


	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 1 de 22

GUIA CLINICA DE TERAPIA PARA LA AFASIA

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	LIC TCH MANUEL CONTRERAS ORDAZ	DRA. COLUMBA EDITH REYES GARCIA	DRA. LAURA ELIZABETH CHAMLATI AGUIRRE
Firma			

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 2 de 22

1. Propósito

Establecer un criterio uniforme para la evaluación y el proceso rehabilitatorio de las alteraciones del lenguaje en el paciente afásico adulto con el objetivo de optimizar el proceso de su atención.

2. Alcance

El presente procedimiento es de observancia general y obligatoria para el personal de la División de Terapia en Comunicación Humana del Instituto Nacional de Rehabilitación dentro del servicio de Lenguaje

3. Responsabilidades

Jefe de la División:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio:



- Elaborar la guía del padecimiento
- Procurar y supervisar el cumplimiento de la misma
- Proponer la mejora continua en la atención

Licenciado Terapeuta Adscrito:

Ejecutar la guía
Participar en la revisión

4. Políticas de operación y normas.

La revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 3 de 22

PROBLEMAS DE LENGUAJE EN LOS PACIENTES ADULTOS (AFASIAS)

5. Definición del padecimiento

La afasia es un trastorno del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral focal en una persona que previamente podía hablar con normalidad. El trastorno afásico se caracteriza por dificultad en la emisión de los elementos sonoros del habla (parafasias), déficit de la comprensión y trastornos de la denominación (anomia). En la afasia raramente hay una abolición total de las capacidades expresivas; aunque en la fase inicial pueda observarse esta incapacidad, regularmente se conservan elementos hablados.

Al hacer una revisión histórica de los conceptos que se han vertido sobre la definición de la afasia encontramos que:



Luria (1947) entiende por afasia la alteración sistémica del lenguaje que surge ante lesiones corticales locales del hemisferio izquierdo (en sujetos diestros), las cuales conducen a la desaparición de uno u otro eslabón o factor (defecto primario que se relaciona con la función propia de una estructura cerebral dada) y que se manifiesta en síndromes específicos que caracterizan a los diferentes tipos de alteraciones del lenguaje.

Goodglass y Kaplan (1972) la definen como las perturbaciones del lenguaje oral y escrito que se producen por lesiones de ciertas áreas cerebrales. Aclaran que no pueden considerarse como desordenes afásicos a las alteraciones de la articulación de la palabra o alteraciones de la escritura producida por la incoordinación o parálisis de los músculos correspondientes que resultan de una afectación intelectual severa o de alteraciones visuales o auditivas.

Hecaen (1979) define la afasia como las alteraciones en la comunicación verbal debidas a lesiones cerebrales circunscritas. El autor aclara que esta definición no es satisfactoria porque la alteración del lenguaje esta definida por la lesión focal que la ocasiona, más que por cualquier característica especial de la alteración en si misma.

Tsvetkova (1988) sobre la base de investigaciones clínicas y experimentales demostró que la afasia no es simplemente una alteración del lenguaje sino un síndrome complejo en donde se alteran otros procesos como la percepción, la memoria, el pensamiento, etc. esto permitió llegar a una definición más exacta del concepto de afasia a la cual considera como:

“Una alteración sistémica del lenguaje que resulta de lesiones locales del cerebro, involucrando diferentes niveles de su organización que influyen sobre sus relaciones con otros procesos psíquicos del hombre, alterando en primer lugar la función comunicativa del lenguaje; la afasia incluye cuatro componentes: La alteración propia del lenguaje y de la comunicación verbal, la alteración de otros procesos psíquicos, cambios en la personalidad y la reacción ante la enfermedad”

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 4 de 22

6 Diagnóstico

6.1 Cuadro Clínico

Considerando al lenguaje como el resultado de la actividad de una organización neuronal responsable de la integración y la emisión de los mensajes lingüísticos. La desorganización de esta actividad como resultado de una lesión cerebral es lo que constituye el síndrome afásico, la exploración de estos pacientes debe poner en evidencia aquellos aspectos lingüísticos que están conservados, los que están destruidos y los que están alterados. Debemos considerar que el lenguaje del paciente afásico es la resultante de las actividades globales del cerebro, al igual que para los sujetos normales; si bien, por efecto de la lesión, estas actividades responden a una forma de organización que depende de la interacción entre supresiones, desviaciones, inhibiciones o liberaciones de los múltiples sistemas funcionales afectados por la lesión cerebral.



Es importante tener en cuenta que una perturbación del lenguaje no siempre significa que la lesión ha destruido la función correspondiente, sino quizá solamente algunos de los elementos para que esta función sea correctamente realizada. De esta manera, las capacidades lingüísticas del afásico serán el resultado final del entre juego de las funciones alteradas y del conjunto de posibilidades preservadas en el cerebro del paciente.

El paciente afásico no solamente presenta un problema del lenguaje, ya que una lesión cerebral puede desorganizar distintos sistemas funcionales, por lo cual el estudio de un paciente afásico no debe limitarse al estudio de su lenguaje, sino al conjunto de sus funciones neuropsicológica.

6.2 Clasificación

La clasificación de Luria es la utilizada en la Institución por tener como base una descripción fisiopatológica de la afasia. Luria introduce la investigación neuropsicológica en los pacientes afásicos, la que permite describir la anomalía de lenguaje de manera precisa, esta investigación no se limita a describir las deficiencias individuales de la percepción, memoria, lenguaje, lectura, escritura etc., también toma en consideración la forma en que cada función se ve afectada, la pauta de los trastornos y qué factor común une los diversos síntomas. Esto permite distinguir la falla básica del síndrome y de la actividad intelectual, logrando así precisar el mecanismo responsable del trastorno afásico.

Esta clasificación es en la que se basaron Ardila, Ostrosky y Canseco para su esquema de exploración neuropsicológica, único que ha sido estandarizado con pacientes adultos que hablan español.

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 5 de 22

La clasificación de afasias de Luria, no plantea la localización de uno o varios centros del lenguaje. La actividad verbal como sistema jerárquicamente organizado, se lleva a cabo con el aporte específico de distintas regiones de la corteza cerebral que realizan el procesamiento de información.

Luria dividió los síndromes afásicos en dos grandes grupos, los anteriores y los posteriores, y así clasifica los mismos en: Afasia motora-eferente, dinámica, motora-aférente, acústico agnósica, acústico amnésica, semántica amnésica.

Afasias Anteriores

Las regiones corticales anteriores (premotoras y frontales) por sus particularidades morfofisiológicas guardan una estrecha relación con la organización de los procesos y la actividad motora, las lesiones en estas regiones producen dificultades en el cambio armónico de una cadena motriz a otra y alteran los hábitos motores, ésto ocasiona que el lenguaje expresivo se altere profundamente y los elementos fundamentales de la expresión sintácticamente organizada. Es decir se altera la codificación verbal.



En el paciente que presenta una afasia anterior, la motivación, la planeación, organización, anticipación y corrección del lenguaje están dañadas. Muestra incapacidad de organizar las palabras y oraciones simples de forma secuencial.

Aparece un lenguaje no fluente, telegráfico, nominativo; tiene alteración la línea melódica del lenguaje. La comprensión verbal no evidencia dificultad para entender frases sencillas, sin embargo no logran identificar errores en la concordancia sintáctica de las palabras en una frase. Por otra parte existe una alteración de la estructura predicativa del lenguaje.

Afasias posteriores

Se observan alteraciones en la comprensión del lenguaje, se afecta la recepción, conservación y procesamiento de la información, la palabra que representa al objeto pierde sus sistemas de significados.

A continuación se describirán los siete tipos de afasia distinguidos por Luria:

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 6 de 22

6.2.1 Afasia motora eferente

Existe una desorganización de la base cinética del acto motor del lenguaje, esto es, la afectación de las áreas premotoras ocasionan la pérdida del carácter automático de los actos motores, se pierde la melodía cinética del movimiento.



El lenguaje expresivo no es fluente, siendo emitido con esfuerzo, ya que el paciente no logra producir los cambios necesarios para pasar de un fonema a otro; su lenguaje es desautomatizado, con presencia de parafasias fonológicas (reemplazo de un fonema a otro cercano, dentro de una palabra) y agramatismo, ya que presentan estilo telegráfico en su estructuración sintáctica. En los casos severos aparecen perseveraciones que entorpecen su elocución. Existe también alteración en los patrones de entonación del lenguaje. En cuanto a su lenguaje receptivo, presentan buena comprensión de palabras y frases sencillas, pero se hace difícil la comprensión de frases complejas. La lectura y la escritura presentan las mismas características de su lenguaje oral. Su lectura silente y en voz alta están igualmente comprometidas.

6.2.2 Afasia Dinámica.

Se presenta una alteración de la iniciativa verbal, su característica central está dada por la inactividad de los procesos verbales, existe adinamia en el paciente; la organización audioarticulatoria externa del lenguaje permanece completamente intacta, así como los aspectos lógico-gramaticales; sin embargo el paciente es incapaz de hablar por carecer de un esquema de expresión verbal. Este defecto se relaciona probablemente con alteraciones del lenguaje interno, por lo que existe una incapacidad para organizar programas de expresión lingüística. Se pierde el esquema lineal de la frase.

La expresión verbal es no fluente, puede estar suprimido todo el lenguaje espontáneo; el paciente no logra salir de los límites de una pregunta verbal y es incapaz de utilizar el lenguaje para la generalización o para la expresión de deseos o pensamientos. Puede presentarse ecolalia; logra repetir fonemas, palabras, frases y estructuras verbales suficientemente fortalecidas, la repetición de series verbales largas le es imposible; el esquema lineal de la expresión se encuentra alterado, no presenta lenguaje narrativo.

En la comprensión verbal, se observa que el paciente comprende el vocablo, no presenta sordera verbal, pero hay una disrupción del sentido del lenguaje; Por otro lado se sabe que lesiones en esta área frontal, producen una pérdida de la actividad intencional, por lo que se afectan las funciones intelectuales.

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 7 de 22



La escritura puede verse afectada en su realización motriz, el paciente puede presentar importante inercia patológica en sus impulsos motores, perseverando con un grafema o con una línea. Por otra parte la escritura y la lectura pueden verse afectadas por la adinamia del paciente, en el sentido que es incapaz de realizar actividades.

6.2.3 Afasia Motora Aferente.

Este tipo de alteración del lenguaje se produce por lesiones en la región postcentral inferior del surco central en área 43 de Brodmann. Se acompaña de una disrupción del sistema de retroalimentación sobre la posición de los labios, lengua, etc.; por lo que se altera la estructura del articulema, o unidad articulatoria y el paciente no logra hallar la posición adecuada de las estructuras bucofonatorias para la articulación del lenguaje. Las estructuras corticales poscerebrales, especialmente las áreas secundarias, permiten la organización propioceptiva y espacial de los movimientos, de manera que una lesión en esta región, lleva a la pérdida de los esquemas cinestésicos complejos.

El lenguaje expresivo de este tipo de pacientes es fluente, articulan un gran número de combinaciones inapropiadas de sonidos al intentar hallar el articulema; sin embargo, una vez encontrados los movimientos necesarios para emitir un sonido determinado, éste se pronuncia sin ninguna de las distorsiones que caracterizan a las afasias anteriores. Existen, múltiples parafasias fonológicas que tornan su lenguaje torpe y lento. Su estructuración gramatical generalmente es adecuada, ya que la deficiencia verbal se encuentra relacionada con una pérdida de los esquemas motores aferentes y no con el trastorno de la dinámica del lenguaje expresivo. Sus perturbaciones secundarias comprenden el análisis auditivo, la síntesis auditiva y la escritura.

Cuando los sonidos verbales dejan de estar generalizados en articulemas discretos y no pueden ser diferenciados a partir del flujo del lenguaje continuo. Como consecuencia de ello el paciente es a menudo incapaz de señalar que sonidos componen una palabra dada, por lo tanto su comprensión se va alterada. Existe un trastorno secundario del lenguaje receptivo. Por otra parte es también comprensible que la pérdida de los esquemas articulatorios ocasione trastornos en la escritura. El paciente tiene dificultad en escribir las letras que representan los sonidos que es incapaz de articular. Lo mismo ocurre con la escritura de números y el cálculo.



	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 8 de 22

6.2.4 Afasia Acústico Agnósica.

Esta alteración del lenguaje constituye la forma más frecuente de las afasias posteriores o afasias fluentes. Es ocasionada por lesiones de la región posterior del giro temporal superior izquierdo, área 22 de Brodmann. Su alteración fundamental es la deficiencia analítico-sintética de las áreas secundarias temporales, que producen el síntoma básico: El trastorno de la audición fonémica o audición verbal. Esta alteración del oído fonemático, causa una imposibilidad para diferenciar los fonemas, lo que hace que el lenguaje aparezca como un susurro continuo. En los casos más severos, la palabra oída pierde su significado y deja de ser comprendida.

Al paciente le ocurre lo que a una persona que escucha el lenguaje que no le es familiar. La persona oye el lenguaje de una lengua extraña pero sin diferenciación puesto que no está en condiciones de separar los indicios fonémicos necesarios (desconocidos para él), y de sistematizar los sonidos verbales en fonemas constantes. El análisis de este tipo de pacientes ha permitido esclarecer que la audición verbal implica ante todo el análisis y la síntesis de estímulos sonoros estructurados complejos, la extracción de las señales de un flujo de sonidos. Por otra parte, Luria ha destacado que tanto en el desarrollo de la estructura fonémica del lenguaje como en el análisis de los sonidos verbales, la articulación desempeña un papel decisivo. Esto ha llevado a comprender que la audición verbal constituye una función sistemática compleja, que se basa en la actividad coordinada de las estructuras auditivas y articulatorias del córtex. En este tipo de afasia se encuentra un lenguaje expresivo fluente, con presencia de parafasias fonológicas, que en los casos graves puede constituir una jergafasia. También se presentan parafasias semánticas; La repetición verbal está muy alterada, evidenciándose especialmente, en palabras de baja frecuencia de presentación.

En cuanto a la comprensión verbal, se encuentra alterado el primer eslabón necesario para ésta, es decir, la discriminación de fonemas, por ende, el lenguaje receptivo se encuentra muy alterado. Por lo que respecta a la escritura, estos pacientes logran copiar en forma acertada, pero ante el dictado o en la escritura espontánea muestran dificultades insuperables, asociadas con el defecto del análisis y síntesis auditivas de las palabras. Su capacidad de lectura se ve menos afectada que la capacidad para la escritura; puede existir dificultad cuando es preciso identificar una palabra poco familiar en función de su estructura fonémica. Logran leer fácilmente ideogramas en lo que basan su lectura. La lectura fonológica propia de nuestro idioma español, requiere la distinción de los fonemas y de las letras constitutivas de una palabra, por lo que en casos más severos, también se ve afectada la lectura.

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 9 de 22

6.2.5 Afasia Acústico Amnésica.-

Las lesiones en las regiones medias del lóbulo temporal, área 37 de Brodmann y parcialmente la 21 en el hemisferio izquierdo, producen este tipo de afasia. En este síndrome se encuentra disminución en el volumen de la memoria verbal y por consiguiente, el paciente olvida el nombre de los objetos. En aspecto expresivo se observa un lenguaje fluente sin presencia de parafasias literales. El paciente presenta anomia y procura compensar esto con parafasias verbales. Se encuentra conservada la melodía entonacional. Su estructuración sintáctica, caracterizada por sus fallas en denominación es linealmente correcta. Puede repetir normalmente fonemas y palabras, mostrando así que conserva intacta su capacidad de reconocimiento fonológico. Sin embargo, al aumentar el volumen del material verbal a repetir, comenzará a cometer errores y a denominar objetos con palabras inadecuadas. Existe una rápida desaparición de los elementos verbales de la memoria; al menos parte del mecanismo responsable es una inhibición retroactiva y proactiva.



La comprensión verbal en este tipo de afasia se ve afectada por el mismo mecanismo, ya que le impide al sujeto, retener oraciones complejas y así comprender su sentido. La disminución de la memoria verbal operativa hace más difícil la relación de los elementos presentados en una secuencia dada. El proceso de elección fonológica de la palabra está alterado en estos pacientes, por lo que la ayuda fonológica (presentación de las primeras sílabas de una palabra dada) proporcionada al paciente, no ayuda a que éste encuentre la palabra correspondiente.

La escritura se ve afectada, sólo cuando se incrementa el volumen de palabras que el paciente debe escribir, su copia está conservada.

6.2.6 Afasia Semántica.

Esta afasia aparece como consecuencia de lesiones en la región temporo-parieto-occipital del hemisferio dominante, esto es en las áreas terciarias posteriores, la zona de intercruce de información somestésica, auditiva, y espacial. Al ser lesionada, imposibilita la síntesis simultánea de elementos de diferente naturaleza (verbal, numérica) en una estructura. Este sitio de lesión corresponde a las áreas 39, 21 y 19 de Brodmann.

Su característica fundamental es la dificultad en el empleo y en la comprensión de las estructuras lógico gramaticales complejas. La comprensión de las palabras no sufre alteraciones, el nivel fonológico y léxico están conservados, pero se altera la

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 10 de 22

comprensión de la estructura de la frase, el paciente se encuentra incapacitado para el manejo de preposiciones y de estructuras espaciales, cuasi-espaciales, la alteración en el manejo de esta estructura no sólo se manifiesta en el lenguaje sino que también el paciente es incapaz de orientarse adecuadamente (derecha, izquierda, norte, sur) o de solucionar problemas matemáticos que impliquen el mantenimiento de estructuras o relaciones espaciales; los pacientes pueden evidenciar apraxia construccional, acalculia, etc.



6.2.7 Afasia Amnésica.

En los últimos años de su trabajo Luria plantea el análisis psicolingüístico de las condiciones esenciales para la función nominativa normal. El proceso de denominación es complejo y por demás interesante; se ha formulado con claridad, especialmente por Vygotsky, que una palabra no solo representa a un objeto particular, sino que además lo incluye en un complejo sistema de asociaciones o relaciones, convirtiéndose en una matriz semántica multidimensional; de éste modo analiza y generaliza al objeto que denota.

Luria también ha señalado que nombrar un objeto no es un proceso de encontrar un símbolo verbal asociado a él. Es siempre la selección del nombre adecuado entre una serie de alternativas posibles, proceso en el cual son rechazadas las palabras o asociaciones inadecuadas (tanto a nivel fonológico como semántico), mientras escogen las adecuadas; En otras palabras nombrar un objeto es siempre tomar una decisión psicológicamente hablando; este proceso (y no la pasiva oleada de asociaciones) es la esencia de la capacidad nominativa.

Al existir lesiones en las zonas terciarias parieto-témporo-occipitales del hemisferio izquierdo, se pierde la excitabilidad selectiva de los distintos engramas, aparecen con la misma probabilidad diferentes asociaciones verbales y como resultado de este exceso de trazos evocados, (más que de su ausencia) y de la pérdida de su selectividad, se altera el proceso de selección de las conexiones adecuadas (al enfrentarse con varias alternativas que tienen la misma probabilidad), y el proceso de toma de decisión encuentra dificultad considerable. Esta es la causa de la afasia amnésica.

El lenguaje expresivo en estos pacientes es fluente, sin errores en la pronunciación y con múltiples parafasias semánticas o tendencia a referirse al uso del objeto en lugar de éste, o a describirlo. En este tipo de afasia la presentación de ayuda fonológica si es efectiva y ésta es una característica distintiva de la afasia acústico-amnésica que ya se describió.

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 11 de 22

7. Tratamiento

7.1 Evaluación Inicial de la LTCH

La Licenciada Terapista en Comunicación Humana recibe al paciente con diagnóstico de afasia, que ha sido previamente valorado, por el Servicio de Patología del Lenguaje, que elabora un resumen e informe Clínico, donde se desglosa cada una de las evaluaciones realizadas así como el o los diagnósticos y las recomendaciones que se deberán observar y cumplir.

El proceso rehabilitatorio comienza con una entrevista inicial con la participación de algún familiar, que permita conocer los aspectos médicos, sociales y emocionales más relevantes del paciente.

Posteriormente se realiza el proceso de evaluación, a través del cual se podrán establecer las características y la gravedad del cuadro que aqueja al paciente, se debe tener presente que una lesión cerebral no necesariamente produce una forma pura de afasia, es habitual encontrar síntomas que se dan en más de uno de los diferentes tipos de afasia, aunque predominen unos sobre otros.

Los objetivos fundamentales en la evaluación de las afasias son:



Evaluar la presencia, tipo y gravedad de la incapacidad del lenguaje.

Las modalidades neuropsicológicas que se deben contemplar son la producción y comprensión oral y escrita.

Para el paciente que se encuentra en las primeras fases de recuperación es necesario contar con un instrumento corto y sensible que permita diagnosticar las disfunciones en la comunicación.

Dentro del Servicio de terapia del lenguaje se utiliza la valoración denominada Perfil del Estado Cognoscitivo, que determina la severidad del daño neurológico (menor, moderado o severo) y que permite evaluar principalmente el nivel de conciencia, la orientación (en persona, lugar, y tiempo), la atención, el lenguaje (espontáneo, comprensivo y repetitivo), la denominación de objetos, la habilidad constructiva, la memoria, el cálculo y razonamiento (semejanzas, juicio y comprensión)

7.2 Rehabilitación

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 12 de 22

A continuación se mencionan algunas técnicas y métodos que han mostrado su eficacia en la rehabilitación del paciente afásico. Algo muy importante que no debe olvidarse al iniciar un proceso rehabilitatorio son los objetivos básicos que deben ser considerados para el paciente adulto:

- Reducir la ansiedad ante el fracaso
- Mejorar el procesamiento de la información lingüística
- Dar opciones comunicativas
- Aumentar al máximo su capacidad de comunicación independiente

7.2.1 Las Técnicas de facilitación de estímulos.

7.2.1.1 Desbloqueo

Weigl (1968) propuso un procedimiento formal llamado desbloqueo, empleando los canales intactos o menos afectados en el lenguaje para compensar y mejorar la operación de los canales no funcionantes (la presentación de una palabra impresa en forma simultánea con la palabra hablada, es más probable que el paciente reconozca alguna de las dos.) Cuando se produce una palabra o frase, se incrementa la probabilidad de su producción ulterior.



7.2.1.2 Programa de Estimulación Base-10

Desarrollado por La Pointe (1977): Cuando una respuesta alcanza determinado criterio, se cambia el estímulo y el paciente inicia las prácticas con el nuevo estímulo hasta alcanzar de nuevo el criterio de ejecución. La hipótesis supone que existe una cantidad creciente de reaprendizaje en el paciente afásico, y que el lenguaje se desintegra en dirección opuesta a su adquisición.

7.2.1.3 Reorganización del sistema funcional

Luria (1963) en colaboración con Tsvétkova(1973) desarrollaron un procedimiento que parte de en caso de daño cerebral asociado con alteraciones cognoscitivas, se requiere una reorganización del sistema funcional.

La rehabilitación del lenguaje usualmente comienza con la actualización de este: el paciente debe producir tanto lenguaje como sea posible, una vez que se produzca una palabra o frase se incrementa la probabilidad de que se repita.

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 13 de 22

El punto de partida de este enfoque, es que en cada síndrome afásico, se encuentra alterado cierto nivel específico del lenguaje. Es posible superar este nivel alterado valiéndose de los niveles mejor conservados.

7.2.1.4 Terapia Melódica Entonacional

Propuesta por Sparks, Helm & Albert, (1974). Consiste en entrenar al paciente a llevar el ritmo de la palabra o frase (golpeando con la mano) a medida que la palabra o frase es entonada por el terapeuta, y mientras mantiene el patrón rítmico el paciente también intenta entonar la palabra o frase. A medida que la entonación tiene efecto sobre el lenguaje del paciente, el terapeuta gradualmente suprime la estimulación y más tarde el paciente suspende el ritmo pero continúa con la entonación.

Este procedimiento sólo es útil con un grupo limitado de pacientes afásicos, específicamente, con pacientes con limitaciones importantes en la producción, incluyendo una agilidad verbal pobre, comprensión relativamente conservada y pobre repetición (básicamente, pacientes con afasia motora eferente).

7.2.1.5 Tratamiento de respuesta contingente a pequeños pasos).

Bollinger y Stout (1976) propusieron el Response-Contingent Small Step Treatment (RCSST) que consiste en la progresión a pequeños pasos, con tareas jerarquizadas, enfatiza la importancia en el acontecimiento anterior; al producirse un error se regresa al nivel anterior. Las tareas se inician con un antecedente facilitador.

7.2.1.6 Métodos de Estimulación



Se fundamentan en que en la afasia interfiere el procesamiento del lenguaje sin que esta función este perdida, al producirse una estimulación sensorial intensiva (rehabilitación), se establecen patrones de activación cerebral que permiten la actualización del lenguaje, esto hace que la rehabilitación se centre en el lenguaje.

7.2.1.7 Programa de tratamiento de la comprensión a nivel de la frase

Masters y Cols. (1986) propusieron el Sentence Level Auditori Comprensión (SLAC) fundamentado en la preservación de la capacidad de discriminar fonemas en afásicos globales. El método utiliza una serie de tarjetas pregrabadas.

7.2.1.8 Lenguaje Erichment Therapy. (LET)

Introducido por Lesser en 1986 se fundamenta en la teoría de Luria, según la cual la readquisición del lenguaje se basa en la reorganización de los sistemas complejos y la

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 14 de 22

interacción entre el lenguaje y otras capacidades mentales. Consiste en un programa jerárquico que estimula al paciente en las tareas y procesos tales como la comprensión, repetición, construcción de frases, denominación, lectura y escritura.

7.2.1.9 Estimulación audiovisual y tratamiento de producción directa.

Propuesto por Thomson y Mc Reynolds en 1986, trata de frases interrogativas que se le hacen al paciente, alternando métodos de producción directa y estimulación visual en pacientes agramáticos. La estimulación directa es más efectiva.

Repetición de frases.

Khon y Cols. en 1990, basaron su teoría en la repetición de frases de diferentes características, variando el número de sílabas, palabras, de contenido semántica, etc. La dificultad se incrementa a medida que se obtienen resultados.

Aproximaciones orientadas al lenguaje

Constituye aproximaciones basadas en el lenguaje normal, el objetivo es hacer consciente al paciente de las normas lingüísticas y reestablecer el aprendizaje, se aproxima al aprendizaje de una segunda lengua, propuesto por Methé y Cols. (1992)

Tablero de construcción de frases



Davis en 1973 describe el uso del Sentence construcción Board (SCB), fundamentado en las estructuras lingüísticas y su transformación. Se trata de un tablero con luces de colores que se usan como índices flexibles que representan clases gramaticales de palabras.

Las luces se pueden exponer o suprimir según las necesidades, el programa se diseña en pasos dirigidos a la discriminación, producción y comprensión del lenguaje.

Terapia de acción visual

Esta tiene un enfoque visual-gestual, no oral, para la rehabilitación de pacientes con afasia global, se entrena a los pacientes severos a representar a través de gestos faciales y con apoyo de las manos y brazos (objetos, expresiones etc.), con lo que se observan cambios favorables en comprensión auditiva y pantomima.

Estimulación Sintáctica de Helm

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 15 de 22

Tiene como finalidad reducir los agramatismos (incorrecta construcción de frases) se utiliza en la afasia dinámica y motora eferente. Las técnicas utilizadas permiten a los pacientes mediante la lectura y la conversación con el terapeuta formar oraciones espontáneas y bien construidas.

Para utilizar correctamente cada una de estas técnicas y métodos se debe considerar que la mejor forma de rehabilitar a un paciente afásico adulto es la que permite incidir en todos los trastornos observados y no en uno determinado. Al hacerlo de esta manera se consigue una más rápida restauración de las funciones cerebrales, al ser estimulada mayor extensión de corteza cerebral.

Bajo esta premisa deben considerarse los trastornos más comunes que se presentan en el lenguaje y demás funciones afectadas, en cada paciente afásico con el objetivo de planear, personalizado, el proceso rehabilitatorio idóneo.



La rehabilitación de los trastornos afásicos de predominio motor incluye:

Como primera etapa técnicas correctivas para el desbloqueo del lenguaje utilizando el lenguaje más automatizado y consolidado del paciente que suelen ser las series aprendidas de memoria en su infancia, las series articulatorias que llevan un mismo orden y siempre deberán estar clasificadas dentro de un género gramatical (días de la semana, meses del año, numeración, etc.). También es necesario utilizar palabras con contenido emocional (nombres de personas queridas, aficiones etc.). Con esto se busca estimular la atención hacia el discurso y la producción espontánea de algunos sonidos, esto es importante sobre todo en aquellos pacientes que muestran una supresión del lenguaje, para después abordarlo en la rehabilitación de la articulación y la construcción de frases.

La segunda etapa del proceso rehabilitatorio deberá estar enfocada a superar el agramatismo expresivo, debido a que en este tipo de padecimiento afásico, se presentan hondas deficiencias en la estructura gramatical y sintáctica de la frase. Para trabajar el agramatismo expresivo inicialmente se hace, con palabras que expresen acción, es decir verbos.

En la tercera etapa el objetivo es darle al paciente atributos de sujeto, logrando proporcionar más elementos de estructuración en beneficio de su expresión oral, por lo que se trabajará con el uso de adjetivos.

La cuarta etapa del proceso tiene como objetivo dar al paciente una ubicación de tiempo, espacio y cantidad, modificando la significación del verbo y proporcionándole más elementos gramaticales, utilizándolos en la estructuración de su lenguaje espontáneo, en los sucesos de su vida cotidiana.

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 16 de 22

La quinta etapa tiene como objetivo lograr la unión de los diversos elementos gramaticales con el uso de conectivos (artículos, preposiciones, conjunciones, contracciones y verbos de unión) de manera adecuada e ir eliminando poco a poco el lenguaje telegráfico.



Si es necesario por último rehabilitar punto y modo de articulación; ya que lo que se intenta al inicio de estas etapas es abstraer al paciente de la articulación de los fonemas para concentrarlo en la organización semántica del término en su estructura rítmico-melódica, en sus conexiones y dependencias intraverbales. Todo esto unido crea las condiciones adecuadas para superar las perseveraciones y facilita la conmutación de un elemento articulatorio con otro.

La rehabilitación de los trastornos afásicos de predominio receptivo o sensorial tiene como objetivo fundamental, restablecer la correcta percepción de los sonidos y la comprensión acústica del lenguaje, realizando actividades que incidan en los problemas de expresión que corren paralelos al déficit comprensivo.

En la primer etapa es necesario que la rehabilitación comience con actividades para evitar la jergafasia (expresión verbal ininteligible debido a una excesiva acumulación y sobreproducción de parafasias) y, al mismo tiempo, obtener que el sujeto tenga una actitud conciente hacia el lenguaje que se le dirige, se debe hacer que el paciente reconozca las palabras correctas que emite, dentro de su jerga incoherente, utilizando grabaciones de su lenguaje para que las oiga constantemente, intentando que relacione las palabras correctas con las imágenes que representan.

La segunda etapa consiste en reconocer palabras dentro de una frase, puesto que en los trastornos de comprensión, el campo semántico de la palabra es, en cierto modo, más reconocido que el significado concreto de la palabra, se trabajara con técnicas para restablecer el reconocimiento de los sonidos del lenguaje, utilizando esquemas que representen la posición de los órganos articulatorios para la pronunciación de los distintos sonidos, conforme avanza el paciente las actividades serán mas difíciles pudiendo localizar las letras que corresponden al primer sonido de las palabras, posteriormente intentará reconocer sin ayuda de imágenes el primer sonido de las palabras.

En la tercer etapa de la rehabilitación, cuando el paciente no tiene problemas de reconocimiento de sonidos, se le pedirá que realice ejercicios de discriminación de palabras, donde la diferencia de un sonido hace variar el significado, para complementar la rehabilitación del déficit comprensivo y una vez que el paciente reconoce sonidos, se trabajara con frases pidiéndole que relacione las frases oídas con

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 17 de 22

laminas que se le presentan, el leerle relatos o cuentos, haciéndole preguntas, permitirá afianzar la comprensión de su lenguaje.

Para que la rehabilitación sea exitosa se deberá buscar una adecuada empatía entre el terapeuta y el paciente, el terapeuta deberá motivar continuamente al paciente para que tenga una actitud positiva hacia el trabajo y deseo de mejora.

7.3 Otros

El desarrollo alcanzado por las neurociencias y la informática ha permitido que los métodos convencionales de rehabilitación se complementen paulatinamente con programas informáticos que proporcionan innumerables ventajas al proceso de rehabilitación, entre estas nuevas herramientas se encuentra el programa **Lexia 3.0** para Windows, el cual es un excelente complemento al tratamiento de la afasia. Se pueden elegir parámetros ya ajustados a los diferentes tipos de afasia. El Lexia 3.0 está desarrollado teniendo en cuenta los últimos avances sobre investigación de las afasias, además desde una perspectiva neurolingüística adoptando una postura logopédica-pedagógica, con Lexia 3.0 se puede estimular comprensión de palabras, de frases, de textos y de construcciones gramaticales. Casi todos los ejercicios permiten trabajar con habla digitalizada o sintetizada.



8. Evaluación del resultado

8.1 Cuantitativo

La utilización de instrumentos fiables y válidos que permitan evaluar a adultos con sospecha de déficit de comprensión resulta de gran utilidad. Para la tarea de evaluar al paciente al término de su tratamiento se utiliza la misma Evaluación que se realizó al inicio del proceso terapéutico: El Perfil del Estado Cognoscitivo, para el nivel de conciencia, la orientación (en persona, lugar, y tiempo), la atención, el lenguaje (espontáneo, comprensivo y repetitivo), la denominación de objetos, la habilidad constructiva, la memoria, el cálculo y razonamiento (semejanzas, juicio y comprensión). Esto permitirá comparar medir de manera objetiva los avances obtenidos durante el proceso rehabilitatorio.

8.2 Cualitativo

La entrevista inicial que se realizó, permitirá observar los cambios más relevantes que en los aspectos médicos, sociales y emocionales ha tenido el paciente.

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 18 de 22

Criterios de alta

Se considerará alta del servicio de terapia del lenguaje cuando paciente haya alcanzado lo esperado de acuerdo a los objetivos planteados en el programa rehabilitatorio personalizado, elaborado al inicio, considerando los criterios de permanencia que le son dados a conocer a través de un tríptico al ingresar a terapia.

9. Anexos



Entrevista Inicial para afásicos

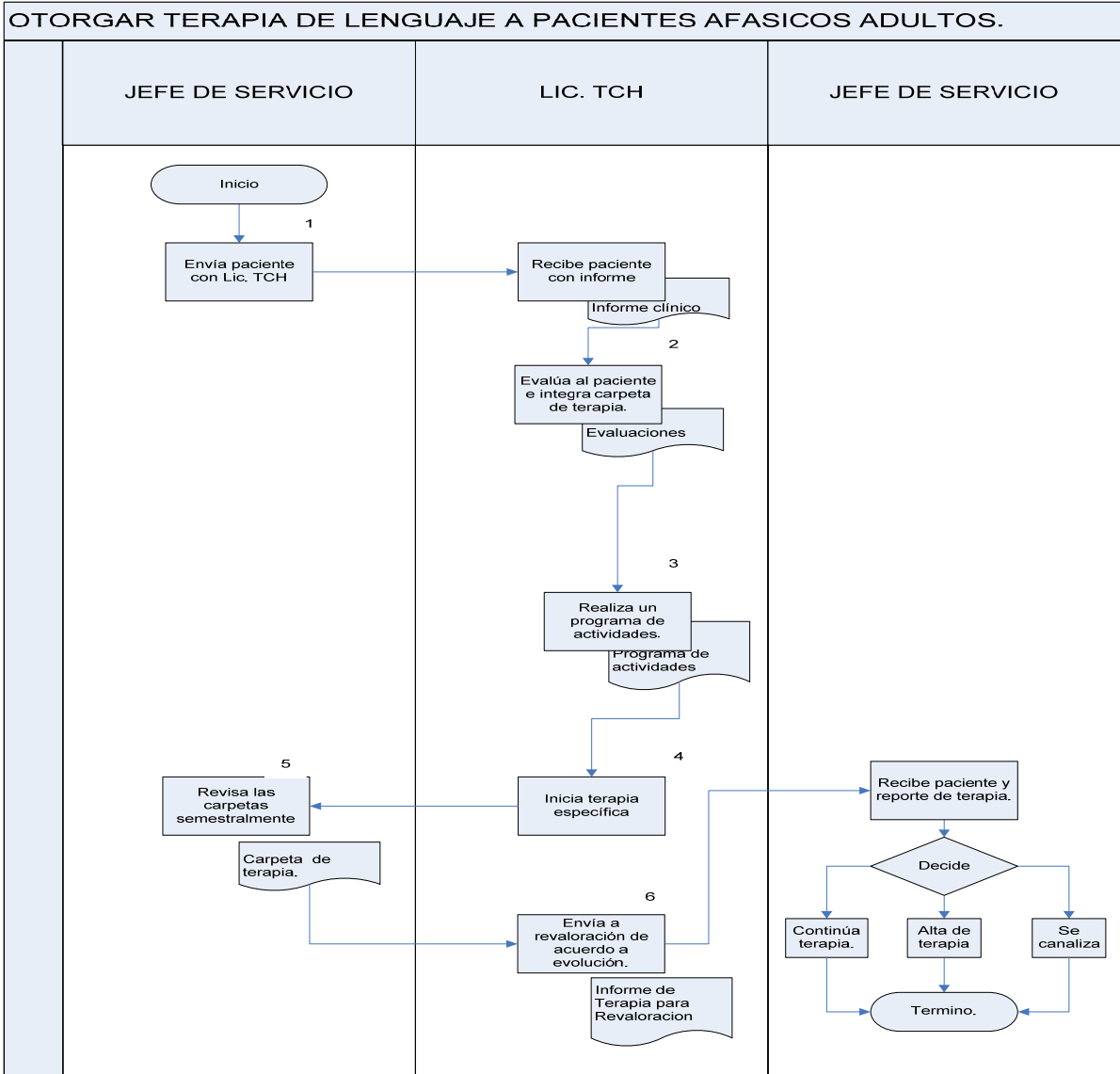
Perfil del Estado Cognoscitivo

Programa Semestral de Terapia



Informe de Terapia para Revaloración

10. Flujograma

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	MANUAL DE GUIAS CLINICAS	 <p>INR</p>	Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 19 de 22



11. Referencias bibliográficas:

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 20 de 22

AGUADO Gerardo. (1999) Trastornos específicos del lenguaje .Retraso del Lenguaje y disfasia. 1ra Edición. Ediciones Aljibe. Málaga

ARDILA A. (1984) Neurolingüística, Mecanismos cerebrales de la actividad verbal, 1ra. Edición, Ed. Trillas, México, Pág.5.

ARDILA A., OSTROSKY-SOLÍS FEGGY,(1995) Diagnóstico del Daño Cerebral, Enfoque Neuropsicológico, Tercera reimpresión Ed. Trillas, México, pág. 13.

AZCOAGA Juan E José A. DERMAN, Berta y otros (1997) Los retardos del lenguaje en el niño. 2da Edición. Paidós. Barcelona.

BARRAQUER BORDAS L. (1999) afasias, apraxia, agnosias. Barcelona Editorial Toray

GALLARDO BEATRIZ, HERNÁNDEZ CARLOS Y MORENO VERÓNICA (1998) (Eds): Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje. Valencia: Universitat,

BEHRMANN, M y LIEBERTHAL, T (1989): Category-specific treatment of a lexical-semantic deficit: A single case study of global aphasia. British Journal of Disorders of Communication 24(3) 281-299

CHÁVEZ B. HÉCTOR, VIDAL O. LUÍS RICARDO, JACOBSEN KIRSTEN. Medicina de la Comunicación Humana, Instituto Nacional de la Comunicación Humana, Capítulo V, pág.146.

CUETOS VEGA (1990) Fernando. Evaluación y rehabilitación de las afasias Aproximación cognitiva. 1ra Edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid

HALLIDAY, M.A.K. (1982) Exploraciones sobre las funciones del lenguaje. Barcelona : medica Técnica

H. GOTZEN BUSQUETS Antonia M. M. CLIMENT Giné i Giné. (2002). Evaluación del lenguaje. 2da. Edición. Masson. Barcelona.

JUNQUÉ; BRUNA; MATARÓ (2004). Neuropsicología del lenguaje: Funcionamiento normal y patológico. Rehabilitación. Edit. Masson. Barcelona.

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 21 de 22

PEÑA CASANOVA, J (2001). Manual de logopedia, Barcelona Masson reimp.

MANNING L. (1992) Introducción a la Neuropsicología clásica y cognitiva del lenguaje, Teoría, evaluación y Rehabilitación de la Afasia, Madrid Ed Trotta



NARBONA Juan. CHEVRIE-MULLER Claude. (1997). El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. 1ra. Edición. Masson. Barcelona.

RONDAL, Jean A. SERON Xavier. (1995). Trastornos del lenguaje I y II .2da Edición Paidós. Neurología y conducta. Barcelona.

QUINTANAR ROJAS LUIS, (1994) Modelos Neuropsicológicos en Afasiología, Universidad Autónoma de Puebla, 1ra. Edición, Puebla, Puebla, pág. 25-30.

VAN HOUT A. (2001) Afasia del niño. In Narbona J, Chevrie-Muller C, eds. El lenguaje del niño. 2 ed. Barcelona: Masson; p. 277-85.

WHITNEY, J, L, Y GOLDSTEIN, H, (1998) Using self-monitoring to reduce disfluencies in speakers with mild aphasia .Journal of speech and hearing Disorders 54 (4)

	MANUAL DE GUIAS CLINICAS		Código: MG-SAF-23
	DIRECCION MEDICA		Fecha: NOV 2010
	SUBDIRECCION DE AUDIOLOGIA, FONIATRIA Y PATOLOGIA DEL LENGUAJE		Rev. 00
			Hoja: 22 de 22

12. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
00	Incorporación de la documentación al SGC	NOVIEMBRE 2010