	Use of semantic feature analysis in group discourse treatment for aphasia: Extension and expansion
Kim	2016	A pilot study examining the impact of aphasia camp participation on quality of life for people with aphasia
Louise	2015	Effects of impairment-based individual and socially oriented group therapies on verb production in aphasia
Macgregor	2015	Ultra-Rapid Access to Words in Chronic Aphasia: The Effects of Intensive Language Action Therapy (ILAT)
Maher	2006	A pilot study of use-dependent learning in the context of Constraint Induced Language Therapy
Mozeiko	2015	The role of intensity in constraint-induced language therapy for

		people with chronic aphasia
Rose	2013	Multi-modality aphasia therapy is as efficacious as a constraint-induced aphasia therapy for chronic aphasia: A phase 1 study
Rose	2015	Comparing multi-modality and constraint-induced treatment for aphasia: a preliminary investigation of generalisation to discourse
Ross	2006	Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention.
Stahl	2016	Using language for social interaction: Communication mechanisms promote recovery from chronic non-fluent aphasia
Szaflarski	2015	Constraint-Induced Aphasia Therapy for Treatment of Chronic Post-Stroke Aphasia: A Randomized, Blinded, Controlled Pilot Trial
Wilssens	2015	Constraint-Induced Aphasia Therapy Versus Intensive Semantic Treatment in Fluent Aphasia

3.2. Resultados del análisis de datos

Los artículos seleccionados fueron analizados con el fin de extraer los antecedentes relevantes para la investigación. La recolección y organización de los datos se realizó en torno a tres temas principales: las características de la intervención, las actividades ejecutadas y los resultados del tratamiento. Para facilitar la comparación de los distintos programas, se agruparon todas las investigaciones que describen el mismo tipo de terapia grupal (CIAT, M-MAT, FSA, etc.) y se analizan en un cuadro único.

3.2.1. Características de las intervenciones grupales

En la Tabla 3 se presenta la información de las características de la intervención grupal obtenida de los 15 artículos revisados. Los datos se seleccionaron y organizaron de acuerdo a los siguientes criterios: número de participantes, perfil de la afasia de los participantes, número, frecuencia y duración de las sesiones y terapeutas involucrados. Se identifica cada artículo científico con el nombre del primer autor y el año de publicación y se agrupan de acuerdo al tipo de intervención descrita.

Tabla 3. Características de las intervenciones grupales

Autor (año)	Programa/ intervención	N° de participantes	Perfil de la afasia	N° de sesiones	Intensidad de la terapia		Terapeutas
					Frecuencia de sesiones (veces por semana)	Duración de sesiones (horas)	
Mozeiko (2015)	CIAT/ CITL/ ILAT	2	T: Variable S: Variable I: 12 meses	10	5	3	1 SLP
Maher (2006)		2 - 3	T: Variable S: Moderada I: >12 meses	8	4	3	2 SLT
Szaflarski (2015)		3 - 4	T: Variable S: Variable I: >12 meses	10	5	4	Clínicos
Wilssens (2015)		2 - 3	T: A. fluente S: Moderada I: >12 meses	10	5	2 - 3	2 SLP (E)
Stahl (2016)		3	T: A. no fluente S: Variable I: >12 meses	6	6	3.5	Neuro- científico clínico
MacGregor (2015)		3	T: A. no fluente S: Leve a mod. I: >12 meses	10	5	3 - 4	2 SLP
Attard (2013)	CIAT plus	2	T: A. Broca S: Severa I: >12 meses	8	4	3.25	N/M
Rose (2015)		2 - 5	T: Variable S: Variable I: >12 meses	10	5	3	2 SLP
Rose (2013)		2 - 3	T: Variable S: Variable I: >12 meses	8	4	3.25	2 SLP
Mozeiko (2015)	(CILT-D)	2	T: Variable S: Variable I: 12 meses	30	3	1	1 SLP
Ciccione (2015)	CIAT modificado	2 - 4	T: Variable S: Variable I: 11 días	20	4 - 5	0.75 - 1	1 SLP

Continuación Tabla 3

Autor (año)	Programa/ intervención	N° de participantes	Perfil de la afasia	N° de sesiones	Intensidad de la terapia		Terapeutas
					Frecuencia de sesiones (veces por semana)	Duración de sesiones (horas)	
Attard (2013)	M - MAT	2	T: A. Broca S: Severa I: >12 meses	8	4	3.25	N/M
Rose (2015)		2 – 5	T: Variable S: Variable I: >12 meses	10	5	3	2 SLP
Rose (2013)		2 – 3	T: Variable S: Variable I: >12 meses	8	4	3.25	2 SLP
Antonucci (2009)	SFA	2	T: A. fluente S: N/M I: 8 – 32 meses	14	2	1-1.5	1 clínico
Falconer (2012)		4	T: Variable S: Mod- sev I: >24 meses	14	2	1.5 – 2	1 SLP
Stahl (2016)	<i>Naming Therapy</i>	3	T: A. no fluente S: Variable I: >12 meses	6	6	3.5	Neuro- científico clínico
Ross (2006)	<i>Group intervention involving a social model approach</i>	7	T: N/M S: moderada I: 4 – 29 meses	11	1	2	2 SLP 4 SLP (E) 1 Disability equality trainer 2 personal assistant
Hoover (2014)	<i>Socially oriented group treatment</i>	4	T: A. de Broca S: N/M I: >6 meses	12	2	2.25	1 SLP
Kim (2016)	ABAC	4 - 5	T: Variable S: Variables I: >12 meses	3	3	N/M	1 SLP SLP (E)

CIAT= Constraint Induced Aphasia Therapy; CILT= Constraint Induced Language Therapy; ILAT= Intensive language-action therapy; M-MAT= Multi-Modality Aphasia Treatment; SFA= Semantic feature analysis; ABAC= Alberta Aphasia Camp; T= tipo; S= severidad; I= Inicio; Mod = Moderada; Sev = Severa; SLP= Speech Language Pathologist; (E) = Estudiante; N/M = No menciona.

La mayor parte de los artículos revisados describen programas de intervención grupal basados en evidencia, tal como el Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT), el CIAT plus, el Multi-modality Aphasia Therapy (M-MAT), entre otros. Mientras que otras investigaciones utilizan métodos de terapia individual aplicados en formato grupal, como es el caso del Semantic Feature Analysis (SFA) y el Naming Therapy. También se observan intervenciones basadas en un enfoque social, con un método menos estructurado, como Alberta Aphasia Camp (ABAC), Biographic-Narrative Interviews (BNI), el tratamiento grupal con orientación social (Socially oriented group treatment) y la intervención basada en un modelo social (Group intervention involving a social model approach).

Respecto al número de participantes, los resultados fueron variados. Todos los programas del CIAT, incluyendo sus derivados, utilizaban entre 2 y 4 personas con afasia en sus intervenciones, solo un estudio escapó de la norma, con 5 integrantes por grupo. Una cantidad similar de participantes se describe en los estudios que realizaban el M-MAT, el SFA, el SPARC (adaptado) y el Naming Therapy. El tratamiento grupal con orientación social incluyó 4 personas, el BNI involucró entre 5 y 7 y el grupo del ABAC fue conformado por 4 a 5 participantes.

En cuanto al número de las sesiones de cada intervención, los programas del CIAT y CIAT plus mantenían un número estándar entre 8 y 10 reuniones al igual que en el M-MAT y el SPARC. En el caso del CIAT modificado y el CILT-D, se aumentó la cantidad de sesiones a 20 y 30 respectivamente, reduciendo la duración de ellas. Las terapias de ABAC y Naming Therapy utilizan una menor cantidad de sesiones (3 y 6 respectivamente), mientras que los programas de enfoque social, como el BNI y el tratamiento grupal con orientación social realizan 12 sesiones. Por último, el programa del SFA se efectuó en 14 sesiones en las dos investigaciones.

En la sexta y séptima columna de la tabla se muestra la frecuencia y duración de las sesiones, ambos conceptos se reúnen para describir la intensidad de la terapia, lo cual se refiere a las horas de terapia en una semana. Por un lado, se observan intervenciones con alta intensidad de tratamiento, como el CIAT (entre 15 y 20 horas por semana), el CIAT plus (entre 13 y 15 horas por semana), el M-MAT (entre 13 y 15 horas por semana) y el Naming

Therapy (20 horas por semana). Por otro lado, se aprecian terapias con baja intensidad, como el CIAT modificado (5 horas por semana), el CIAT-D (3 horas por semana), el SFA (entre 3 y 4 horas por semana), el tratamiento grupal con orientación social (4,5 horas por semana) y la intervención basada en un modelo social (2 horas por semana). Solo un programa, el ABAC, no manifestó su intensidad de terapia.

En relación a la duración de las sesiones, el CIAT, el CIAT plus, el M-MAT y el Naming Therapy se aplican durante 3 a 4 horas por sesión, excepto el CILT-D y el CIAT modificado que se realizaron en un lapso de 1 hora cronológica. La intervención basada en un modelo social y el tratamiento grupal con orientación social tuvieron una duración de 2 horas por sesión. Por último, el SPARC, el BNI y el ABAC utilizan entre 1 y 1,5 horas para cada reunión.

Respecto a los terapeutas que administraban las terapias grupales, la mayor parte de las investigaciones describen al *Speech and Language Pathologist* (SLP) o *Speech and Language Therapist* (SLT) como el profesional a cargo de la intervención, pero en diferentes cantidades. En algunos estudios, como en el ABAC y la intervención basada en un modelo social, se complementa la acción de los terapeutas con estudiantes de la misma profesión o asistentes a la discapacidad. Los dos únicos estudios que escapan a esta tendencia son el Naming Therapy y una versión del CIAT, los cuales utilizan un neurocientífico clínico para la aplicación del programa.

3.2.2. Actividades de las intervenciones grupales

A continuación, en la Tabla 4, se presenta la información de las actividades de las terapias aplicadas. El cuadro menciona el tipo de intervención grupal e identifica los contenidos abordados en sus actividades, los cuales pueden ser nominación, repetición, estructuración gramatical, habla espontánea, discurso narrativo, comprensión auditiva y habla espontánea en terapia natural. En esta oportunidad, en lugar de indicar cada artículo revisado solo se nombra el tipo de terapia grupal correspondiente.

Tabla 4. Actividades de las intervenciones grupales

Programa/ Intervención	Modalidad	CA	R	N	EG	HE	DN	HE en TN
CIAT	Oral	+	+	+	+			
CIAT plus	Oral	+	+	+	+			+
CILT-D	Oral	+	+	+	+			
CIAT Modificado	Oral	+	+	+	+			
M - MAT	Multimodal	+	+	+	+			+
SFA	Oral			+	+			
<i>Naming Therapy</i>	Oral			+	+			
<i>Group intervention involving a social model approach</i>	Multimodal					+	+	
<i>Socially oriented group treatment</i>	Oral					+	+	
ABAC	Oral					+	+	

CIAT= Constraint Induced Aphasia Therapy; CILT= Constraint Induced Language Therapy; ILAT= Intensive language-action therapy; M-MAT = Multi-Modality Aphasia Treatment; SFA= Semantic feature analysis; ABAC = Alberta Aphasia Camp; CA = Comprensión auditiva; R = Repetición; N = Nominación; EG = Estructuración Gramatical; HE = Habla Espontánea; DN = Discurso Narrativo; TN = Terapia Natural; “+”= Presenta.

En la Tabla 4 se aprecia que las intervenciones basadas en el CIAT focalizan el trabajo en contenidos de producción y comprensión lingüística, abordándose tareas de comprensión auditiva, repetición, denominación y estructuración gramatical, adicionalmente, el CIAT plus y el M-MAT incluyen el trabajo en escenario natural como contenidos agregados. Además, cabe destacar que el CIAT plus incluye la participación de la familia en las actividades extra que realiza. Se observan también terapias más específicas, tales como el SFA y el Naming Therapy, que consideran solo actividades de nominación y estructuración gramatical. Por último, el ABAC, la intervención basada en un modelo social y el tratamiento grupal con enfoque social orientan el trabajo hacia el habla espontánea y el discurso narrativo.

3.2.3. Resultados de las intervenciones grupales

Como último tema se presentan los resultados de cada intervención grupal aplicada en los 15 artículos científicos revisados. Con el fin de sintetizar la información expuesta, se clasifican los efectos en avances del lenguaje, comunicación y calidad de vida, de acuerdo a las mediciones realizadas en las propias investigaciones. Además, se especifican los resultados de acuerdo a las distintas mediciones que se efectuaron durante la investigación, estas son post-terapia (PT), una evaluación justo después de finalizar la terapia, y de seguimiento (S), en la cual se valoró el rendimiento meses después de la intervención. En esta oportunidad no se agrupan los estudios según el tipo de terapia, sino que se analiza cada artículo individualmente.

Tabla 5. Resultados de las intervenciones grupales

Programa/ Intervención	Autor (año)	Lenguaje		Comunicación		Calidad de vida	
		PT	S	PT	S	PT	S
CIAT/ CILT/ ILAT	Mozeiko (2015)	+	+	+	+	N/M	N/M
	Maher (2006)	+	+	N/M	N/M	N/M	N/M
	Szaflarski (2015)	-	N/M	+	N/M	N/M	N/M
	Wilssens (2015)	+	N/M	+	N/M	N/M	N/M
	Stahl (2016)	+	N/M	N/M	N/M	N/M	N/M
	MacGregor (2015)	+	N/M	N/M	N/M	N/M	N/M
CIAT plus	Attard (2013)	-	+	-	+	-	-
	Rose (2015)	+	N/M	-	N/M	N/M	N/M
	Rose (2013)	+	+	+	+	+	+
CILT-D	Mozeiko (2015)	+	+	+	-	N/M	N/M
CIAT modificado	Ciccione (2015)	+	+	+	+	+	+
M-MAT	Attard (2013)	-	+	-	+	-	-
	Rose (2015)	+	N/M	-	N/M	N/M	N/M

	Rose (2013)	+	+	+	+	+	+
SFA	Antonucci (2009)	+	+	-	-	N/M	N/M
	Falconer (2012)	-	-	+	+	N/M	N/M
<i>Naming Therapy</i>	Stahl (2016)	-	N/M	N/M	N/M	N/M	N/M
<i>Group intervention involving a social model approach</i>	Ross (2006)	N/M	N/M	+	+	+	-
<i>Socially oriented group treatment</i>	Hoover (2014)	+	+	+	N/M	+	N/M
ABAC	Kim (2016)	N/M	N/M	N/M	N/M	+	N/M

CIAT= Constraint Induced Aphasia Therapy; CILT= Constraint Induced Language Therapy; ILAT= Intensive language-action therapy; M-MAT = Multi-Modality Aphasia Treatment; SFA= Semantic feature analysis; ABAC = Alberta Aphasia Camp; PT= Evaluación post-terapia; S= Evaluación de seguimiento; “+”= Resultados positivos; “-”= Sin cambios ; N/M= No menciona.

La mayor parte de los estudios mencionaron avances en cuanto al lenguaje, ya sean estadísticamente significativos o cualitativos. Se observan dos programas que no evaluaron el rendimiento lingüístico, el ABAC y la intervención basada en un modelo social, los cuales poseen un enfoque social. En tanto, solo una investigación, el SFA de Falconer (2012), no se observaron cambios en el área del lenguaje.

Respecto a la comunicación, los resultados fueron variados. Algunos estudios demostraron efectividad sobre las habilidades comunicativas y conversacionales, tales como el SFA de Falconer (2012), el tratamiento grupal con enfoque social, la intervención basada en un modelo social y las investigaciones realizadas por Mozeiko (2015) y Rose (2013). El SFA de Antonucci (2009) fue el único en no presentar variaciones del rendimiento en el ámbito comunicacional. Mientras tanto, otros estudios como el CIAT (Maher, 2006; Stahl, 2016; McGregor, 2015), el Naming Therapy y el ABAC no efectuaron mediciones de la comunicación.

En cuanto a calidad de vida, las intervenciones con orientación social y las investigaciones de Rose (2013) y (2015) enseñan efectos positivos evaluados con baterías estandarizadas posterior a la terapia, mientras que solo un estudio no evidenció cambios en el rendimiento (Attard, 2013). Los demás estudios no midieron la calidad de vida ni mencionaron la relevancia de este aspecto dentro de sus objetivos ni discusiones.

IV. DISCUSIONES

En este apartado se contrastan los resultados obtenidos del análisis de los artículos científicos con la información disponible en la literatura. Esta comparación tiene como fin determinar las características de las intervenciones grupales en personas con afasia. Los temas abordados para esta discusión son: el número de participantes, el perfil afásico de los integrantes, los terapeutas, la intensidad de la terapia, las actividades realizadas y los resultados obtenidos. Para cada tema planteado en este capítulo se incluyen datos de los resultados, referencias de la bibliografía revisada y un lineamiento general para la implementación de una terapia grupal.

Número de participantes

La literatura refiere que el número de participantes que conforman un grupo de terapia no debe exceder como máximo 5 integrantes (Pachalska, 1991). Esto se condice con lo encontrado en las intervenciones de terapia grupal estudiadas, ya que la mayoría varían entre 2 y 5 participantes. Se escapa de esta tendencia la intervención grupal basada en un modelo social, el cual flexibiliza este número llegando a 7 personas. Junto con lo anterior, se observó que existe una relación directa entre el número de participantes y la cantidad de clínicos existentes por cada sesión de terapia. Las intervenciones que presentaban como máximo 5 participantes, consideraban entre 1 y 2 terapeutas dentro de su metodología, y aquella en que el grupo estaba conformado por 7 personas, presentaba 9 profesionales.

Por lo tanto, desde los hallazgos descritos en el presente estudio, se sugieren los siguientes lineamientos en base a las tendencias observadas. En primer lugar, se estima adecuado considerar un máximo de 5 integrantes para conformar un grupo de personas con afasia. En segundo lugar, el número de participantes debe ser proporcional a la cantidad de terapeutas, ya que se favorece el manejo adecuado del grupo. De esta forma, todos los participantes pueden ser asistidos constantemente y se genera equilibrio en la atención que se le entrega a cada uno de ellos. No obstante, se debe tener en consideración que estos números podrían llegar a variar en pos de las actividades realizadas y el enfoque que se le dé a la terapia.

Terapeutas

Del total de intervenciones analizadas, 14 de ellas mencionaron que el SLP era quien dirigía la intervención, mientras que 6 refirieron a otro profesional como líder del grupo o no mencionan. La literatura refiere que el terapeuta que se encuentra más capacitado para llevar a cabo el tratamiento de personas con afasia es el fonoaudiólogo, ya que conoce los procesos lingüísticos en esta alteración y tiene la capacidad de proponer estrategias terapéuticas (Santana, 2015). El rol de este profesional está dirigido a maximizar la recuperación de las habilidades lingüísticas tanto como la alteración lo permita y enseñar a los usuarios como compensar los déficits en el lenguaje (DeRuyter, Fromm, Holland & Stein, 1996). Por lo tanto, se sugiere que el terapeuta a cargo de este tipo de intervención grupal debe ser el fonoaudiólogo.

Perfil de afasia

Autores como Pachalska (1991) y Pring (2004) mencionan que las características de los participantes de una intervención grupal deben ser lo más homogéneas posible, ya que de otra forma no se obtendrían resultados significativos. Sin embargo, la mayor parte de las intervenciones analizadas se realizaron sobre grupos heterogéneos en cuanto a tipo y severidad de la afasia, evidenciando, de igual modo, efectos positivos. Tal hallazgo es un indicador de que la diversidad de un grupo no limita estrictamente el impacto de una intervención. Por consiguiente, se propone que la terapia puede ser realizada en pacientes que tengan distinto tipo y grado del cuadro afásico sin mermar la eficacia de la misma.

En los resultados se obtuvo que 15 de las 20 intervenciones incluían pacientes en etapa de recuperación tardía. Según Berthier (2005), la mayor parte de las terapias individuales en afasia han demostrado mayor efectividad en el periodo de recuperación temprana. No obstante, los estudios de Lanyon et al. (2013) y Holland, Fromm y De Ruyter (1996) demuestran que las personas con afasia tienen la capacidad de continuar adaptándose y construyendo habilidades comunicativas incluso en la fase crónica. Según Cramer y Riley (2008) los estudios señalan que la neuroplasticidad es un factor responsable de cambios positivos post ACV en el lenguaje por una cantidad indeterminada de tiempo. Por lo tanto, se

considera adecuado incluir a pacientes con afasia en etapa de recuperación tardía dentro de una intervención grupal.

Intensidad

En los resultados se determinó que la duración de la terapia fluctúa entre 3 y 21 horas a la semana. Esta cantidad refleja una alta variabilidad en cuanto a la intensidad del tratamiento, ya que no se evidencia una tendencia clara en cuanto a las horas semanales de intervención. Estos datos concuerdan con lo determinado por Lanyon et al. (2013) quienes describen que en promedio deben ser entre 1 a 5 días por semana con una duración aproximada de 1 a 4 horas. Por el contrario, Cherney (2012) expone que, para lograr resultados positivos, se debe intervenir por al menos 5 horas a la semana, lo cual no se condice con los hallazgos de esta revisión puesto que no se establece relación alguna entre los efectos de la terapia y la intensidad aplicada.

En relación al mismo tema, Sage et al. (2011) exponen que la intensidad de tratamiento es un elemento crítico que conlleva a la recuperación neurológica y funcional post ACV de acuerdo a los principios de la neuroplasticidad en el aprendizaje. En contraste, los estudios de Dignam et al. (2015) indican que la terapia distribuida resulta en avances significativamente mayores comparado a terapias intensivas. Por lo tanto, la evidencia en torno a este tema no permite establecer un lineamiento preciso en cuanto a la intensidad de la intervención grupal en afasia.

Es importante tener en cuenta que para ciertas personas con afasia, las terapias intensivas pueden no ser la metodología clínica más adecuada de intervención, debido a factores personales y médicos de cada uno (Dignam, 2015). Consistente con este argumento son los hallazgos de Brady et al. (2012) quienes determinaron que una cantidad significativamente mayor de individuos desertan de tratamientos intensivos en comparación con los distribuidos. Por lo tanto, para establecer la intensidad y frecuencia de la intervención se debe tener en cuenta el perfil y la adherencia que tienen los participantes a la terapia.

Las investigaciones realizadas por Baker (2012), mencionan que efectivamente existe información sobre duración y frecuencia de este tipo de tratamientos. Sin embargo, este autor

reconoce que tal nivel de evidencia no es suficiente para discernir sobre la intensidad de intervención que se provee en cada sesión. Por lo tanto, se plantea que la cantidad de estas depende del tipo de terapia que se desee realizar.

Actividades

Dentro de las intervenciones analizadas, se observan dos tendencias respecto a las actividades. Por un lado, CIAT, sus adaptaciones, M-MAT, SFA y Naming therapy centran el tratamiento en tareas netamente lingüísticas (producción y comprensión del lenguaje). Por otro lado, las intervenciones que tienen carácter social, focalizan el trabajo en la conversación espontánea. En relación a esto, Pachalska (1991) menciona que el enfoque determina los objetivos de terapia, los cuales a su vez dirigen la selección de actividades a realizar. En consecuencia, es importante tener claridad sobre la orientación terapéutica en la cual se basa la intervención grupal, puesto que determinará los contenidos a intervenir.

En la presente investigación se evidenciaron dos canales de respuesta, oral y multimodal. En las intervenciones analizadas predomina la primera de estas, lo que no se corresponde con lo encontrado en la literatura. Respecto a esto, Davis y Wilcox (1985) refieren que los usuarios deben tener la opción de elegir el canal que más les acomode: gestual, palabras, dibujos o multimodalidad. Por lo tanto, tal como proponen Davis y Wilcox (1985), las actividades y tareas que se realizan deben ofrecer la posibilidad de cambiar las técnicas empleadas de acuerdo con las capacidades de cada uno de los miembros del grupo.

Se observa que la mayoría de las actividades seguían un orden de dificultad creciente o se mantenían en el tiempo, es decir, no variaron drásticamente de sesión en sesión. Por lo que se sugiere que estas deben ser acotadas y tratadas en varias sesiones aumentando su complejidad según el rendimiento de los pacientes. Esto se corresponde con los principios de aprendizaje y las dificultades deseadas planteadas por Bjork (2009), quien afirma que al variar los parámetros de una tarea, es decir incrementar la variedad, tipo y rango, se obtienen mejores resultados a largo plazo y por lo tanto existe aprendizaje de la actividad.

Además, cabe destacar que dos intervenciones incluyen tareas para el hogar, las cuales permiten ser realizadas en un contexto natural y en donde participan los familiares o amigos

de las personas con afasia. Respecto a esto, Brady et al. (2016) refieren que el trabajo del fonoaudiólogo en conjunto con el paciente y su familia ha demostrado resultados positivos, ya que se logra maximizar la comunicación y participación social del individuo. Por lo tanto, se sugiere que el trabajo que se realice en la terapia debe incluir labores que puedan ser efectuadas en el hogar y en contextos naturales de comunicación.

Resultados

Todas las intervenciones analizadas realizaron evaluaciones para valorar el rendimiento de los participantes y determinar avances una vez terminado el tratamiento. Respecto a esto, Baumgaertner et al. (2013) mencionan que existe una creciente necesidad de que la terapia del lenguaje se sustente en la evidencia y, por lo tanto, se deben medir sus resultados para determinar la ganancia de esta. Por consiguiente, es imperante realizar evaluaciones previas y posteriores a la intervención, así como de seguimiento para comprobar los efectos a corto y largo plazo. En relación a esto último, Bjork (2009) menciona que el rendimiento corresponde a aquello que podemos observar y medir durante la práctica o el entrenamiento de las actividades, en cambio, el aprendizaje se refiere a cambios en el conocimiento que pueden llegar a ser permanentes en el tiempo.

Los resultados obtenidos a través de la revisión demuestran que, en relación a la evaluación netamente lingüística, se evidencian efectos positivos posteriores a la terapia y en el seguimiento. Respecto a la comunicación, se observa que la medición de este ámbito es inconsistente en toda la muestra, variando en la realización de las pruebas y el momento en que estas se efectúan. En cuanto a la valoración de calidad de vida, esta solo se evidencia en las intervenciones con actividades de carácter social, mientras que las terapias con tendencia lingüística no hacen referencia a la medición de este aspecto.

En contraste con los resultados obtenidos, Mumby y Whitworth (2013) destacan que las evaluaciones del deterioro lingüístico y cognitivo en afasia frecuentemente fracasan, ya que tratan de incluir temas más amplios como es la convivencia con este trastorno del lenguaje. Se le da especial énfasis a esto cuando la recuperación del lenguaje está en la etapa de meseta (Mumby & Whitworth, 2013). Es por esto que se han realizado evaluaciones alternativas para conocer de forma particular la calidad de vida (Mumby & Whitworth, 2013). En este sentido,

un estudio realizado por Cruice, Worrall, Hickson y Murison (2003) concluyó que las evaluaciones de la comunicación predicen la importancia del bienestar psicológico y la salud social. De esta forma, se establece a la calidad de vida como una medida que requiere consideración en toda investigación referente a afasia (Cruice et al., 2003), con el fin de generar un impacto biopsicosocial en la rehabilitación del usuario que presenta este trastorno de lenguaje.

Spaccavento et al. (2014) describen que la afasia tiene un efecto profundo en la calidad de vida, causando angustia, depresión y aislamiento, por lo que se hace necesario cautelar este aspecto. La evaluación de los factores relacionados a calidad de vida en pacientes con afasia ayuda a orientar los planes específicos de rehabilitación e incluye dimensiones cualitativas como objetivos en los programas terapéuticos de habla y lenguaje para estos pacientes (Koleck et al, 2016). Por lo tanto, se considera que las terapias grupales deben medir la calidad de vida, ya que este aspecto debe ser el objetivo explícito de los programas de intervención grupal (Chapey, 2001).

CONCLUSIONES

Por medio de la presente investigación, fue posible describir las características de las intervenciones y programas grupales en personas con afasia. Al no encontrar bibliografía actualizada sobre los lineamientos que debe tener este tipo de terapias, la búsqueda de información se realizó a partir de una revisión sistemática del tema principal, la cual consideró investigaciones publicadas entre los años 2006 y 2016. Estos resultados fueron comparados con el fin de proponer un lineamiento en base a los datos recabados.

De acuerdo al resultado de esta investigación, se concluyeron las siguientes características generales para la implementación de una intervención grupal en personas con afasia. El grupo de terapia no debe exceder los 5 participantes y puede conformarse por pacientes con distintos tipos y severidad de afasia. El profesional más adecuado para dirigir la terapia es el fonoaudiólogo. Las actividades de la terapia pueden variar de acuerdo a la orientación de la intervención y deben ser consecuentes con los objetivos del tratamiento. Sin embargo, es importante considerar una complejidad creciente en las tareas y favorecer el entrenamiento en contextos naturales de comunicación. Finalmente, se debe evaluar el rendimiento previo y posterior a la terapia para evidenciar sus efectos en el lenguaje, la comunicación y la calidad de vida, considerando este último aspecto como un punto clave de la intervención.

Una limitación del estudio, fue la metodología de las investigaciones en terapia grupal. La mayor parte de ellas describían diseños que no permiten realizar un análisis apropiado para una revisión bibliográfica. ya sea por considerar resultados poco concluyentes o por efectuar estudios observacionales. La limitación en este aspecto no radica en la cantidad de información obtenida, sino en la exclusión de datos relevantes por motivo de la metodología inadecuada por parte de las investigaciones.

Otra limitación que se presentó durante la investigación, está relacionada a cantidad y el idioma de la información disponible en cuanto al tema tratado. Todos los artículos seleccionados correspondieron a estudios realizados en inglés, dejando en evidencia la falta de resultados en español y portugués. Este factor tuvo directa implicancia en el estudio, ya que la

información manejada tuvo que ser interpretada y entendida respecto de la realidad del país originario de cada investigación. Además, debido a que los estudios se desarrollan en la cultura anglosajona, la información obtenida no puede ser extrapolada completamente a la realidad hispano parlante y, por ende, no es posible afirmar la obtención de los mismos resultados en esta población.

Como proyección en base a este estudio, se propone realizar una mayor cantidad de investigaciones con la metodología presentada (revisión bibliográfica sistemática). Lo anterior, debido a que es un paso fundamental para conocer la información necesaria para futuros estudios con contenidos poco profundizados como lo es la terapia grupal en afasia. Debe tenerse en consideración que gran parte de la información se presenta en habla inglesa, por lo que se debe contar con un manejo de este idioma. Por lo tanto, investigaciones como la presente serán un aporte para facilitar el acceso a la información a personas con menor manejo de este idioma o para quienes recién se familiarizan con el tema.

Existe evidencia demostrada en cuanto a la efectividad de la terapia grupal y de algunos programas que cuentan con resultados concretos. Por lo que se hace necesario aplicar los programas ya creados con sus adaptaciones oficiales al idioma español o validar las versiones originales para conocer los resultados en la cultura chilena, con el fin de generalizar sus beneficios en el contexto del país. Para lo anterior es necesario continuar estudiando, con mayor énfasis, la intervención grupal en afasia, y de este modo, crear una propuesta contextualizada en la realidad nacional que cuente con bases científicas.

En conclusión, esta investigación resulta relevante para el quehacer fonoaudiológico, ya que respalda el aporte de la terapia grupal en la calidad de vida de las personas con afasia. Tal como lo mencionó Elman (2007), los terapeutas deben preocuparse por el posible aislamiento social y la reducción de las redes de apoyo de los usuarios con afasia. Finalmente, el fonoaudiólogo que aplica una intervención grupal debe procurar la reconstrucción de las conexiones interpersonales y con la sociedad, permitiendo a la persona con afasia vivir de manera más plena y saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adu, A., Agyin, E. (2014) Communication in the workplace: Guidelines for improving effectiveness. *Global Journal of Commerce & Management Perspective*, 3(5), 208-213.

American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *What Is Language? What Is Speech?*. Recuperado de <http://www.asha.org/> el 24 de octubre de 2016.

Amunts, K., Weiss, P., Mohlberg, H., Pieperhoff, P., Eickhoff, S., Gurd, J.M., Zilles, K. (2004). Analysis of neural mechanisms underlying verbal fluency in cytoarchitectonically defined stereotaxic space—the roles of Brodmann areas 44 and 45. *NeuroImage*, 22(1), 42-56.

Anant, H. (2009). *An Investigation into the Relationship between Language and Communication*. *Amity Global Review*, February 2011. Recuperado de <http://ssrn.com/abstract=1526473>

Antolínez, B. (1991). Comunicación familiar. *Rev. Avances en enfermería*, 9(2), 37-48.

Antonucci, S. (2009) Use of semantic feature analysis in group aphasia treatment, *Aphasiology*, 23, 854-866.

Arango-Dávila, C., Muñoz, O., Manrique, C., Potes, L., & Umbarila, P. (2016). Assessment transcallosal Diaschisis in a model of focal cerebral ischemia in rats. *Colomb Med (Cali)*, 47(2): 87-93

Ardila, A. (2005) *Las Afasias*. Guadalajara, Mexico: CUCSH-UdeG

Back, H. (2010) The Effects of Communication Disorders on Social Development. *CMC Senior Theses*. Recuperado de http://scholarship.claremont.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1079&context=cmc_theses

Baker, E. (2012) Optimal intervention intensity. *International Journal of Speech-language Pathology*. 2012; 14

Bakheit, A., Shaw, S., Barrett, L., Wood, S., Carrington, S., Griffiths, S., Searle, K., & Koustsi, F. (2007). A prospective, randomised, parallel group, controlled study of the effect of

intensity of speech and language therapy on early recovery from post-stroke aphasia. *Clinical Rehabilitation*, 21, 885–894.

Barrett, A., Crucian, G., Raymer, A., & Heilman, K. (1991). Spared comprehension of emotional prosody in a patient with global aphasia. *Neuropsychiatr. Neuropsychol, Behav Neurol*, 12(2), 117–120.

Barthel G, Meinzer M, Djundja D, Rockstroh B. (2008) Intensive language therapy in chronic aphasia: which aspects contribute most? *Aphasiology*. 22, 408–21

Basso, A., Gardelli, M., Grassi, M. P., & Mariotti, M. (1989). The role of the right hemisphere in recovery from aphasia: Two case studies. *Cortex*, 25(4), 555-66.

Basso, A., & Macis, M. (2011). Therapy efficacy in chronic aphasia. *Behavioral Neurology*, 24(4), 317-325

Baumgaertner, A., Grewe, T., Ziegler, W., Floel, A., Springer, L., Martus, P., & Breitenstein, C. (2013). FCET2EC (From controlled experimental trial to = 2 everyday communication): How effective is intensive integrative therapy for stroke-induced chronic aphasia under routine clinical conditions? A study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 1-8.

Benson, D.F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. New York: Oxford University Press.

Berlin, J., & Dashevskaya, J. (1985). *The significance of didactic games in remedial teaching of patients with aphasia. En The Problems of Theory and Therapy of Aphasia*. Moscow, Rusia: Moscow University Press.

Berthier, M. (2005). Afasia secundaria a accidente cerebrovascular: Epidemiología, fisiopatología y tratamiento. *Drugs and Aging* 22(2), 163- 182

Bhogal, S., Teasell, R., & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34, 987–993.

Bhogal S., Teasell, R., Foley, N., Speechley, M. (2015). Rehabilitation of aphasia: More is better. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 10, 66-76.

Bjork, R. A. (1994). Memory and metamemory considerations in the training of human beings. En J. Metcalfe and A. Shimamura (Eds.), *Metacognition: Knowing about knowing* (pp. 185–205). Cambridge, MA: MIT Press.

Bjork, E.; Bjork, R. (2009). Making Things Hard on Yourself, But in a Good Way: Creating Desirable Difficulties to Enhance Learning. En Gernsbacher, M.; Pew, R.; Hough, L.; Pomerantz, J. *Psychology and the Real World* (pp. 55-64). New York: Worth Publishers.

Boyle, M. (2004b) Semantic feature analysis treatment for anomia in two fluent aphasia syndromes. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 13(3), 236–249.

Brady, M., Kelly, H., Godwin, J., & Enderby, P. (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1-15

Brady, M.; Kelly, H.; Godwin, J.; Enderby, P.; Campbell, P., (2016) Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-404.

Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2012). Living successfully with aphasia: a qualitative meta-analysis of the perspectives of individual with aphasia, family members, and speech–language pathologists. *International Journal of Speech–Language Pathology*, 14, 141–155.

Carr, C. (2011). The ABCs of Aphasia. *Neurology Now*, 7(3), 35 - 38.

Carrera, E., Tononi, G. (2014). Diaschisis: Past, present, future. *Brain J Neurol*, 137:2408–2422.

Cermak, C. (2011). The efficacy of group therapy for adults with chronic aphasia. *School of Communication Sciences and Disorders*. Recuperado de <https://www.uwo.ca/fhs/lwm/ebp/reviews/2010-11/Cermak.pdf> visitado el 23 de septiembre de 2016.

Chapey, R. (2001). *Language interventions strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins

- Cherney, L. (2012). Aphasia treatment: intensity, dose parameters, and script training. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(5), 424- 431.
- Chomsky, N. (2005). Bilingüística y capacidad humana. *Forma y función*, 19, 57-71.
- Ciccone, N.; West, D.; Cream, A.; Cartwright, J.; Rai, T.; Granger, A.; Hankey, G.; Godecke, E., (2015) Constraint-induced aphasia therapy (CIAT): a randomised controlled trial in very early stroke rehabilitation. *Aphasiology*, 30 (5), 1-19.
- Code, C., Torney, A., Gildea-Howardine, E., & Willmes, K. (2010). Outcome of a one-month therapy intensive for chronic aphasia: variable individual responses. *Semin Speech Lang*, 31, 21–33.
- Cooney, A., Murphy, K., & O’Shea, E. (2009) Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1029-1038.
- Cramer, S., Riley, J., (2008) Neuroplasticity and brain repair after stroke. *Curr Opin Neurol* 21, 76–82
- Crinion, J., Leff, A. (2007). Recovery and treatment of aphasia after stroke: functional imaging studies. *Current opinion in neurology*, 20(6), 667–73.
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17, 333–353
- Cuetos, F. (2004). *Evaluación y rehabilitación de las afasias: Aproximación cognitiva*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Cuetos, F. (2012). *Neurociencia del lenguaje*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Darley, F. (1982). *Aphasia*. Philadelphia: W.B. Saunders & CO
- Davis, A. (1986). Pragmatics and treatment. En R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in adult aphasia* (pp. 251-265). Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.

- Davis, G., & Wilcox, M. (1985). *Adult Aphasia Rehabilitation: Applied Pragmatics*. San Diego, California: Hill Press.
- De Han, R., Horn, J., Limburg, M., & Van der Meulen, J (1993). A comparison of five stroke scales with measures of disability, handicap, and quality of life. *Stroke*, *24*, 1178-1181.
- De Jong-Hagelstein, M., Van De Sandt-Koenderman, W., Prins, N., Dippel, D., Koudstaal, P., & Visch-Brink, E. (2001). Efficacy of early cognitive-linguistic treatment and communicative treatment in aphasia after stroke: a randomised controlled trial (RATS-2). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *82*(4), 399-404.
- Denman, A. (1998). Determining the needs of spouses caring for aphasic partners. *Disability and Rehabilitation*, *20*, 411-423.
- DeRuyter, F.; Fromm, D.; Holland, A.; Stein, M. (1996). Treatment efficacy: *Aphasia*. *Journal of Speech and Hearing Research*, *39*, 527-536.
- Diéguez-Vide, F., & Peña-Casanova, J. (2012) *Cerebro y lenguaje*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Difrancesco, S., Pulvermuller, F., & Mohr, B. (2012). Intensive language- actions therapy (ILAT): the methods. *Aphasiology*, *26*, 1317- 1351.
- Dignam, J., Rodriguez, A., & Copland, D. (2016). Evidence for Intensive Aphasia Therapy: Consideration of Theories From Neuroscience and Cognitive Psychology. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, *8*(3), 254-267
- Donoso, A., González, R. (2012). Trastornos del Lenguaje en el Adulto. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, *12*: 7-21
- Elman, R. (2004). Group treatment and jazz: Some lessons learned. En J. Duchan, J. Byng, (Eds.) *Challenging aphasia therapies: Broadening the discourse and extending the boundaries* (pp. 130-133). London, England: Psychology Press.
- Elman, R. (1999). *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach*. Woburn, Massachusetts: Butterworth- Heinemann.

Elman, R. (2007). *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach*. San Diego, California: Plural Publishing.

Elman, R., & Bernstein-Ellis, E. (1999). Psychosocial aspects of group communication treatment: Preliminary findings. *Seminars in Speech & Language, 20*(1), 65–72.

Elman, R., & Bernstein-Ellis, E. (1999). The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 42*, 411-419.

Fama, M., Baron, C., Hatfield, B., & Turkeltaub, P. (2016). Group therapy as a social context for aphasia recovery: a pilot, observational study in an acute rehabilitation hospital. *Topics in Stroke Rehabilitation, 23*(4), 1-8.

Felson, J., & Byng, S. (2004). *Challenging Aphasia Therapies: Broadening the discourse and extending the boundaries*. New York : Psychology Press.

Fernández, S., & López-Higes, R. (2005) *Guía de intervención logopédica en las afasias*. Madrid, España: Síntesis.

Friederici, A., Gierhan, S. (2013). The language network. *Current Opinion in Neurobiology, 23*(2), 250-254.

Fontanesi, S., & Schmidt, A. (2016). Intervenções em afasia: uma revisão integrativa. *Rev. CEFAC, 18*(1), 252-262

Galletta, E., & Barrett, A. (2014). Impairment and Functional Interventions for Aphasia: Having it all. *Curr Phys Med Rehabil Rep, 2*(2), 114-120.

Gilbert, D., Fiske, S., & Lindsey, G. (1997) *Handbook of social psychology* (4ta ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.

Greener, J., Enderby, P., & Whurr, R. (1991). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematics Reviews, 4*, 1- 77.

Godecke, E., Hird, K., Lalor, E., & Phillips, M. (2012). Very early aphasia therapy: a pilot randomized controlled efficacy trial. *International Journal Of Stroke*, 7(8), 635- 644.

González, J. (2009). *Síndrome de amnesia y afasia*. Santiago, Chile: Universidad Católica de Chile.

González, R., & Hornauer-Hughes, A. (2014) Cerebro y lenguaje. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25, 143 - 53

Greenwood, C., Walker, D., & Utley, C. (2002). Relationships between social communicative skills and life achievements. En H. Goldstein, L. Kaczmarek, K. English, *Promoting social communication: Children with developmental disabilities from birth to adolescence* (pp. 345-371). Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing.

Hallé, M., Le Dorze, G., & Mingant, A. (2014). Speech - language therapists' process of including significant others in aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(6), 748 - 760.

Hallé, M., Duhamel, F., & Le Dorze, G. (2011). The daughter–mother relationship in the presence of aphasia: How daughters view changes over the first year poststroke. *Qualitative Health Research*, 21, 549–562.

Heiss, W.D., & Thiel, A. (2006). A proposed regional hierarchy in recovery of post stroke aphasia. *Brain and Language*, 98, 118-123.

Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. (2005) *Manual de la Afasia y de Terapia de la Afasia: (2da ed.)*. Barcelona, España: Editorial Médica Panamericana.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M (2010). *Metodología de la investigación*. México DF: McGrawHill

Hernández, B., Malagón, A., Pardo, R., Rodríguez, J. (2005). Análisis del desempeño del lenguaje en sujetos con demencia tipo Alzheimer (D.T.A.). *Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 53(1), 3-9.

Hilari, K., Byng, S., Lamping D., & Smith S. (2003) Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity. *Stroke*, 34, 1944-1950

Hilari, K., Needle, J., & Harrison, K. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*, 93, 86-95.

Hilari, K., & Northcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology*, 20, 17-36.

Hilari, K., & Northcott, S. (2016). “Struggling to stay connected”: comparing the social relationships of healthy older people and people with stroke and aphasia. *Aphasiology*, 1-15.

Holland, A. (1975) *Aphasics as communicators: a model, and its implications*. Paper presented at the American Speech and Hearing Association, Washington, DC.

Hoover, E., Caplan, D., Waters, G., Budson, A. (2014) Effects of impairment-based individual and socially oriented group therapies on verb production in aphasia. *Aphasiology*, 2015 Vol. 29 (7), 781–798

Howe, T., Davidson, B., Worrall, L., Hersh, D., Ferguson, A., Sherratt, S., & Gilbert, J. (2012) ‘You needed to rehab . . . families as well’: family members’ own goals for aphasia rehabilitation. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47, 511–521.

Ithurralde, C. (2016). Responsabilidad social universitaria: Intervención fonoaudiológica con pacientes afásicos adultos. *Revista de Estudios de extensión en humanidades*, 4 (4): 85 - 92.

Junqué, C., Bruna, O., & Mataró, M. (2004). Neuropsicología del lenguaje: Funcionamiento normal y patológico, rehabilitación. Madrid, España: MASSON S.A.

Junqué, C., Jurado, M. (1994). Envejecimiento y demencia. En C. Junqué, O. Bruna, & M. Mataró (Eds), *Neuropsicología del lenguaje: Funcionamiento normal y patológico, rehabilitación*. Madrid, España: MASSON S.A.

Kalbe, E., Reinhold, N., Brand, M., Markowitsch, H. & Kessler, J. (2005). A new test battery to assess aphasic disturbances and associated cognitive dysfunctions -German Normative Data on the Aphasia Check List. *J Clin Exp Neuropsychol* 27, 779-94.

Kandel, E., Schwartz, J., & Jessell, T. (2012) *Principles of neuroscience*. Knoxville, TN: McGraw Hill

Karilahti, M. (1987) The effects of context on aphasics' expressive communicative strategies. En Scherzel, E., Simon, R., Stark, J. (Eds) *Proceedings of the First European Conference on Aphasiology*, Vienna, pp. 138-- 144.

Kearns, K., Elman, R. (2001). Group therapy for aphasia: Theoretical and practical considerations. En R. Chapey, (Ed.) *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (5ta ed.). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.

Keyton, J. (2011). *Communication and organizational culture: A key to understanding work experience*. Thousand Oaks, California: SAGE.

Kirmess, M., & Maher, L. (2010). Constraint induced language therapy in early aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 24(6), 725-736.

Kleim, J., Jones, T. (2008). Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. *J Speech Lang Hear Res*, 51, 225-39.

Koleck, M., Gana, K., Lucot, C., Darrigrand, B., Mazaux, J., & Glize, B. (2016). Quality of life in aphasic patients 1 year after a first stroke. *Qual Life Res*, 25, 1-10.

Lanyon, L., Rose, M., & Worrall, L. (2013). The efficacy of outpatient and community-based aphasia group intervention: A systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 359–374.

Layfield, C., Ballard, K., & Robin, D. (2013) Evaluating group therapy for aphasia: what is the evidence?. *EBP Briefs*, 7(5), 1–17.

Latelies, L; Manríques, J; & Rada, G (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia?. *Boletín de la escuela de medicina*, 30(2), 37-39.

Lichteim, L. (1885). On Aphasia. *Brain*, 7(4), 433-484.

Lindsay, M., Gubitz, G., Bayley, M., Hill, M., Davies-Schinkel, C., Singh, S., & Phillips, S. (2010). *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care*. Ottawa, Canada: Canadian Stroke Network.

Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9, 239–255.

Le Dorze, G., & Signori, F. (2010). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32, 1073–1087.

Létorneau, P. (1991) Consecuencias psicológicas de la afasia. En J. Peña-Casanova, E. Martínez (Ed.), *Bases para el estudio del lenguaje*. Barcelona, España: OCTAEDRO S.L.

Lyon, J. (1992). Communicative use and participation in life for aphasic adults in natural settings: The scope of the problem. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 1(3), 7–14.

MacGregor, L., Difrancesco, S., Pulvermuller, F., Shtyrov, & Y., Mohr, B. (2015). Ultra - Rapid Access to Words in Chronic Aphasia: The Effects of Intensive Language Action Therapy (ILAT). *Brain Topogr.* 28, 279 - 291.

Martínez, E. (1995). *Bases para el estudio del lenguaje* (1ra ed.). Barcelona, España: Editorial Octaedro.

Mayer, M., Megyesi, J., Murie- Fernández, M., Aubut, J., Foley, N., Salter, K., Bayley, M., Marshall, S., & Teasell, R. (2010). Acute management of acquired brain injury Part I: An evidence-based review of non-pharmacological interventions. *Brain Injury*, 24(5), 694–670.

McShane, S., & Von Glinow, M. (2003). *Organizational behavior: Emerging realities for the workplace revolution* (2da ed.). Boston: McGraw-Hill.

Meinzer, M., Djundja, D., Barthel, G., Elbert, T., & Rockstroh, B. (2005). Long-term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy. *Stroke*, *36*, 1462–1466.

Meinzer, M., Flaisch, T., Breitenstein, C., Wienbruch, C., Elbert, T., & Rockstroh, B. (2008). Functional re-recruitment of dysfunctional brain areas predicts language recovery in chronic aphasia. *Neuroimage*, *39*(4), 2038-2046

Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica AUGE. Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más*. Santiago, Chile: MINSAL.

Mohr, B., Difrancesco, S., Evans, S., Harrington, K., & Pulvermüller, F. (2014). Changes of right-hemispheric activation after constraint-induced, intensive language action therapy in chronic aphasia: fMRI evidence from auditory semantic processing. *Frontiers in Human Neuroscience*, *8*, 919

Mohr, B., MacGregor, L., Difrancesco, S., Harrington, K., Pulvermüller, F., Shtyrov, Y. (2016). Hemispheric contributions to language reorganisation: An MEG study of neuroplasticity in chronic post stroke aphasia. *Neuropsychologia*, *93*, 1-45

Mozeiko, J.; Coelho, C.; Myers, E., (2015): The role of intensity in constraint-induced language therapy for people with chronic aphasia. *Aphasiology*, *30* (4), 1 – 25.

Mumby, K., & Whitworth, A. (2013). Adjustment processes in chronic aphasia after stroke: Exploring multiple perspectives in the context of a community-based intervention. *Aphasiology*, *27*, 462–489

Naranjo, M. (2005). Perspectivas sobre la comunicación. *Revista Electrónica Actualidades investigativas en Educación*, *5*(2), 1-32.

Nicholas, M., Hunsaker, E., & Guarino, A. (2015). The relation between language, non-verbal cognition and quality of life in people with aphasia. *Aphasiology*, 1-14.

Nickels, L., McDonald, B., & Mason, C. (2016). The impact of group therapy on word retrieval in people with chronic aphasia. *NeuroRehabilitation*, *39*, 81-95.

Northcott, S., Burns, K., Simpson, A., & Hilari, K. (2015). 'Living with aphasia the best way I can': An evaluation of a feasibility study exploring solution focused brief therapy for people with aphasia. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 67, 3.

Northcott, S., & Hilari, K. (2011). Why do people lose their friends after a stroke?. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46, 524–534

Nouwens, F., Dippel, D., de Jong-Hagelstein, M., Visch-Brink, E., Koudstaal, P., & de Lau, L. Rotterdam Aphasia Therapy Study (RATS) – 3: “The efficacy of intensive cognitive-linguistic therapy in the acute stage of aphasia”; design of a randomised controlled trial. *Trials*, 14, 24

Nuria, A. (2010). La educación emocional y la comunicación escolar. *Rev. De comunicación Vivat Academia*, 113, 1-9.

Organización Mundial de la Salud (2011) *Foro Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS

Pachalska, M. (1991). Group therapy for aphasia patients. *Aphasiology*, 5(6), 541-554.

Peña-Casanova, J. (2001) *Manual de Logopedia* (3ra ed.). Barcelona, España: MASSON S.A.

Pound, C., Parr, S., Lindsay, J., & Woolf, C. (2000). *Beyond aphasia: Therapies for living with communication disability*. Oxon, England: Winslow Press.

Price C. (2010). The anatomy of language: a review of 100 fMRI studies published in 2009. *Ann N Y Academic Science*, 1191:62-88.

Pring, T. (2004). Ask a silly question: Two decades of troublesome trials. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 39(3), 285–302.

Pulvermuller, F., Neininger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B., Koebbel, P., & Taub, E. (2001). Constraint- Induced Therapy of Chronic Aphasia After Stroke. *Stroke*, 32, 1621 - 1626.

Pulvermüller, F., Hauk, O., Zohsel, K., Neininger, B., & Mohr, B. (2005). Therapy-related reorganization of language in both hemispheres of patients with chronic aphasia. *Neuroimage*, 28, 481-489

- Ramírez, S., & Colina, S. (2010). Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central. *Rev.fac.med*, 17(1), 26-33
- Raymer, A., Beeson, P., Holland, A., Kendall, D., Maher, L., Martin, N. (...), González, L. (2008). Translational research in aphasia: from neuroscience to neurorehabilitation. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), 259–279.
- Reuterskiold, C. (1991). The effects of emotionality on auditory comprehension in aphasia. *Cortex*, 27(4), 595–604.
- Ribeiro, V., Panhoca, I., Dassie-Leite, A., & Bagarollo, M. (2012). Grupo terapêutico em fonoaudiologia: revisão de literatura. *Rev. CEFAC*, 14(3), 544-52.
- Richman, M., Redmond, S., & Williamson, D. (2009). The ABC's of Group Treatment for Aphasia. *Stroke comeback Center*, 1- 15.
- Robey, R. (1998). A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41(1), 172–187.
- Rodríguez, J. (2012). Instrumento de evaluación del lenguaje en adultos con afasia o trastorno cognitivo comunicativo (IELAT). *Revista Árete*, 12(1), 153-161.
- Rodríguez, J., & Lizarazo, A. (2015). Participación e inclusión social en adultos con afasia: análisis bibliométrico. *Rev Cienc Salud*, 13(3),447-464.
- Rose, M. (2006). The utility of arm and hand gestures in the treatment of aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 8 (2), 92- 109.
- Rose, M., Mok, Z., Carragher, M., Katthagen, S., (2015) Comparing multi-modality and constraint-induced treatment for aphasia: a preliminary investigation of generalisation to discourse. *Aphasiology*, 8 (2), 92- 109.
- Rosenbek, J., LaPointe, L., & Wertz, R. (1989). *Aphasia: A clinical approach*. Boston, Massachusetts: College Hill Press.

Ross, A., Winslow, I., & Marchant, P. (2006). Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention. *Aphasiology*, 20(5), 427 - 448.

Royal College of Physicians (2012). *National clinical guidelines for stroke. Update Prepared by the intercollegiate working party for stroke*. Londres, Inglaterra: Royal College of Physicians.

Sage, K., Snell, C., & Lambon, M. (2011). How intensive does anomia therapy for people with aphasia need to be?. *Neuropsychol Rehabil*, 21, 26–41.

Santana, A. (2015). Grupo terapêutico no contexto das afasias. *Dist Comun*, 27(1), 4-15.

Sarno, J. (1991). The psychological and social sequelae of aphasia. En M. Sarno (Ed.), *Acquired aphasia* (pp. 499-519). San Diego, California: Academic Press.

Saur, D., Lange, R., Baumgaertner, A., Schraknepper, V., Willmes, K., Rijntjes, M., Weiller, C. (2006). Dynamics of language reorganization after stroke. *Brain*, 129, 1371- 1384.

Spaccavento, S., Craca, A., Del Prete, M., Falcone, R., Colucci, A., Di Palma, A., Loverre, A. (2013) Quality of life measurement and outcome in aphasia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10.

Senhorini, G., Santana, A., Santos, K., & Massi, G. (2016). O processo terapêutico nas afasias: implicações da neurolinguística enunciativo – discursiva. *Rev. CEFAC*, 18(1):309-322

Shadden, B. (2007). Rebuilding identity through stroke support groups: Embracing the person with aphasia and significant others. En R. Elman (Ed.), *Group treatment for neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach* (pp. 111–126). San Diego, California: Plural Publishing.

Simmons, N., & Elman, R. (2011) Negotiation of identity in group therapy for aphasia: the Aphasia Café. *Internal Journal of Language and Communication Disorders*, 46(3), 312-323.

Stemmer, B., & Whitaker, H. (2008) Handbook of neuroscience. London, Inglaterra: ELSEVIER

Szaflarski, J., Ball, A., Grether, S., Al-Fwawess, F., Griffith, M., & Neils-Strunjas, J. (2008). Constraint-induced aphasia therapy stimulates language recovery in patients with chronic aphasia after ischemic stroke. *Medical Science Monitor*, *14*(5), 243-250

Szaflarski, J., Ball, A., Vannest, J., Dietz, A., Allendorfer, J., Martin, A., Hart, K., & Lindsell, C. (2015). Constraint - Induced Aphasia Therapy for Treatment of Chronic Post- Stroke Aphasia: A Randomized, Blinded, Controlled Pilot Trial. *Medical Science Monitor*, *21*, 2861 - 2869.

Thiel, A., Zumbansen, A. (2016). The pathophysiology of post-stroke aphasia: A network approach. *Restorative Neurology and Neuroscience*, *34*, 507–518

Togher, L., Schultz, R., Tate, R., McDonald, S., Perdices, M., Smith, K., & Savage, S. (2009). The methodological quality of aphasia therapy research: An investigation of group studies using the PsycBITETM evidence-based practice database. *Aphasiology*, *23*(6), 694–706.

Turkstra, L., Ciccia, A., & Seaton, C. (2003). Interactive behaviors in adolescent conversation dyads. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *34*(2), 117-127.

Watila, M., & Balarabe, S. (2015). Factors predicting post-stroke aphasia recovery. *Journal of the Neurological Sciences*, *352*: 12-18

WHO (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Ginebra: Suiza: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO-QOL Group (2012). *WHOQOL-SRPB field-test instrument*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77777/1/WHO_MSD_MER_Rev.2012.04_eng.pdf?ua=1 visitado el 02 de Octubre de 2016.

Wilcox, M. (1983). Aphasia: Pragmatic considerations. *Topics in Language Disorders*, *3*(4), 35-48.

Williamson, D., Richman, M.; Redmond, S.(2011). Applying the Correlation Between Aphasia Severity and Quality of Life Measures to a Life Participation Approach to Aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *18*(2), 101-105.

Worrall, L., Ryan, R., Hudson, K., Kneebone, I., Simmons-Mackie, N., Khan, A., Hoffmann, T., Power, E., Togher, L., Rose, M. (2016). Reducing the psychosocial impact of aphasia on mood and quality of life in people with aphasia and the impact of caregiving in family members through the Aphasia Action Success Knowledge (Aphasia ASK) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17: 153.

ANEXOS

Ficha resumen de documentos para análisis Tesis “Caracterización de las intervenciones grupales en personas con afasia mediante una revisión bibliográfica sistemática”

Nombre Tesis: “Caracterización de las intervenciones grupales en personas con afasia mediante una revisión bibliográfica sistemática”.

Ficha N°1

Nombre de la investigación	Evaluation of communication, life participation and psychological well-being in chronic aphasia: The influence of group intervention
Autores	Ross, A., Winslow, I., Marchant, P., Brumfitt, S.
Año	2006
Características de la intervención	Número de participantes - 7
	Perfil de participantes - Afasia crónica
	Frecuencia de sesiones - 11 sesiones - 1 vez por semana - 2 horas por sesión
	Terapeutas - 2 SLP - 1 Disability equality trainer - 2 Asistente personal - 4 estudiantes de último año de SLP
	Actividades - Desarrollo y uso de la comunicación - Discurso libre en torno a un tema - Intercambio de experiencias y estrategias de comunicación - Exploración de modelo de discapacidad y afasia - Discusión sobre derechos legales, beneficios y servicios para discapacitados

Ficha N°2

Nombre de la investigación	The role of intensity in constraint-induced language therapy for people with chronic aphasia
Autores	Mozeiko, J., Coelho, C., Myers, E.
Año	2015
Características de la intervención	Número de participantes <ul style="list-style-type: none"> - CILT-I: 4 participantes - CILT-D: 4 participantes
	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de afasia: variable - Severidad: variable
	Frecuencia de sesiones CILT - I <ul style="list-style-type: none"> - 2 semana - 5 vez por semana - 3 horas por sesión CILT - D <ul style="list-style-type: none"> - 10 semana - 3 vez por semana - 1 hora por sesión
	Terapeutas <ul style="list-style-type: none"> - 1 SLP
	Actividades <ul style="list-style-type: none"> - Actividades basadas en constraint-induced language - Solicitar y responder mediante el lenguaje hablado con tareas de pareo de palabra hablada dibujo. - Se utilizan estrategias de modelado, moldeamiento y pistas fonológicas y semánticas.

Ficha N°3

Nombre de la investigación	Constraint-induced aphasia therapy CIAT: a randomised controlled trial in very early stroke rehabilitation
Autores	Ciccone, N., West, D., Cream, A., Cartwright, J., Rai, T., Graeme., Hankey, J., Godecke, E.
Año	2015
Características de la intervención	Número de participantes - 12
	Perfil de participantes - Tipo de afasia: variable - Severidad: variable - Onset de afasia: se comenzaba la terapia a los 11 días post ACV
	Frecuencia de sesiones - 4 semanas - 20 sesiones - 45-60 minutos por sesión
	Terapeutas - 1 SLP
	Actividades - Actividades basadas en constraint-induced language - Solicitar y responder mediante el lenguaje hablado con tareas de pareo de palabra hablada dibujo. - Se utilizan estrategias de modelado, moldeamiento y pistas fonológicas y semánticas.

Ficha N°4

Nombre de la investigación	Comparing multi-modality and constraint-induced treatment for aphasia: a preliminary investigation of generalisation to discourse.
Autores	Rose, M., Mok, Z., Carragher, M., Katthagen, S., & Attard, M
Año	2015
Características de la intervención	Número de participantes <ul style="list-style-type: none"> - 13 - Grupo 1: 6 - Grupo 2: 7
	Perfil de participantes <ul style="list-style-type: none"> - Afasia crónica sin importar el tiempo de onset ni el grado
	Frecuencia de sesiones <ul style="list-style-type: none"> - 4 semanas - 30 horas semanales - (2 semanas de CIAT plus más 2 semanas de M-MAT) - No especifica cantidad de sesiones
	Terapeutas <ul style="list-style-type: none"> - 2 SLP
	Actividades <ul style="list-style-type: none"> - Actividades basadas en el lenguaje inducido por tratamiento de restricción y en el lenguaje inducido por tratamiento multimodal - CIAT plus: Solicitar y responder mediante el lenguaje hablado con tareas de pareo de palabra hablada dibujo. - Se utilizan estrategias de modelado, moldeamiento y pistas fonológicas y semánticas. - M-MAT: las instrucciones y las pistas se proporcionan en varias modalidades (gesto, dibujo, escritura y lectura); no hay barreras entre los interactuantes y, aunque el objetivo es que los participantes hablan, tanto medios no verbales y verbales se les entrega para facilitar el habla. - Estímulos: 160 sustantivos y verbos, 80 por tratamiento, representado como dibujos en tarjetas.

Ficha N°5

Nombre de la investigación	Use of semantic feature analysis in group aphasia treatment
Autores	Antonucci, S.
Año	2009
Características de la intervención	Número de participantes - 2
	Perfil de participantes - 1 A. de conducción - 1. A. anómica.
	Frecuencia de sesiones - Por 7 semanas - Dos veces a la semana - 1 hora – 1 hora y media por sesión
	Terapeutas - 2 SLP
	Actividades - Escenas de una sola imagen - Escenas de una sola imagen en donde hay problema que identificar - Secuencia de 2 - 5 imágenes - Contar una historia de una secuencia de imágenes después de que las imágenes son quitadas. - Contar la historia de un cuento de hadas sin imágenes - Contar al grupo la trama de tú película favorita. - Se utilizaron estrategias de claves semántica y fonéticas para facilitar la nominación

Ficha N°6

Nombre de la investigación	A pilot study examining the impact of aphasia camp participation on quality of life for people with aphasia
Autores	Kim, E., Ruelling, A., Garcia, R., & Kajner, R
Año	2016
Características de la intervención	Número de participantes <ul style="list-style-type: none"> - 9 - 4 cuidadores
	Perfil de participantes <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de afasia: Variable - Severidad: Variable - Onset: Promedio de 6 años (1-13 años)
	Frecuencia de sesiones <ul style="list-style-type: none"> - Campamento al cual se asistía desde un viernes en la tarde, hasta un domingo en la tarde. - 3 días
	Terapeutas <ul style="list-style-type: none"> - 1 SLP - Estudiantes inscritos en el programa MScSLP (no especifica el número)
	Actividades <ul style="list-style-type: none"> - Escoger stickers de una amplia variedad de temas que representarán sus intereses. - Una fogata en la cual cantaban canciones en conjunto con los estudiantes voluntarios - Dos actividades recreacionales. Una de alto impacto/actividad física y una de bajo impacto - Una actividad terapéutica, que consistía en un grupo de conversación para personas con afasia. - Ordenar cartas en dos pilas: “hacer ahora” y “no hacer ahora”. - Grupo de música en el cual los participantes podían interpretar diferentes ritmos.

Ficha N°7

Nombre de la investigación	Ultra-Rapid Access to Words in Chronic Aphasia: The Effects of Intensive Language Action Therapy (ILAT)
Autores	MacGregor, L., Difrancesco, S., Pulvermüller, F., Shtyrov., & Mohr, B.
Año	2015
Características de la intervención	Número de participantes - 12
	Perfil de participantes - Afasia crónica leve a moderada. - Afasia no fluente
	Frecuencia de sesiones - 2 semanas - 10 sesiones - 3-4 horas
	Terapeutas - 2 SPL
	Actividades - Actividades basadas en constraint-induced language - Solicitar y responder mediante el lenguaje hablado con tareas de pareo de palabra hablada dibujo. - Se utilizan estrategias de modelado, moldeamiento y pistas fonológicas y semánticas

Ficha N°8

Nombre de la investigación	Constraint-Induced Aphasia Therapy for Treatment of Chronic Post-Stroke Aphasia: A Randomized, Blinded, Controlled Pilot Trial
Autores	Szaflarski, J., Ball, A., Vannest, J., Dietz, A., Allendorfer, J., Martin, A., Hart, K., & Lindsell, C.
Año	2015
Características de la intervención	Número de participantes <ul style="list-style-type: none"> - 24 - Grupo experimental: 14 - Grupo control: 10
	Perfil de participantes <ul style="list-style-type: none"> - Afasia crónica de leve a severa
	Frecuencia de sesiones <ul style="list-style-type: none"> - 4 horas semanales durante 10 días seguidos
	Terapeutas <ul style="list-style-type: none"> - Clínicos
	Actividades <ul style="list-style-type: none"> - Actividades basadas en constraint-induced language - Solicitar y responder mediante el lenguaje hablado con tareas de pareo de palabra hablada dibujo. - Se utilizan estrategias de modelado, moldeamiento y pistas fonológicas y semánticas.

Ficha N°9

Nombre de la investigación	Multi-modality aphasia therapy is as efficacious as a constraint-induced aphasia therapy for chronic aphasia: A phase 1 study
Autores	Rose, M., Attard, M., Mok, M., Lanyon, L., & Foster, A.
Año	2013
Características de la intervención	Número de participantes <ul style="list-style-type: none"> - 11 participantes - Grupo 1: 6 participantes (se les aplicó M-MAT primero y después CIAT plus) - Grupo 2: 5 participantes (se les aplicó CIAT plus primero y después M-MAT)
	Perfil de participantes <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de afasia: variable - Severidad: variable - Entre 21 - 88 meses post onset
	Frecuencia de sesiones <ul style="list-style-type: none"> - 3.25 horas por día - 4 días por semana - 2 semanas
	Terapeutas <ul style="list-style-type: none"> - 5 SPL - 2 terapeutas
	Actividades <ul style="list-style-type: none"> - Actividades basadas en constraint-induced language - Solicitar y responder mediante el lenguaje hablado con tareas de pareo de palabra hablada dibujo. - Se utilizan estrategias de modelado, moldeamiento y pistas fonológicas y semánticas. - M-MAT: las instrucciones y las pistas se proporcionan en varias modalidades (gesto, dibujo, escritura y lectura); no hay barreras entre los interactuantes y, aunque el objetivo es que los participantes hablan, tanto medios no verbales y verbales se les entrega para facilitar el habla.

Ficha N°10

Nombre de la investigación	Constraint-Induced Aphasia Therapy Versus Intensive Semantic Treatment in Fluent Aphasia
Autores	Wilssens, I., Dandenborre, D., van Dun, K., Verhoeven, J., Visch-Brink, E., & Mariëna, J.
Año	2015
Características de la intervención	Número de participantes – 9
	Perfil de participantes – 6 Afasia de Wernicke – 3 Afasia transcortical motora
	Frecuencia de sesiones – 2 semanas – 2 a 3 horas diarias – 10 sesiones
	Terapeutas – 7 SPL – 7 estudiantes de SPL
	Actividades CIAT – Actividades basadas en constraint-induced language – Solicitar y responder mediante el lenguaje hablado con tareas de pareo de palabra hablada dibujo. – Se utilizan estrategias de modelado, moldeamiento y pistas fonológicas y semánticas. BOX – Interpretación de palabras, frases y textos escritos. – Tareas de decisión semántica destinadas a mejorar el procesamiento semántico

Ficha N°11

Nombre de la investigación	A pilot study of use-dependent learning in the context of Constraint Induced Language Therapy
Autores	Maher, L., Kendall, D., Swearingin, J., Rodriguez, A., Leon, S., Pingel, K., Holland, A., González, L.
Año	2006
Características de la intervención	Número de participantes <ul style="list-style-type: none"> - Grupo CILT: 4 participantes - Grupo comparación: 5 participantes
	Perfil de participantes <ul style="list-style-type: none"> - Afasia moderada persistente (4 de ellos con apraxia severa)
	Frecuencia de sesiones <ul style="list-style-type: none"> - 3 horas por sesión - 4 días a la semana - 2 semanas
	Terapeutas <ul style="list-style-type: none"> - 2 SLP
	Actividades <p>CIAT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades basadas en constraint-induced language - Solicitar y responder mediante el lenguaje hablado con tareas de pareo de palabra hablada dibujo. - Se utilizan estrategias de modelado, moldeamiento y pistas fonológicas y semánticas.

Ficha N°12

Nombre de la investigación	Use of semantic feature analysis in group discourse treatment for aphasia: Extension and expansion
Autores	Falconer, C., Antonucci, A.
Año	2012
Características de la intervención	Número de participantes - 4
	Perfil de participantes - 2 Afasia de Conducción - 1 Afasia de Broca - 1 Afasia Transcortical motor
	Frecuencia de sesiones - 2 veces a la semana - 7 semanas - Entre 1 hora y media y 2 horas
	Terapeutas - 1 SPL - 1SPL de reemplazo (solo realizó 1 sesión)
	Actividades - Descripción de: - Escenas - Escenas donde se debe encontrar la problemática - Secuencias de 2-5 láminas - Historia en base a secuencia de láminas, las que luego son sacadas de la vista del paciente. - Cuento de hadas, donde el resto de los participantes debía descifrar la historia. - Película favorita. El resto de los participantes debía adivinar cuál era.

Ficha N°13

Nombre de la investigación	Using language for social interaction: Communication mechanisms promote recovery from chronic non-fluent aphasia
Autores	Stahl, B., Mohr, B., Dreyer, F., Lucchese, G., Pulvermüller, F.
Año	2016
Características de la intervención	Número de participantes <ul style="list-style-type: none"> - 2 grupos de 9 - 18 participantes
	Perfil de participantes <ul style="list-style-type: none"> - Afasia crónica no fluente
	Frecuencia de sesiones <ul style="list-style-type: none"> - 6 días consecutivos por cada tratamiento - 3,5 horas por sesión
	Terapeutas <ul style="list-style-type: none"> - Neurocientífico clínico
	Actividades <p style="text-align: center;">ILAT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades basadas en el entrenamiento de habilidades lingüísticas en el contexto de la comunicación y la interacción social - Solicitar y responder mediante el lenguaje hablado con tareas de pareo de palabra hablada dibujo. - Se utilizan estrategias de modelado, moldeamiento y pistas fonológicas y semánticas. - Naming test: actividades basadas en la denominación por confrontación.

Ficha N°14

Nombre de la investigación	The comparative effects of Multi-Modality Aphasia Therapy and Constraint-Induced Aphasia Therapy- Plus for severe chronic Broca's aphasia: An in-depth pilot study
Autores	Attard, M., Rose, M., Lanyon, L.
Año	2013
Características de la intervención	Número de participantes <ul style="list-style-type: none"> - 1 Grupo - 2 participantes
	Perfil de participantes <ul style="list-style-type: none"> - Afasia de Broca - Afasia crónica
	Frecuencia de sesiones <ul style="list-style-type: none"> - 3 horas diarias - 4 días a la semana - 2 semanas
	Terapeutas <ul style="list-style-type: none"> - No menciona
	Actividades <p>CIAT plus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades basadas en constraint-induced language - Actividades de solicitar y responder mediante el lenguaje hablado con tareas de pareo de palabra hablada dibujo. - Se utilizan estrategias de modelado, moldeamiento y pistas fonológicas y semánticas. - Tareas de lenguaje escrito (rimas, categorías) - Fotografías de situaciones cotidianas - Ejercicios de práctica con la familia en el hogar M-MAT

Ficha N°15

Nombre de la investigación	Effects of impairment-based individual and socially oriented group therapies on verb production in aphasia
Autores	Louise, E., Caplan, D., Waters, G., Budson, A.
Año	2015
Características de la intervención	Número de participantes – 12
	Perfil de participantes – A. de Broca
	Frecuencia de sesiones – 6 semanas – 2 veces a la semana – 2.25 horas de terapia individual – 2,25 horas de terapias en grupo
	Terapeutas – 1 SLP
	Actividades – Conversaciones en torno a verbos obligatorios y voluntarios – 27 verbos asociados a tópicos conversacionales funcionales, como cenar, viajar, ocupaciones, noticias etc. – La mayoría de los verbos son monosilábicos y de alta frecuencia.