



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN NEUROPSICOLOGIA CLINICA

PROPUESTA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UN CASO DE AFASIA DE BROCA

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

MAESTRA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA CRUZ ALMAZO GARCIA

**DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. MARIA DOLORES RODRIGUEZ ORTIZ
COMITE TUTORIAL: DRA. JUDITH SALVALDOR CRUZ
DRA. GUADALUPE ACLE TOMASSINI
DR. MIGUEL ANGEL VILLA RODRIGUEZ
DRA. MA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO
DRA. IRMA YOLANDA DEL RIO PORTILLA
DR. GERMAN PALAFOX PALAFOX**

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Julieta Heres P. y Dr. Miguel Angel Villa R
Por iluminar con sus conocimientos mi formación
profesional, enseñándome que aún falta mucho por aprender

Dra. Judith Salvador
Por sus valiosas observaciones a este escrito

A la Dra. Dolores Rodríguez
Por su constante asesoría

Mtros. Humberto Rosell y Alicia Gómez
Por su orientación

A mi madre
Por su fe, fortaleza y apoyo

A mi padre
Quien siempre me acompaña

A mis hermanos y a Sandra
Por su paciencia

Frida
Por darme alegría con su existir

A Yazmín
Por estar ahí en las buenas y en las malas

A Francisco Javier
Por la luz de su presencia a pesar de las adversidades

A Francis
Por contagiarme su optimismo e iniciarme en este camino

A Sarahí
Por regalarme su compañía y sabiduría

A David, Rosario, Agustín, Elba y compañeros de la maestría
Por vivir juntos esta experiencia

A CONACYT y a la UNAM
Por haber hecho posible este sueño

A las personas que como RS
me permitieron aprender al compartir sus historias

A la Dra. Lilia Núñez, Médicos y Residentes de Neurología
del CMN "20 de Noviembre" del ISSSTE
Por instruirnos en torno a la Neurología

A Sama, Claudia, Sigi, Irene, Martín y Armando por su amistad

A mis maestros y a todas aquellas personas
que de incontables formas me
apoyaron y guiaron para
alcanzar esta meta

Las funciones psíquicas superiores del hombre constituyen complejos procesos autorregulados, sociales por su origen, mediatizados por su estructura, conscientes y voluntarios por el modo de su funcionamiento. A. R. Luria

El lenguaje es la realidad inmediata del pensamiento.
K. Marx

El hombre habla para influir, si no directamente en la conducta, sí en el pensamiento y en los sentimientos, en la conciencia de los demás seres.
S. L. Rubinstein

I N D I C E

Resumen
Introducción

PRIMERA PARTE. LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

1.1.	Definición.....	1
1.2.	Tipos de eventos vasculares cerebrales.....	3
1.3.	Factores de riesgo y etiologías.....	3
1.4.	Incidencia y prevalencia en México.....	4
1.5.	Secuelas neuropsicológicas seguidas a evento vascular cerebral.....	5
2.	El papel de la neuropsicología.....	7
3.	La afasia. Concepto y clasificación.....	9
4.	Aspectos neuroanatómicos de la afasia.....	13
5.	Datos clínicos de la afasia. Fluencia, comprensión y repetición, denominación.....	15
6	Características del análisis lingüístico de la afasia.....	17
7	Factores que influyen en la rehabilitación de la afasia.....	22

SEGUNDA PARTE. PRESENTACIÓN DE CASO

8.	Ficha de identificación e Historia clínica.....	27
9	Evaluación neuropsicológica.....	30
10	Hallazgos neuropsicológicos.....	34
11	Impresión diagnóstica.....	40
12	Propuesta de intervención.....	46

TERCERA PARTE. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

13	Discusión.....	51
14	Conclusiones.....	60
	Referencias.....	63

Resumen

La enfermedad vascular cerebral es uno de los problemas de salud pública que ha ido incrementando en países desarrollados y es probablemente la causa principal de discapacidad en personas jóvenes y adultos mayores. Para el año 2003 se consideró como la séptima causa de muerte en hombres y la cuarta entre las mujeres. Dicho padecimiento también ha sido clasificado como un importante factor de riesgo en enfermedades crónico-degenerativas como la demencia.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de R.S., paciente de 41 años de edad, de sexo femenino, hispanohablante, con dominancia manual derecha, quien después de sufrir un evento vascular cerebral mostró un trastorno de tipo afásico. Se llevó a cabo una evaluación de las funciones cerebrales superiores a través de varias subpruebas del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica, el Token Test y la escala de actividades de la vida diaria. Los resultados de la valoración indican una alteración del lenguaje predominantemente en la expresión verbal con un componente adinámico ante tareas verbalizadas. También se realizó una propuesta de rehabilitación del lenguaje con base en la propuesta de Tsvetkova y otros autores.

Finalmente, se hace énfasis en aquellos aspectos que pueden favorecer o limitar la recuperación e integración de la persona con afectación del lenguaje como son factores sociales, afectivos, laborales, entre otros; así como la importancia del trabajo multi e interdisciplinario que impacte favorablemente en la calidad de vida del enfermo.

I. Introducción

El Lenguaje es el proceso cognoscitivo fundamental en la historia de los seres humanos, ya que es producto de la interacción social; funge como mediatizador de las múltiples experiencias individuales con el entorno y especialmente con otros sujetos. Es a través de esta experiencia, como el hombre ha logrado desarrollar y consolidar conocimientos cada vez más complejos a lo largo de su historia, comunicándolos para transformar no sólo su contexto sino su propia acción y devenir. El hombre hace posible esto, gracias a que posee el único medio que le otorga la cualidad de humano: el lenguaje.

Los especialistas en el tema, han afirmado que la capacidad de manipular signos es una característica que poseen muchas especies animales aunque el grado de desarrollo no se compara con el del ser humano. El lenguaje es el instrumento a través del cual, el hombre logra manipular y materializar el resto de las funciones cognoscitivas las cuales trabajan implícitamente de manera activa y dinámica. Dicho conjunto de capacidades cognitivas sustentadas en una base neurobiológica, permiten al ser humano la transmisión de sus ideas al grupo social en que se encuentra inmerso y a realizar un análisis de su propia conducta en esa interacción con los demás, para modificar su entorno y a sí mismo, a través de las relaciones interpersonales. De esta forma, tanto la sociedad como la actividad psíquica de sus miembros, van modificándose conforme a los avances tecnológicos, a nuevas ideologías, pero sobre todo ante las diversas necesidades y exigencias de su medio. Es así como el contexto transformado por el hombre le obliga a transformarse así mismo, a fin de permitirle una mejor adaptación a su ámbito y a buscar la satisfacción de sus necesidades básicas, sociales, económicas, laborales, etc.

La importancia del proceso lingüístico es de tal magnitud, que en un medio tan competitivo y exigente, quien no posee dicha cualidad (por cualesquiera razones) se tiene que enfrentar con una gran limitante que le impide

desenvolverse como lo hace el resto, tal es el caso de aquellas personas que han sufrido una lesión cerebral. La persona con daño neurológico, no sólo tiene que adaptarse a su contexto con las secuelas físicas y cognitivas sino que también, debe enfrentar un sinnúmero de problemas sociales que impiden su adaptación funcional al medio en que se desenvuelven.

Dentro de la clasificación de patologías más comunes asociadas a lesiones en el Sistema Nervioso Central, se mencionan los eventos vasculares cerebrales, los cuales llegan a afectar frecuentemente toda la esfera psíquica de quien los padece. Una de las secuelas más comunes o quizá la más evidente, es el denominado síndrome afásico. Este trastorno se manifiesta como un defecto de la función comunicativa del lenguaje, ya que la persona no logra utilizar este medio para transmitir sus ideas en un contexto donde predomina la comunicación verbalizada. Como ya se ha mencionado, no sólo el lenguaje resulta afectado sino también el resto de los procesos superiores pues recordemos que funge como mediatizador del resto de las funciones psicológicas.

La expresión verbal, es la función psicológica percibida como la más utilizada en la vida cotidiana; pues está claro que a través de ésta, los seres humanos pueden establecer una forma de relación que difícilmente se lograría en ausencia del lenguaje. Esto trae como consecuencia que, quien no consigue transmitir su pensar por la vía más común queda aislado de su contexto, no sólo porque la capacidad para manipular signos queda disminuida en la persona con trastorno afásico sino porque tampoco los demás han encontrado formas de comunicación diferentes que contribuyan a la inclusión favorable de quienes no poseen dicha "facultad".

A estos factores, se agrega el desconocimiento que la población tiene acerca de los cambios que ocurren en toda la esfera psíquica del paciente neurológico, de las secuelas que han quedado y de las nuevas necesidades surgidas después de un daño cerebral. Ello conlleva a que el neuropsicólogo se enfrente a un problema más complejo de lo que parece, pues además de realizar la valoración y el programa de rehabilitación del enfermo, tiene que informar y sensibilizar no sólo a los familiares sino a la población, buscando en la medida de

lo posible nuevas relaciones de apoyo que propicien la inclusión e integración del enfermo en los contextos en que se desenvolvía antes de su padecimiento, sin dejar de lado sus intereses y proponiendo redes de apoyo integral que contribuyan a mejorar la calidad de vida no sólo del paciente sino del sistema familiar.

El presente trabajo, abordará el caso de una persona con trastorno de lenguaje secundario a un evento vascular cerebral, así como los resultados de la evaluación neuropsicológica y la propuesta de rehabilitación del lenguaje. Finalmente, se analizarán aquellos factores que tienen un impacto favorable o no en la integración funcional del paciente con afasia.

PRIMERA PARTE

2. La enfermedad vascular cerebral

La llamada “vida moderna” ha traído consigo muchas transformaciones que han repercutido en la salud de la población en general, sobre todo en adultos jóvenes; ya que al encontrarse en una edad productiva, son los más propensos a sufrir los efectos de los avances tecnológicos y científicos entre estos, la modificación de hábitos alimenticios como el consumo de comida enlatada lo que se conlleva a deficiencias nutricionales. Otra condición que contribuye a elevar los índices de morbilidad en México es el estrés, resultado de las dificultades económicas propias de un país con sobrepoblación como el desempleo que genera una lucha encarnizada por encontrar los medios para satisfacer las necesidades básicas de sus habitantes o las que éstos consideran como primordiales en un mundo por demás competitivo.

Conforme se dan los avances tecnológicos, las necesidades e ideas del hombre se modifican. Un concepto que se ha transformado es el de “progreso”, entendido como la adquisición de bienes y el consumo de productos que proporcionan cierto status, comodidad y por qué no decirlo, contribuyen a que el sujeto no se perciba en desventaja en comparación con los demás, ni excluido o limitado en su contexto. Tal competitividad y necesidad de adaptación a los cambios de la vida moderna implican un importante factor de estrés así como diversas modificaciones en el estilo de vida del hombre que tarde o temprano afectan su salud no sólo física sino psicológica. Este aumento en las patologías no

es proporcional a la respuesta institucional, las cuales muchas veces no cuentan con el equipo tecnológico necesario ni con campañas de difusión efectivas para enfrentar a las diversas problemáticas siendo una de las más comunes, la enfermedad vascular cerebral, tema que se abordará a continuación.

1.1. Definición

Las enfermedades vasculares cerebrales (EVC) son consideradas como las más frecuentes en la consulta hospitalaria y causantes de una importante morbilidad que traen como consecuencia la incapacidad física además de alteraciones en las funciones cognitivas, que conjuntas afectan las actividades cotidianas de quien las padece. Adams y Cols. (1999), definen al EVC como todas aquellas anomalías del Encéfalo que resultan de un proceso patológico de los vasos sanguíneos, como pueden ser la ruptura de un vaso, la presencia de un trombo que obstruye el fluido sanguíneo en las arterias, la aterosclerosis, cambios en los componentes de la sangre, entre otros.

En muchos casos, pueden presentarse pequeñas lesiones que parecen no dejar secuelas de importancia para el sujeto, pues aparentemente no afectan sus actividades de la vida diaria. Sin embargo, éstas llegan a tener un efecto discapacitante cuando se acumulan varios ictus isquémicos que podrían ser causantes de un trastorno progresivo como la demencia vascular.

En dichas circunstancias, el paciente no siempre logra tener conciencia de los déficits sino hasta que, sus familiares perciben que las actividades cotidianas del enfermo se encuentran afectadas. También puede suceder, aunque con menor frecuencia, que el enfermo se dé cuenta de sus dificultades y busque alternativas para compensarlas, haciéndolas menos evidentes para los demás. Otras veces, suelen adaptar su vida a las secuelas físicas o cognitivas (Gómez-Viera y Cols.,

2002) apoyándose en estrategias que no siempre son las mejores para su tratamiento, debido a que con el paso del tiempo se convierten en hábitos poco favorables para el paciente. Lo anterior ocasiona dificultades durante la ejecución del plan rehabilitador, limitando las posibilidades para la recuperación y por consecuencia la reincorporación del enfermo de manera funcional a las actividades que realizaba antes del padecimiento.

2.2. Tipos de eventos vasculares cerebrales

Los eventos vasculares cerebrales se han clasificado en isquémicos o lesiones isquémicas obstructivas, que a su vez se subdividen en trombosis, embolias, aterosclerosis y vasculitis cerebral. O bien, pueden ser de tipo hemorrágicos, los más frecuentes están relacionados con la ruptura de aneurismas, con malformaciones arteriovenosas o subaracnoideas. Otro tipo de insuficiencias vasculares son las lesiones lacunares, los ataques isquémicos transitorios y las enfermedades multi-infarto. Generalmente los EVC afectan el territorio de la arteria cerebral media y anterior izquierda y en menor proporción afecta las arterias vertebrales. Las alteraciones en el flujo sanguíneo de estas arterias del cerebro están asociadas con signos y síntomas neurológicos, así como alteraciones neuropsicológicas.

2.3. Factores de riesgo y etiologías

Los factores de riesgo han sido clasificados en dos grupos: *endógenos* y *exógenos*. El primero incluye la hipertensión arterial, las cardiopatías, la diabetes mellitus, la aterosclerosis, la hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia y las cardiopatías embólicas (ie. fibrilación auricular, la estenosis mitral, las prótesis

valvulares, el infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardiaca, la microangiopatía y la endocarditis). Todos ellos son un antecedente que podría predecir el deterioro cognoscitivo. En este grupo también se citan los factores hereditarios, los cuales pueden controlarse si se diagnostica a tiempo y mediante un adecuado tratamiento (Graw y Cols., 2001).

La etiología menos frecuente de los eventos vasculares son de origen idiopático, es decir; no existe una causa evidente del trastorno (ie. problemas metabólicos). En cuanto a los factores de riesgo exógenos; se mencionan la edad y el género del paciente, así como el uso de sustancias adictivas (inhibidores o excitadores del sistema nervioso central) como: tabaquismo, el alcoholismo o el consumo de drogas, la ingesta de anticonceptivos, la obesidad, en algunos casos también son un factor de riesgo aquellas actividades que requieren de un gran esfuerzo físico (ie. deporte) y que aunadas a un factor endógeno no detectado, aumentan las posibilidades para presentar un evento vascular cerebral.

1.4. Incidencia y prevalencia en México

Según las estadísticas en nuestro país, hasta el año 2001 las enfermedades vasculares cerebrales ocupaban la octava causa de mortalidad de la población masculina en edad productiva, situada entre los 15 y 64 años de edad, mientras que en la población femenina, se reportó como la sexta causa de muerte (ver tabla 1). De acuerdo a los datos citados por Ruiz-Sandoval y Cols. (2003), la enfermedad vascular cerebral en el 2003 ocupó la séptima posición como causa de muerte entre los hombres y la cuarta entre las mujeres, considerándose en ese mismo año como la principal causa de discapacidad y la segunda de demencia. Los factores más frecuentes asociados a estos eventos son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad cuya incidencia incrementa considerablemente año tras año. Otra de las causas relacionadas con

este padecimiento, en un menor porcentaje, es el cardioembolismo. Con respecto a los índices de mortalidad en personas mayores de 65 años, los EVC ocupan el 4º lugar a nivel nacional tanto en varones como en mujeres de la población total.

Tabla 1. Índices de Mortalidad en hombres y mujeres en edad productiva (15-64 años de edad) de cada 100,000 personas.

	Lugar como causa de muerte	Defunciones Anuales	Tasa	Porcentaje
Hombres	8º. Lugar	3,206	10.3	3.0%
Mujeres	6º. Lugar	2,932	9.1	4.8%

Fuente: www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad/mortalidad.htm

Cabe señalar que en 1998, el costo hospitalario en nuestro país de una persona con EVC oscilaba entre los 6,600 a 7,700 dólares, esto nos permite tener una idea de la cantidad de recursos (cada vez más elevados) que generan no sólo para el paciente (no derecho-habiente) sino también para las instituciones de salud pública, las cuales difícilmente cuentan con una infraestructura que les permita atender la demanda de la población de manera oportuna y con los mejores recursos tecnológicos. Es por ello que se requieren medidas sobre todo preventivas y efectivas, que contribuyan a reducir aquellos factores asociados a este padecimiento. A pesar de que se han hecho estas campañas de salud, los índices de morbilidad y mortalidad relacionados con la enfermedad vascular siguen siendo altos.

De acuerdo a las investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos por Hannerz y Lindhart (2001), las personas con antecedentes de un evento vascular cerebral tienen menores expectativas de vida que el resto de la población, sobre todo aquellas que presentan factores de riesgo como cardiopatías y diabetes. Este es uno de los motivos fundamentales para que las instituciones de salud pública,

propongan medidas para informar a la población “sana” y asistir de manera oportuna, a aquellas personas con antecedentes patológicos que pueden ser controlados y que de no hacerlo podrían afectar en mayor medida su salud, expectativas y calidad de vida.

1.5. Secuelas Neuropsicológicas seguidas a un evento vascular cerebral

Mucho se ha descrito en torno a las secuelas seguidas a un EVC, las cuáles van desde dificultades como la agnosia auditiva, espacial y táctil, acalculia, apraxia ideatoria, apraxia ideomotora, en la memoria audioverbal hasta alteraciones lingüísticas en todas sus manifestaciones: afasia, alexia, agrafia. De estas secuelas neuropsicológicas, el trastorno afásico llama la atención por la frecuencia de presentación y las diversas limitaciones que genera.

La afasia es un complejo que va acompañado por una incapacidad para la expresión oral, un lenguaje fluente o sin fluencia, con o sin apraxia orofonatoria, con o sin disartria, dificultades en la denominación y en la repetición, generalmente acompañada por algún tipo de parafasias. Según lo expuesto por Godefroy y Cols. (2002), la presencia de un trastorno de lenguaje es de por sí, un dato que indica un mal pronóstico por las limitaciones que esto implica para la reincorporación de la persona en su contexto. El problema se agrava a causa no sólo de la dificultad lingüística por sí sola, sino a las alteraciones motoras y cognoscitivas que la acompañan, así pues no es poco frecuente que coexista una afasia con otras secuelas cognoscitivas Kolb y Whishaw (1999), por ejemplo una alexia. Dicho trastorno, se caracteriza por la reducción de la comprensión lectora, por lo cual el paciente con alexia presenta una falta de reconocimiento de algunas letras, palabras o frases y en los casos de menor afectación, logra una lectura de palabras aisladas que eran de uso cotidiano antes de su padecimiento o bien, de frases sencillas y breves.

Con respecto a la escritura, la persona con afasia generalmente muestra trastornos en este proceso el cual se denomina agrafia, viéndose imposibilitada la comunicación por este medio. El grado de severidad depende de muchos factores mencionados en apartados anteriores, que van desde una alteración severa caracterizada por una escritura nula; o bien, de letras, palabras ya mecanizadas por su frecuente uso (ie. el nombre del paciente o familiares) hasta la escritura de palabras aisladas en casos menos graves. La formulación de frases sencillas podría ejecutarse una vez evolucionado el padecimiento. Es importante señalar que tanto en el lenguaje verbal como en la escritura y la lectura, se hacen evidentes otras características relacionadas con la patología afásica como son las parafasias, paragrafias y paralexias respectivamente, las cuales a su vez se han subdividido en otras clasificaciones. A esto se agregan déficits en la comprensión del Lenguaje y secuelas físicas, como la hemiplejia o hemiparesia faciocorporal del lado contralateral a la lesión, trastornos de la personalidad y afectivos entre los más frecuentes la depresión (Kolb y Wishaw, 1999; Damasio y Damasio, 2002) y por supuesto las limitaciones sociales implícitas.

El estudio de las alteraciones relacionadas con el estado afectivo del paciente y las características de personalidad han cobrado mayor importancia para los especialistas en la salud. Sin embargo, aún falta mucho por investigar al respecto ya que debido a la complejidad de los trastornos del lenguaje (impresivo y expresivo), resulta difícil evaluar el estado de ánimo del paciente así como su sentir, respecto a su nueva condición después de un evento vascular cerebral.

3. El papel de la Neuropsicología

La Neuropsicología como nueva disciplina dentro de la Psicología y las neurociencias, ha buscado respuestas no sólo a las preguntas relacionadas con el funcionamiento del cerebro normal o con lesión, sino también ha tratado de

abordar aquellos aspectos asociados con las repercusiones económicas, sociales y afectivas que tiene que afrontar la persona que ha quedado con secuelas después de un daño en el sistema nervioso central.

Esta disciplina como una nueva rama en el área de la salud, busca y propone alternativas para aquellas personas que después de una lesión cerebral han quedado con secuelas que limitan sus actividades de la vida diaria y su calidad de vida. Dentro de los objetivos de esta ciencia, se encuentra la rehabilitación, reincorporación y funcionalidad del paciente en su contexto.

Uno de los puntos de mayor importancia para el neuropsicólogo, no sólo es el de brindar un tratamiento para rehabilitar o habilitar al sujeto a fin de superar sus déficits, sino el de proponer ideas que favorezcan el tratamiento como informar a familiares y paciente acerca del diagnóstico, explicar acerca de las posibilidades para su recuperación, proporcionar información preventiva para evitar un deterioro de la salud del enfermo, orientar y apoyar a familiares en torno a las medidas que favorecerán la reinserción de la persona con lesión a sus actividades cotidianas. Así mismo, el especialista en neuropsicología tiene como función analizar las repercusiones afectivas y sociales seguidas a una lesión cerebral, evaluando y sensibilizando a los familiares para propiciar que éstos se incorporen en la medida de lo posible en la rehabilitación de la persona con lesión cerebral.

Muchas veces, los especialistas se enfocan a las dificultades más evidentes como a los problemas motores, al trastorno del lenguaje u otros y restan importancia a la dinámica familiar y a las reacciones emocionales que el paciente muestra ante su nueva condición; olvidándose que para poder dar una intervención efectiva son requisitos indispensables el apoyo de la familia, la apertura de grupos de ayuda para pacientes y familiares así como el trabajo multidisciplinario.

En el campo de la Neuropsicología y específicamente como uno de sus objetivos ideales dentro de un programa de rehabilitación, se encuentra la

reincorporación del paciente a su ámbito laboral. Una persona con discapacidad como aquella que presenta un trastorno de lenguaje como el caso que abordaremos en el presente escrito, se enfrenta la mayoría de las veces a un complejo conjunto de necesidades a cubrir debido a las limitaciones sociales que existen. Muy pocas personas logran volver a su trabajo después de un evento vascular cerebral, pues muchas veces las empresas, conciben que la reincorporación laboral, conlleva a costos económicos, de tiempo, productividad y por lo tanto, son percibidos como factores que van contra los intereses de una instancia que también se encuentra en un mercado competitivo. Si bien, es real que una persona con tales antecedentes patológicos muestra muchas dificultades para volver a desempeñarse en el ámbito del trabajo por causa de las secuelas, también es cierto que no tiene muchas oportunidades para ocupar un lugar y desempeñar una función dentro de una empresa considerando las habilidades y funciones cognitivas que permanecen mejor conservadas.

Como se puede observar, la atención que requiere un paciente con secuelas neuropsicológicas está influida por múltiples agentes que interactúan para favorecer o no la integración de personas con una discapacidad, como son factores sociales, culturales, económicos y políticos entre otros. A pesar de que se han creado instituciones de capacitación laboral, además de reformado las leyes en pro de las personas con alguna limitación en nuestro país, falta mucho trabajo a nivel institucional, laboral y político para aterrizarlo en la práctica cotidiana de los mexicanos.

4. La afasia. Concepto y clasificación

Durante la Segunda mitad del S. XX, se intentó describir las alteraciones del lenguaje asociándolas a lesiones focales cerebrales, hoy día se sabe que esto no es tan fácil de explicar debido a que un daño no es selectivo ni existen reglas que determinen la localización de las funciones superiores en una estructura neuroanatómica específica, por esta razón, aún ante una lesión focal, el mecanismo alterado, el cuadro clínico, la evolución y la diferencias anatómicas e histopatológicas, aunado a características sociales, culturales, de personalidad, etc., han llevado a la realización de un análisis particular de cada enfermo con características únicas e irrepetibles (Luria, 1977).

La afasia es definida como una “alteración de la actividad verbal que penetra toda la vida psíquica del hombre” (Tsvetkova, 1977), ésta es causada por una lesión en las regiones encargadas de esta función comúnmente localizada en el hemisferio izquierdo (Beenson y Rapcsak, 1999). Puede estar asociada a una alteración en la organización de los movimientos necesarios para efectuar el habla, así como un problema para comprender el significado de las palabras. O bien, suele acompañarse con defectos en la codificación y decodificación de estructuras gramaticales complejas. Durante el proceso patológico se ven afectados todos los tipos de lenguaje: expresivo, impresivo, la lectura y escritura así como el lenguaje interno (Akhutina, 2003; Beenson y Rapcsak, 1999).

Como ya se ha mencionado, todos los pacientes afásicos tienen alteraciones de los distintos niveles de la estructura del lenguaje, el intento por clasificarlas surgió con el fin de enfatizar las diferencias existentes entre los tipos de afasia así como la descripción del o los mecanismos principalmente alterados y la evolución del cuadro clínico, esto con el fin de comprender la estructura psicológica de los trastornos lingüísticos y su correlación con las estructuras anatómicas del cerebro.

Existen varias clasificaciones de la afasia, la que se utilizará en este caso es la propuesta por Hollan y Larimore (en Johnstone, B. y Stonnington, H.H. 2001), la cual permitirá dar una mejor idea acerca de los aspectos a evaluar en este tipo de trastornos y los posibles déficits que le caracterizan.

Los síndromes afásicos son multimodales y no es raro encontrar alteraciones tanto en el lenguaje impresivo como en el expresivo de forma simultánea, debido a su interdependencia funcional con el resto de los procesos psicológicos superiores. Tanto el área de Broca como el área de Wernicke (la primera asociada al lenguaje verbal y la segunda a la comprensión del mismo), se activan conjuntamente ante estímulos acústicos, para darle un significado a las palabras o bien para articularlas. Además de otros déficits adicionales motores como hemiparesia, y alteraciones en la lectura (alexia) y escritura (Roos y Wertz, 2002), apraxia, agnosia, etc., cuando se compara el lenguaje hablado con el escrito, se observan alteraciones cualitativamente diferentes, sólo en casos excepcionales aparecen dificultades exclusivamente en la producción del lenguaje verbal o bien en la comprensión del mismo (Pulvermüller, 2002).

Otra investigación con respecto al procesamiento del lenguaje, fue llevada a cabo por Pinar Saygin, et.al. (2003), quienes concluyeron que los pacientes tanto con afasia de Broca como de Wernicke severos varían en cuanto a las características de los déficits que presentaron. El análisis de la lesión reveló que las porciones más afectadas en estos pacientes se localizaron en el giro temporal medio superior, en el giro temporal medio posterior y en la parte inferior del lóbulo temporal, esto sugiere que dichas regiones juegan un papel importante en el procesamiento de sonidos del lenguaje y no verbales.

Las lesiones frecuentemente asociadas con alteraciones del lenguaje han aparecido en el hemisferio izquierdo (en personas con dominancia manual derecha), sin embargo hay estudios reportados de afasia por lesiones del hemisferio derecho (afasia cruzada) lo cual ha contribuido en la formulación de diversas hipótesis en torno a la organización, dominancia cerebral, reorganización de la función, la participación del hemisferio derecho en la recuperación del lenguaje y múltiples ideas que han surgido con el fin de dar una explicación más certera a las alteraciones cognoscitivas.

En las múltiples investigaciones de los síndromes afásicos se ha descrito que los patrones motores necesarios para una fluida articulación del lenguaje, tienen una cercana relación con la activación de neuronas de la corteza prefrontal, premotora y motora primaria del hemisferio izquierdo así como con estructuras subcorticales del cerebro, las cuales a su vez, están funcionalmente relacionadas con el lóbulo temporal. Esto explica porqué ante tareas de comprensión, articulación y procesamiento semántico de palabras, hay una activación de las neuronas de ambos lóbulos u otras áreas que no tienen una entrada o salida directa de información acústica o motora. Ante lesiones de estas estructuras es común encontrar un síndrome denominado como afasia de Broca o también conocida como afasia motora eferente (de acuerdo a la clasificación de Luria, 1978).

Estos hallazgos también refuerzan las hipótesis propuestas en torno a la no localización de los procesos superiores en estructuras focales sino más bien a un trabajo conjunto de diversas áreas del cerebro, las cuales se mantienen unidas funcionalmente (Alexander, 1997). Estudios realizados por Bose y Cols. (2001), refieren que la naturaleza de los déficits expresivos en la afasia de Broca no son solamente motores sino lingüísticos, ambos procesos son interactivos e influyen uno sobre otro.

3.1. Antecedentes históricos del estudio de las lesiones cerebrales.

Ante una lesión en el Sistema Nervioso Central (SNC) todas las funciones psicológicas sufren una desorganización cuantitativa y cualitativamente distintas, por consecuencia el tiempo de su recuperación también es variado dependiendo de múltiples factores como son: las características individuales del paciente (personalidad, tipo y tamaño de la lesión, severidad de las secuelas, etcétera) así como del contexto (familiar, social, laboral, económico, por mencionar algunos) en

que el sujeto se desenvuelve. Tales características son fundamentales dentro de la Neuropsicología y es lo que justifica el trabajo individualizado y personalizado del enfermo.

Ya desde la antigüedad (año 3500 antes de Cristo) se habían reportado casos en los que se mencionaban la ausencia del lenguaje. Aunque Sagan (1984) consideró que fue Herófilo de Calcedonia (un médico griego) en el año 300 a. de C., quien desde una perspectiva neuroanatómica intentó localizar la inteligencia humana. Sus investigaciones tuvieron tales alcances que fueron consideradas como las más completas realizadas hasta el Renacimiento. La literatura refiere que durante la Edad Media se lograron algunos avances en el conocimiento de la afasia, logrando distinguir entre un problema del habla asociado a “parálisis de la lengua” y un trastorno de tipo amnésico, así como las primeras descripciones de alteraciones del lenguaje escrito. Posteriormente, Johann Schmidt, estudió una característica del trastorno afásico actualmente denominada parafasia; así como una presentación detallada de la alexia y las diversas formas de evolución en cada paciente con o sin procedimientos de rehabilitación (Benton, 1971).

A estos estudios, se añadieron los primeros análisis de perfiles de personas con afasia descritos por Peter Rommel. Más tarde se agregaron los estudios realizados por Gesner en 1710, quien citó algunos casos con una información detallada de la jergafasia. De este modo fueron detallando y aportando una idea más clara no sólo en torno al trastorno del lenguaje seguido a una lesión, sino también muchos de aquellos problemas coexistentes. Varias décadas después (en el año 1800) cuando Franz Joseph Gall, propuso que el sustrato de las facultades mentales era el cerebro y que cada una de estas, radicaba en una zona cerebral específica. Fue él quien postuló que la capacidad lingüística se localizaba en los lóbulos frontales. Esta hipótesis ocasionó una gran controversia entre la comunidad científica de esos tiempos, propiciando otras investigaciones como las realizadas por Andral y Bouillaud. Ellos refirieron una serie de 29 casos con lesión en un hemisferio (11 en el izquierdo y 14 en el derecho) de los cuales sólo un porcentaje eran afásicos. Más tarde, el interés científico se enfocó hacia la

descripción de casos post-mortem, destacándose las investigaciones realizadas por Paul Broca quien citara ante la comunidad científica de su tiempo el caso del paciente “Tan”.¹

Una de sus importantes contribuciones fue el planteamiento de la afasia como producto de una lesión en el hemisferio izquierdo (Benton, 1971; Luria, 1977; Selnes y Argye, 2000). Más tarde se agregaron las aportaciones a la Neuropsicología, realizadas por personajes como Carl Wernicke, Marie, Moutier y Head, hasta los casos reportados por A.R. Luria. Este último, aportó una gran cantidad de datos clínicos obtenidos de un trabajo sistemático y experimental llevado a cabo con heridos de bala durante la Segunda Guerra Mundial; proponiendo así, todo un marco teórico en torno a la organización de las funciones cerebrales.

De esta manera, se da todo un preámbulo de una nueva disciplina, considerada hoy como una rama de las neurociencias: la Neuropsicología. El surgimiento de la misma, tiene lugar gracias a un interés entre la Neurología y la Psicología por explicar científicamente, las diversas reacciones psíquicas y del comportamiento que presentan las personas no sólo con lesión cerebral sino también en sujetos sin daño neurológico. Por ello, ha considerado fundamental el estudio de las funciones cognoscitivas desde etapas tempranas del desarrollo ontogenético hasta el envejecimiento, con el objetivo de proponer modelos teóricos que vayan más allá de una mera explicación de la relación cerebro-mente.

Actualmente, la Neuropsicología ha ampliado su visión en un intento por superar las ideas reduccionistas que imperaron en sus inicios, tomando ahora una visión más humanista, en la cual cobra importancia no sólo la base neuroanatomofuncional sino también, el estudio de otros trastornos relacionados con las funciones psicológicas como el afecto, la personalidad, las repercusiones

¹ Aunque generalmente se ha mencionado que “Tan” presentaba una afasia de Broca, se ha planteado la hipótesis de que probablemente mostraba datos de una afasia global.

sociales, económicas y laborales después de un daño neurológico, la rehabilitación e integración del paciente neuropsicológico a su contexto, la detección y el análisis de aquellos factores que dificultan su reinserción; así como, de las posibles alternativas (Holland y Larimore en Johnstone y Stonnington, 2001).

4. Aspectos neuroanatómicos relacionados con la afasia

Existen diversos estudios entre ellos los reportados por Damasio y Damasio (2000), Kolb y Whishaw (2002), que hacen referencia a la predominancia del lenguaje en uno de los dos hemisferios. El hemisferio izquierdo, en especial el área de Broca y el área de Wernicke son dos zonas que unidas mediante el fascículo arqueado también se encuentran relacionadas con funciones lingüísticas. Dichas áreas se encuentran trabajando de manera concertada con otras estructuras anatómicas para llevar a cabo el procesamiento del lenguaje como son los ganglios basales, el tálamo y el área motora suplementaria. A pesar de que Paul Broca ya había mencionado la existencia de alteraciones en la expresión del lenguaje ante una lesión en la porción inferior del lóbulo frontal izquierdo que más tarde en su honor, recibió el nombre de área de Broca; se ha encontrado que una lesión localizada en esta zona, no sólo provoca dificultades para articular el lenguaje sino también para la comprensión del mismo, debido a la interconexión funcional entre esta porción del cerebro con otras estructuras córtico-subcorticales. Por ello Kolb y Whishaw (1999), consideran que no es posible encontrar en práctica clínica una afasia puramente motora o sensorial.

Desde 1864, John Hughlings Jackson (en Springer y Deutsch, 1999), señaló que en la mayoría de la gente el lado izquierdo del cerebro se ocupaba de los actos voluntarios y el derecho en funciones automáticas. Otras investigaciones realizadas por Damasio y Damasio (2002) han confirmado lo referido por Jackson, describiendo la importancia del hemisferio derecho en el lenguaje. Uno de los

puntos fundamentales que estos autores mencionaron es que este hemisferio participa en el lenguaje automático y tiene papel importante durante el proceso de recuperación del paciente con trastorno afásico. Han referido también, que ante lesiones derechas se observan alteraciones en la prosodia, en la melodía del habla y de aquellos significados ocultos en un mensaje como en el caso de las metáforas, en la comprensión de una historia o una broma. Algunos estudios también han reportado casos de afasia ante afectación del hemisferios derecho, aunque en un porcentaje mucho menor en comparación al izquierdo.

En resumen, podemos decir que el lenguaje es producto del trabajo concertado entre diversas estructuras del cerebro que se encuentran unidas en forma dinámica y funcional; por lo cual ante un daño en alguna de esas zonas podría dar como resultado una afectación en cualquiera de los eslabones que conforman ya sea la formulación o la comprensión lingüística. De ahí que la antigua idea de focalizar las funciones cerebrales superiores en determinadas porciones del cerebro, ha sido poco útil para la práctica clínica cotidiana. Ello no significa que deba restarse importancia a la investigación respaldada por los estudios de neuroimagen que parecen inclinarse por la relación entre lesión y función; sino todo lo contrario, pues las aportaciones que se han hecho con el uso de la nueva tecnología ha permitido un amplio conocimiento en el funcionamiento del sistema nervioso central, por esta razón es fundamental el trabajo multi e interdisciplinario a fin de obtener una visión integral de la persona con o sin lesión cerebral.

5. Datos clínicos de la afasia: fluencia, comprensión, repetición y denominación

Para evaluar cualitativamente los niveles lingüísticos y las alteraciones en cada uno de ellos, se han considerado otros aspectos clínicos como son la fluencia, la comprensión auditiva, la repetición y la denominación, esto ha

permitido una mejor clasificación del síndrome afásico. En los puntos siguientes se mencionarán las características de cada uno de estos niveles propuestos por Beenson y Rapcsak (1999) para el análisis de la afasia.

5.1. Fluencia (expresión)

Hace referencia a la capacidad para producir palabras con una secuencia y fácil articulación, esto se evalúa de mejor forma durante la conversación libre. En la evaluación neuropsicológica se consideran otros aspectos implícitos como son: la emisión de voz, el esfuerzo en la producción verbal, la velocidad para la expresión verbal, alteraciones en la melodía, disminución en la extensión de la frase (sintaxis y gramática), dificultad en la ejecución de movimientos articulatorios así como en la prosodia.

Emisión de voz: en la literatura se han descrito casos de personas con lesiones subcorticales que han dejado como secuelas una hipofonía central, por lo que se considera de importancia tomar en cuenta los cambios sufridos en la voz (modificaciones en el volumen, dificultad para emitir los sonidos, etc.) así como la posible etiología de la misma; pues en algunos casos los pacientes son sometidos a intervenciones quirúrgicas que dejan la misma secuela pero por causas diferentes como son una traqueotomía o una intubación prolongada.

Velocidad: se deberá considerar la presencia de rapidez o enlentecimiento en las respuestas verbales del paciente, ya que esto dará indicios de alguna dificultad para la recuperación o acceso al almacén lexical o semántico, así como detectar la existencia de problemas para ejecutar los movimientos necesarios para la articulación, por mencionar algunos.

Sintaxis y gramática: se observará el uso y orden adecuado de las palabras para la conformación de oraciones simples o complejas.

Articulación: tomar en cuenta la facilidad o dificultad para la ejecución de los movimientos del aparato fonoarticulador y orofaciales, indispensables para la correcta emisión de sonidos necesarios para una adecuada expresión verbal.

Prosodia: este punto hace referencia al modo en que se expresa la frase, es decir; al énfasis dado a ciertas sílabas o palabras, la elevación y descenso del tono de voz (entonación), así como de la distribución de pausas en una frase. Mediante las variaciones de la entonación se transmiten estados emocionales que también se llama: prosodia afectiva. Cuando existen cambios en la entonación es posible la aparición de lo que los estudiosos han denominado el “acento extranjero”.

5.2. Comprensión auditiva

En este punto, se considera de suma importancia, evaluar la existencia de una adecuada discriminación fonológica del lenguaje, es decir; que el sujeto logre discriminar todos los sonidos de su lengua materna (o lenguas). Una correcta discriminación de estímulos sonoros (tanto del lenguaje como ambientales) permitirá la asociación de dichos sonidos con su significado o la diferenciación entre palabras y no palabras. Posteriormente, hay un reconocimiento o significado de las palabras que asociadas a los cambios en la entonación permiten que el oyente logre identificarlas e interpretarlas a través de su almacén lexical.

5.3. Repetición

Para llevar al cabo la reproducción de lo que se escucha, se requiere de un adecuado reconocimiento (discriminación de los sonidos ambientales, de palabras, no palabras), de una correcta articulación así como de la conservación de la estructura gramatical del lenguaje.

5.4. Denominación

Se refiere a la capacidad para evocar palabras concretas que pertenecen a diversas categorías semánticas, incluyendo sustantivos. Esta es una característica en todas las afasias aunque cualitativamente diferentes.

6. Características del análisis lingüístico de la Afasia

Las alteraciones en la afasia pueden encontrarse en dos o más niveles de análisis lingüístico: fonológico, morfológico, sintáctico, semántico y pragmático (Peña-Casanova, 1993). Los defectos van desde una dificultad para la producción de los sonidos del lenguaje, así como para la comprensión del mismo, para la selección de palabras, que a su vez, conllevan a desviaciones lingüísticas como parafasias semánticas, literales, neologismos, circunloquios, jergafasia, entre otros, y que cumplen con características particulares del enfermo que las presenta. Hochstenbach (2003) considera que para la recuperación cognitiva es importante tomar en cuenta algunos aspectos como son: edad, género, así como tamaño, etiología y sitio de la lesión.

Peña-Casanova (1991) agregó también que es necesario tomar en cuenta factores como el grado de escolaridad, contexto lingüístico, antecedentes de

bilingüismo, estado premórbido, personalidad, habilidades y preferencias, rol social, ocupacional y familiar, entre otros. La consideración de todos estos antecedentes, son fundamentales en el planteamiento de hipótesis en torno a la evolución del síndrome afásico, en la realización de propuestas para la recuperación del paciente neuropsicológico (habilitación o rehabilitación) y la orientación al sistema familiar.

Una de las disciplinas importantes en el estudio del lenguaje ha sido la lingüística, la cual se ha encargado de estudiar los niveles del lenguaje (*el fonológico, el morfológico, el sintáctico, el semántico y el pragmático*), que conforman este proceso cognoscitivo.

El nivel de análisis *fonológico*, incluye tanto un sistema fonético como fonémico del lenguaje. El primero (fonético) se enfoca al estudio de los sonidos sin significado ni función, de este modo Benson y Ardila (1996), explican que los trastornos disártricos son un problema del habla y no implican una distorsión en la producción de los sonidos del lenguaje (desviaciones fonéticas). Las variantes fonéticas en los pacientes afásicos, dependerán del contexto en el que se desenvuelve. Un *fonema* es la unidad mínima de sonido con significado. Un cambio fonémico podría implicar también cambios semánticos de palabras distintas con fonemas opuestos (ie. /p/ y /b/). Los fonemas pueden ser analizados de acuerdo a sus rasgos acústicos o articulatorios que resultan de una omisión o de la ejecución de acciones del aparato bucofonatorio.

La morfología representa el análisis de patrones para la formación de la palabra como son las inflexiones, derivaciones, composiciones, es decir, la forma en que se construirán las mismas. Un *morfema* es la unidad mínima con significado y que puede ser una palabra o parte de ésta. Un morfema está compuesto por uno o varios fonemas. El léxico es el total de morfemas contenidos en un lenguaje, éstos se clasifican en dos grupos:

- *Morfemas lexicales* (lexemas), que forman la raíz de la estructura de una palabra, y los

- *Morfemas gramaticales*, los cuales son partículas agregadas a un lexema y a los conectores.

Para acceder al léxico, es necesaria la concurrencia de una serie de rasgos que forman una red de representaciones interrelacionadas entre los niveles conceptual (o semántico), el sintáctico, el morfológico y el fonológico. Los mismos autores mencionan que el nivel *sintáctico* comprende información sobre la categoría gramatical de la palabra, así como otros rasgos gramaticales tales como el género y el número (en el caso de los pronombres, nombres y adjetivos), o el tiempo, la persona y el número (en el de los verbos). También incluyen a este nivel otras subcategorizaciones denominadas *lemmas*, los cuales hacen referencia a un conjunto de rasgos muy finos de una palabra, por lo tanto el lemma de la palabra “él” incluye rasgos como “masculino” y “singular”.

Este nivel también hace referencia al establecimiento de reglas para la agrupación de palabras en una secuencia gramatical (artículo, sustantivo, adjetivo, verbo, etc.) que permiten la formación de frases y oraciones aceptables en una lengua (Benson y Ardila, 1996). El orden de las palabras depende de cada lenguaje, algunos como el inglés siguen un orden estricto, mientras que en el español es muy flexible y depende del contexto, así pues, una oración como “*El libro está sobre la mesa*” puede transformarse a “*Sobre la mesa está el libro*”, “*Está el libro sobre la mesa*”, “*El libro sobre la mesa está*”, pese al orden distinto en que se encuentran sus elementos el significado no se modifica.

La relación entre dos o más palabras se denomina *sintagma*, retomando el ejemplo anterior, la expresión “*El libro*” es un sintagma, pues ambas palabras mantienen una relación gramatical adecuada. La *gramática* señala las reglas establecidas en la estructura del lenguaje e incluye tanto la morfología como la sintaxis, por lo cual los errores gramaticales pueden ocurrir durante la formación de las palabras o bien en la estructura de la frase.

Con respecto a la *semántica*, los significados de las palabras se unen para formar una red denominada *campo o red semántica*, dichas redes se van

transformando durante el desarrollo del lenguaje y entre los individuos que comparten el mismo idioma, dependen de la experiencia personal, nivel educativo y difieren en todas las lenguas del mundo. Por ejemplo, la palabra AUTOS comprende rasgos como “movimiento”, “transporte”, “circulación”, “objetos inanimados”, “bienes”, “competencias”, “conductores”, etc.

Por último, algunos autores mencionan también un nivel *pragmático*, como parte de la semántica, mientras que otros lo analizan de forma aislada, debido a que algunas investigaciones han reportado que el hemisferio derecho se encarga del análisis pragmático, lo cual contradice las ideas acerca de la dominancia del hemisferio izquierdo para el lenguaje. Desde este enfoque, el hemisferio derecho jugaría un rol importante en la recuperación de los trastornos lingüísticos según la literatura. En sí, la pragmática permite dar diversos usos al lenguaje de acuerdo al contexto.

Autores como Benson y Ardila (1996), consideran que los rasgos *prosódicos* (o entonación), forman parte del nivel semántico, mientras que otros incluyen como un aspecto de la pragmática. La prosodia permite la identificación de la información adicional o subtexto de un mensaje, dependiendo de la fuerza, melodía, ritmo, tono, pausas entre las palabras durante la conversación, todas estas características intervienen en el significado de cada expresión emitida.

6.1. Alteraciones a nivel lingüístico en la Afasia de Broca

Con respecto a las alteraciones lingüísticas en la afasia de Broca se observa una alteración del aparato fonoarticulador lo cual ocasiona un problema a nivel morfológico del lenguaje expresivo, en este caso el paciente puede articular sonidos individuales pero no logra pronunciar palabras completas y mucho menos formar frases u oraciones, únicamente mantienen el lenguaje automatizado.

Por otro lado, Park, McNeil y Doyle (2002) plantearon que en la afasia de Broca con comprensión agramática, hay una reducción de la activación lexical e incluye el componente temporal (intervalos de tiempo entre las palabras en el procesamiento de la información necesario para la comprensión de oraciones). Ellos observaron en su investigación, que al incrementar los intervalos de tiempo entre las palabras cerradas (ie. artículos, pronombres y preposiciones) las personas con afasia mejoraban su ejecución, tales hallazgos les ha llevado a suponer que las palabras cerradas juegan un papel importante en el procesamiento de oraciones. Bastiaanse y van Zonneveld (2004), hicieron una revisión de diversos estudios encontrando que en la afasia de Broca hay una importante alteración en la producción de verbos más que de sustantivos, dicha dificultad ocurre tanto en idiomas como el holandés, en el inglés e italiano, este problema radica en la complejidad gramatical (con la categoría de verbos gramaticalmente complicados o difíciles de producir). Los autores explicaron que el déficit principal radica en que los lemas de un verbo contienen mayor información gramatical que los sustantivos, información que se codifica gramaticalmente en palabras individuales y durante la producción de oraciones.

Las investigaciones de Shapiro y Levine en 1990, Jonkers en 1998 y Kim y Thompson 2000 (citados en Bastiaanse and van Zonneveld 2004), han reportado que las representaciones léxicas o *lemmas* en la afasia de Broca se encuentran intactas. Bastiaanse and van Zonneveld (2004) encontraron que los patrones de ejecución de pacientes con afasia de Broca eran muy diferentes, en algunos sujetos observaron que la producción de verbos como parte de una oración era más fácil que la producción de verbos como palabras únicas, mientras que otros no mostraron diferencias significativas.

Desde el punto de vista de Berthier (1999), en la afasia motora transcortical se presenta un severo problema para la iniciación del lenguaje, hay dificultad para la construcción gramatical de oraciones pues los pacientes que presentan este trastorno no pueden ordenar adecuadamente las palabras, no utilizan la conjugación de verbos en sus expresiones verbales, de igual forma les es difícil

formar palabras a partir de un morfema lexical (raíz de una palabra), su lenguaje es reducido en el uso de sustantivos, sin embargo, el lenguaje automatizado (ie. los días de la semana, etc.) generalmente se encuentran conservados. Como Akhutina (2003) lo describió desde la perspectiva Luriana, la afasia dinámica (o motora transcortical) se caracteriza por una dificultad para combinar palabras y oraciones, su mecanismo es similar al de la afasia de Broca, la diferencia entre ambas radica en que en la afasia dinámica no hay alteraciones en el programa motor para ejecutar el paso de una sílaba a otra, el problema es a nivel morfológico y sintáctico.

En la afasia de Broca se observan características similares a la afasia motora transcortical, en ambas se presenta una dificultad para expresar una estructura gramatical adecuada (agramatismo) tanto en el lenguaje verbal como escrito. Es decir, ante el intento de expresar una oración el paciente con afasia no logra colocar adecuadamente los artículos, preposiciones, conjunciones, verbos auxiliares, terminaciones flexivas, ni un manejo de marcadores de tiempo (verbos en infinitivo). Estos aspectos en su forma más leve conforman el denominado “lenguaje estilo telegráfico”. Frecuentemente aparece en las afasias no fluentes, acompañado también de una alteración en la articulación verbal. (tomado de Saffran, 1997, Goodglass y Kaplan, 1996).

Ter Keurs et al. (2002), encontraron que los pacientes con afasia de Broca con comprensión agramática experimentaban dificultades ya que el procesamiento o integración de información de palabras abiertas dentro de una estructura gramatical no llega a completarse o se lentifica. Al comparar la respuesta electrofisiológica entre pacientes con afasia de Broca y sujetos control no encontraron diferencia durante el procesamiento (post-lexical) de palabras abiertas.

7. Factores que influyen en la rehabilitación de la Afasia

La afasia es concebida como una barrera que restringe la completa participación social de los individuos que presentan trastornos del lenguaje (Roos and Wertz, 2002). García, Barrette y Laroche (2000) reportaron en un estudio cuál es la percepción que tienen las personas con afasia, así como la opinión de los especialistas en alteraciones del lenguaje y los jefes que contratan a sus empleados (afásicos) y mencionan cuáles son los obstáculos que existen para la reintegración laboral de una persona con afasia. Un punto importante tocado en esta investigación es el handicap, es decir las dificultades identificadas que limitan al individuo con una discapacidad y que ya son inherentes a él, como lo son los factores personales (actitudes tanto del propio sujeto como las de sus compañeros de trabajo) y ambientales (contaminación por ruido, la inexistencia de medios adecuados que faciliten su traslado, entre otros...) los cuales a su vez, repercuten en la esfera emocional, familiar, económica, etc. de las personas con afasia.

En algunos países como Canadá, existen personas que se dedican a brindar apoyo a personas con alguna patología del lenguaje incluyendo las afasias, con el fin de contribuir a su reintegración laboral. Por otro lado, Rollan y Belin (citados en García, Barrette y Laroche, 2000) mencionan que una solución para estas personas es el autoempleo, lo cual según su investigación proporciona ventajas sobre aquellas personas que no tienen esta opción. Esto les llevó a suponer que, dentro de los beneficios que ha traído el autoempleo es que el paciente afásico se ve obligado a buscar la forma de controlar los factores ambientales que pudiesen limitar sus actividades cotidianas. Las autoras de esta investigación identificaron que los tres grupos (especialistas en el Lenguaje, personas con afasia y los encargados de la selección de personal empleado) coincidieron en que, las barreras que perciben como limitantes de la reintegración laboral de una persona con afasia son las condiciones de trabajo, el uso de instrumentos electrónicos de comunicación, el tratar con personas externas (ie. clientes), las expectativas relacionadas con la productividad y actitudes de las personas con quienes interactúan, concluyendo que, las personas con dificultades

para comunicarse tienen limitaciones más complejas de lo que se piensa para reincorporarse a la actividad laboral.

Por el contrario, Ross y Wertz (2002) compararon las limitaciones en la actividad comunicativa y la calidad de vida entre pacientes afásicos crónicos y sujetos sin lesión cerebral, reportando que no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, los autores reconocen que una de las limitaciones de su trabajo fue que el tamaño de la muestra fue muy pequeño, lo cual tampoco permitió determinar la influencia de otras variables asociadas con la calidad de vida, definida ésta por el World Health Forum (Ross y Wertz, Op.Cit) como la percepción que el afásico tiene en torno al rol que desempeña en el contexto cultural, en torno a los sistemas de valores y en relación a los fines, expectativas, normas e intereses como son la salud física, aspectos emocionales, la personalidad y el medio ambiente. Dentro de tales variables no consideradas en su investigación mencionan el aspecto emocional, la salud física, la personalidad y el medio ambiente. Según Elman y Cols. (2000) la compleja interacción de todos estos factores no permite tener una visión clara de la correlación entre la calidad de vida y las alteraciones del lenguaje.

Por otro lado, Turner-Stokes y Hassan (2002), llevaron al cabo una revisión de la literatura y reportaron que la depresión y la ansiedad son características comunes en personas con lesión cerebral, factores que conducen a un incremento en la morbilidad y mortalidad. La depresión postraumática se acompaña también de déficits cognoscitivos y comunicativos que bloquean la recuperación del paciente (Kauhanen, et.al., 1999). La principal aportación de este estudio es que la depresión posterior a una lesión cerebral, es común y frecuentemente no se diagnostica a tiempo. Las alteraciones neuropsicológicas y los múltiples sistemas afectados por ellas (social, familiar, económico, etcétera); provocan ansiedad tanto al paciente que las presenta como a la familia, debido a los cambios y dificultades a los que se tienen que enfrentar todos los miembros de este sistema. Aunque la literatura reporta que el tratamiento temprano de la depresión mejora aspectos cognoscitivos y funcionales, frecuentemente es difícil detectarlo debido a las

severas dificultades comunicativas (Turner-Stokes y Asan, 2002; Andersson y Fridlund, 2002 y Gainotti, et.al,1997).

Las personas con afasia que atraviesan por un cuadro depresivo, experimentan una baja autoestima que inevitablemente repercute en el concepto que tienen de sí mismas. Conforme a lo expuesto por Gainotti (1997) y Sarno y Gainotti (citados en Andersson y Fridlund, 2002) el trastorno afásico, es una catástrofe que conlleva a cambios en la vida personal, familiar y social, por lo cual sugieren tratar el problema desde un enfoque más completo. De igual modo, plantean que desde el punto de vista psicológico, la vida social de los afásicos se caracteriza por una comunicación no verbal, con acentuada sensación de soledad, aislamiento, tristeza y apatía, dichos cambios pueden estar relacionados con la lesión en sí (por las modificaciones bioquímicas en el cerebro), y/o por las alteraciones cognoscitivas y la conciencia de sus limitaciones físicas, que en forma conjunta les impiden ocupar nuevamente los roles que desempeñaron previamente a la lesión.

Después de un daño cerebral, surge una nueva condición que deviene en cambios de la personalidad y afectivos, debido a los factores tanto endógenos como exógenos manifestados en ansiedad y aislamiento social por parte del paciente. Se menciona que para mejorar esa sensación de minusvalía en estas personas, es necesaria la participación de sistemas de soporte como la familia o la integración de grupos de apoyo que hagan énfasis en las capacidades que aún conserva la persona con discapacidad, a fin de mejorar su autoestima e incrementar su motivación e impactar en su rehabilitación y reincorporación a su contexto (Sundin, et.al. 2002; Andersson y Fridlund, 2002 y Gainotti, 1997).

En cuanto a la rehabilitación neuropsicológica Richards, et al. (2002), reportaron que tanto la comprensión como expresión del lenguaje requieren de una integración de distintas funciones del cerebro, incluyendo la actividad voluntaria. La actividad voluntaria es definida como la preparación o planeación para dar una respuesta. Ellos citan los trabajos de Picard y Strick, en los que

demonstraron mediante estudios de neuroimagen, que el área motora suplementaria juega un papel importante en la iniciación de conductas lingüísticas complejas, incluyendo la producción de palabras, por lo tanto, una lesión en esta área daría como resultado una afasia no fluente, con dificultad para la producción de palabras, en tanto que la comprensión y la repetición estarían relativamente conservadas.

Por medio de su estudio piloto realizado con tres pacientes afásicos no fluentes, llegaron a la conclusión de que las habilidades para denominar eran mejores después del tratamiento, el cual se dividió en tres fases. Cada etapa consistió en un entrenamiento de 10 palabras distintas en cada fase y 10 palabras sin previo entrenamiento. Para efecto de su investigación y debido a las características físicas de los pacientes (hemiparesia), usaron un programa computacional. Los resultados de su investigación demostraron que los tres pacientes habían mejorado su capacidad para denominar, la cual se generalizó a la denominación verbal. De acuerdo a Richards, et al. (2002), las diferencias intra sujetos posiblemente se deban a la severidad de la afasia o a la habilidad para repetir, la explicación que dan al respecto es que, existe una activación neuronal de la parte homóloga del hemisferio contralateral no dañado (hemisferio derecho).

Desde otro enfoque, Rosen, et.al. (2000), llevaron a cabo una investigación con el fin de correlacionar los aspectos neuronales y funcionales posteriores a una lesión del giro frontal inferior del hemisferio izquierdo. Los resultados revelaron la existencia de una actividad bioeléctrica normal en el área perilesional, lo cual les llevó a plantear la hipótesis de que esta reactivación de las células está asociada con la restauración de la actividad que había estado interrumpida después de la lesión, lo cual predice una satisfactoria recuperación del lenguaje.

SEGUNDA PARTE

PRESENTACIÓN DE CASO

8. Ficha de identificación

Nombre: RS
Fecha de Nac.: 9 de Enero de 1962
Edad: 41 años
Sexo: Femenino
Lugar de Residencia: Estado de México
Idioma: Español
Servicio que remite: Neurología
Lugar de Nac.: Estado de México
Estado Civil: Divorciada
Años de Escolaridad: 17 años aprox.
Ocupación: Ingeniero topógrafo
Preferencia manual: Diestra
Dx. Neurológico: EVC isquémico-trombótico
Dx. Neuropsicológico: Alteraciones severas en el lenguaje expresivo (Afasia de Broca)

HISTORIA CLÍNICA

8.1. Sujeto RS

RS es una mujer de 43 años de edad, se divorció hace 10 años. Tiene dos hijos (una niña de 12 y un joven de 18 años de edad). Se desempeñaba como ingeniero topógrafo desde hacía 10 años en una dependencia de gobierno. Antes de ocurrirle el evento vascular

cerebral, RS se mantuvo alejada de familiares (padres y hermanos); a decir de la madre, esto se debió a la gran carga de trabajo aunado a que la paciente siempre fue muy “reservada” con respecto a su vida personal, lo cual ocasionó dificultades para la recopilación de información en torno a su estado premórbido. La madre de RS la describe como una persona muy responsable y activa, a quien le gustaba tener como pasatiempo la realización de ejercicio físico.

Durante los 10 años laborados, RS fungió como Jefe de Área de obras hidráulicas, dirigiendo a un grupo de personas (varones) así como, realizando algunas labores administrativas (realización y envío de oficios). Dichas características hacen pensar que poseía rasgos de liderazgo, capacidad para decidir, planear y dirigir actividades complejas como lo era la realización de proyectos de obras hidráulicas.

El 19 de Octubre del 2002 presentó un evento vascular cerebral de tipo isquémico-trombótico, quedando como secuelas una incapacidad para comunicarse verbalmente, para mover el hemicuerpo (el brazo y la pierna) del lado derecho así como una parálisis facial que impidieron su regreso a las actividades laborales. De acuerdo al reporte médico, durante la segunda semana de hospitalización se encontraba despierta, obedecía órdenes, presentaba una afasia motora, hemiplejia faciocorporal derecha de predominio braquial (del brazo) y signos de liberación piramidal ipsilateral.

Como antecedentes heredofamiliares de importancia para el padecimiento, se mencionan una historia familiar de decesos a causa de eventos vasculares cerebrales por la vía materna, así como carga genética para Diabetes Mellitus tipo II por la vía paterna. En cuanto a los antecedentes personales patológicos se mencionan: una displasia cervical por virus de papiloma humano en tratamiento con laser no se especifica el número de sesiones.

Después de haber presentado el evento vascular cerebral, a RS se le realizaron diversos estudios de laboratorio encontrándose anomalías en los componentes sanguíneos como: excesiva coagulación, elevación de triglicéridos, leucocitosis y trombocitosis. Se le tomó una tomografía computarizada, la cual mostró una imagen hipodensa relacionada con un evento isquémico en la región fronto-temporo-parietal izquierda con edema alrededor de la lesión. El estudio arteriográfico mostró un trombo intramural en la arteria carótida izquierda.

Una vez practicados los estudios durante su internamiento hospitalario se dio tratamiento con Ácido acetilsalicílico (1 c/24 hrs.). Ácido fólico, Ranitidina (1 C/12 hrs.). Posteriormente se agregó Carbamazepina (200 mg 1 c/12 hrs.) debido

a la presencia de crisis epilépticas secundarias a evento vascular cerebral. Hidroxiurea (1 c/24 hrs.) el cual es un Medicamento antineoplásico utilizado concomitantemente con radioterapia. Los efectos secundarios de estos tratamientos no tienen consecuencias negativas sobre los procesos psicológicos superiores.

En torno a la condición premórbida de RS, ésta es la menor de 5 hijos, todos casados excepto el mayor, quien tiene “Retraso Mental”. La madre de RS refiere que durante mucho tiempo la paciente permaneció alejada de sus familiares, debido a la gran carga de trabajo y a los problemas que RS enfrentaba en su matrimonio (aparentemente violencia intrafamiliar). Después del padecimiento, se mantuvo alejada de amistades, pues no deseaba convivir con otros para evitar ser vista con sus dificultades, así como por el temor (de los propios familiares) a que ella no pudiera desenvolverse ante los demás por las limitaciones que presentaba. Cabe mencionar que después del evento vascular cerebral, RS tuvo que volver depender de sus padres tanto en lo económico como en algunas actividades de la vida diaria (ie. en la elaboración de alimentos, en el manejo de horarios para administración de medicamentos, asistencia a consultas médicas, traslado en transporte público, etcétera).

Los hijos de RS quedaron bajo la tutela del padre de los mismos, acordando reunirse sólo los fines de semana para convivir con ella. Tales datos permitieron inferir que la dinámica familiar, sufrió muchos cambios, ya que después de que RS había sido una persona completamente independiente, con características de liderazgo que le llevaron a ser Jefe de Oficina en una dependencia de gobierno, tuvo que buscar el apoyo de sus familiares a causa de las secuelas para poder cubrir sus necesidades básicas (actividades de la vida diaria como: higiene y aliño, vestido, alimentación, traslado, asistencia a citas médicas, etc.).

Posterior al evento vascular cerebral, las actividades de la vida diaria de RS se redujeron a aquellas que sólo se relacionaban con su cuidado personal (aseo, vestido, desplazamiento independiente para cubrir algunas necesidades

fisiológicas y como parte del programa de rehabilitación física). Se infiere que la reacción de la familia fue de sobreprotección hacia RS, debido a que no se estimuló a la paciente para que interviniera en otras actividades como: la Administración de sus medicamentos por sí sola a pesar de que la paciente era quien constantemente recordaba a sus familiares acerca de los horarios en que debía tomarlos. Además de no contar con la orientación desde un inicio para propiciar la necesidad de comunicarse con los demás y fomentar el hábito de indicar sólo con señales lo que deseaba. En los primeros días posteriores al evento vascular cerebral, la paciente se encontraba en un estado de mutismo y 6 meses de haber sufrido este problema no había datos de una favorable recuperación lo cual llevó a inferir la existencia de una lesión extensa en el cerebro de RS y un factor importante para su rehabilitación. Uno de los temores de la familia es el que RS pudiera presentar alguna crisis epiléptica por lo cual optaron por que ella nunca permaneciera sola.

9. Evaluación Neuropsicológica

A pesar de que algunos estudiosos en el tema de las neurociencias aún cuestionan la validez de una evaluación neuropsicológica, existen otros que apoyan la importancia de llevar a cabo dicho estudio en personas con o sin lesión cerebral a fin de establecer la normatividad de las funciones psicológicas superiores y diferenciar entre lo normal y lo patológico de su funcionamiento.

9.1. Objetivos de la Evaluación

- Corroborar y determinar las características del trastorno lingüístico, el cual había sido diagnosticado por el Servicio de Neurología como una “Afasia Nominal”.

- Describir y analizar no sólo el trastorno lingüístico sino también, descartar o confirmar la presencia de problemas conductuales, afectivos o de personalidad que pudieran estar asociados a la lesión.
- Identificar las funciones cognitivas alteradas y conservadas así como, las estrategias que RS ha utilizado para sustituirlas.
- Valorar su grado de independencia en las actividades de la vida cotidiana.
- Identificar aquellos agentes que influirán en la evolución y recuperación de RS.
- Sugerir un programa de rehabilitación neuropsicológica con base en todos los datos recabados.

9.2. Pruebas Neuropsicológicas Aplicadas

De acuerdo a las características de RS, a su evidente trastorno en el lenguaje y a la etiología del mismo, se consideró la aplicación de las siguientes pruebas para determinar el grado de severidad de cada uno de los procesos psicológicos superiores así como, identificar aquellos que aún se encuentran mejor conservados. Ello favorecerá la propuesta de estrategias de intervención no sólo para atender las alteraciones neuropsicológicas sino también, otros aspectos asociados al contexto de RS.

- Token Test de Renzi y Faglioni, 1978 (14/Mayo/03) para explorar el nivel de comprensión del lenguaje.
- Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (PIEN) Peña-Casanova (1993). Este proceso duró varias sesiones (26/Mayo, 2/Junio, 8, 18, 25/Julio y Agosto del 2003) por las dificultades de la paciente (ie. probable depresión) y a las secuelas neuropsicológicas; por lo cual, se omitió la aplicación de algunos subtests del PIEN.

El Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica se caracteriza por ser un test que evalúa en general los procesos psicológicos superiores (atención, memoria, lenguaje, gnosis, praxias, cálculo, pensamiento y funciones ejecutivas). Es una prueba normalizada, con estudios de fiabilidad y validez aplicada en población española. A su vez, describe las puntuaciones normalizadas, semiología y patología fundamental. El manual incluye información relacionada con la revisión de conceptos y variables a considerar en el paciente (ie. edad, sexo, dominancia manual, escolaridad, nivel sociocultural, lengua materna, personalidad, características de la lesión) antes y después de la evaluación neuropsicológica.

9.3.1. Otras pruebas

- Se aplicó la escala de Actividades de la Vida Diaria (Heres Pulido (1997) para detectar el nivel de independencia de RS en su vida cotidiana (Agosto/2003).

9.4. Procedimientos

El proceso de evaluación duró 10 sesiones de una hora en el consultorio del área de Neuropsicología en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”; las cuáles se extendieron en un período de 3 meses aproximadamente, debido a las dificultades para trasladarse (a RS no se le permitía salir sin compañía, vivía muy lejos del hospital y sólo podía acompañarla un familiar: la madre), a una difícil situación económica, a características de personalidad de la paciente. Evidentemente dichas situaciones no son las más apropiadas para la evaluación y tratamiento neuropsicológico, pues un factor importante es que la paciente se interese y por consecuencia realice un esfuerzo para acudir a las sesiones; sin embargo, está la contraparte relacionada con el traslado de RS y los temores de los familiares para permitirle salir sin compañía. Debido a estos aspectos se

tuvieron que programar sus citas en las mismas fechas de otras consultas médicas a fin de “facilitar” el acceso a este servicio.

En lo que al estado de ánimo respecta, en ocasiones RS mostraba enojo ante algunas tareas que le confrontaban con sus dificultades, lo que llevó a inferir cierto perfeccionismo y exigencia en lo que hacía. Generalmente en sesiones no expresaba alegría, se veía con facie de tristeza, apática y poco cooperadora; tales datos indicaban que probablemente presentaba cierto grado de depresión. A SR no le agradaba sentirse observada con sus limitaciones, motivo por el cual se cambiaron algunas condiciones del contexto de evaluación (por ejemplo: evitar que otras personas estuvieran presentes o cancelar la sesión). Dichas condiciones, también contribuyeron en la prolongación del tiempo de evaluación.

Cabe mencionar que no se consideró la aplicación de un test formal para corroborar la existencia de depresión debido a que son escasas las pruebas adaptadas para personas con afasia en población mexicana y también a que debido a las mismas dificultades de estas personas (problemas en la comprensión y expresión del lenguaje) se vuelve más compleja una valoración de su estado emocional. Además de que RS había sido evaluada ya por el servicio de Psiquiatría del hospital (Enero/2003), el cual diagnosticó que la paciente se encontraba angustiada, con llanto fácil, distímica y que ameritaba apoyo psicoterapéutico, Por ello es más factible obtener los datos a través de la entrevista con familiares y corroborar los datos durante las sesiones de evaluación.

Al identificarse algunos factores ambientales que influían en el desempeño de RS, se tomaron las medidas necesarias (ie. evaluar a RS sin la presencia de terceros) mostrando mejor disposición aunque con algunas fluctuaciones en su estado de ánimo. En un principio sólo se utilizaron audiocassette con la finalidad de tener una muestra de su lenguaje y no interferir en la ejecución de los tests. Posteriormente, se propuso al familiar responsable del cuidado de la paciente (la

madre) permitiera la videograbación con el fin de analizar a profundidad los datos y lograr una mejor intervención del terapeuta.

En el momento en que las dificultades de RS se hacían más evidentes debido a la progresiva complejidad de los tests, se optó por suspender la aplicación de los ítems subsiguientes, pues la paciente empezaba a mostrar síntomas de ansiedad provocados por la confrontación con sus problemas físicos y cognoscitivos.

10. Hallazgos neuropsicológicos

Presentación, conducta y estado emocional. RS presenta como características físicas una edad similar a la cronológica, mostraba completa inmovilidad y espasticidad del brazo derecho por lo que requirió de la utilización de una férula. Además de presentar una discreta debilidad en el miembro inferior del mismo lado. La parálisis facial que había presentado en un inicio ya casi era imperceptible. A todas las sesiones asistió en compañía de su madre, su higiene y aliño en general fueron adecuados.

Es importante mencionar que RS es completamente independiente en su arreglo personal, en su estado de ánimo se observaron algunas fluctuaciones, en ocasiones cooperaba con las tareas mientras que en otras se mostraba apática, indiferente o con cierta renuencia. No presentó conductas que indicaran agresividad u otras formas de comportamiento inapropiado, expresaba desesperación y enojo ante la confrontación de sus limitaciones físicas y cognitivas.

Estado de conciencia y orientación. RS no mostró somnolencia o cualquier otro dato que indicara un estado de alerta inadecuado. Se encontró bien orientada en persona, tiempo y lugar² La paciente generalmente estuvo consciente de sus déficits, por lo cual ante sus errores intentaba corregir sus respuestas, pero al ver resultados desfavorables, mostraba reacciones de frustración y enojo al realizar las tareas.

Atención y concentración. Fue capaz de seleccionar, dirigir y mantener su atención logrando concentrarse en las tareas a realizar. Cabe señalar que aunque en ocasiones solicitó la repetición de la instrucción, no se debió a un problema en la atención sino a una dificultad en la memoria audioverbal, pues ante un trastorno afásico la velocidad de procesamiento de información se ve reducida además de la fatiga a la que se ve expuesto el paciente conforme se incrementan el tiempo de evaluación y la complejidad de la prueba. Aún con las limitaciones en su expresión verbal intentó comunicar (mediante señas y gestos) que los ruidos externos no le permitían concentrarse en lo que hacía.

Lenguaje Expresivo: RS mostró un lenguaje sin fluencia, con sólo algunos automatismos tanto en la conversación como en la narración y descripción de imágenes visuales. Muestra dificultad en la intención comunicativa, pues no logra iniciar expresión alguna a menos que los demás propicien la conversación o ante la exigencia del medio para proporcionar una respuesta, logrando sólo expresiones estereotipadas cargadas de prosodia emocional (por ejemplo, sí, no, ¡aja!, pues..., es que..., mmm, pero...,). O bien, se apoya de algunos movimientos

² (el cual se evaluó de una forma diferente a la que indica el test debido a los problemas en la expresión verbal, mediante preguntas y opciones de respuestas a las que sólo tenía que contestar sí o no)

(ie. presionar el cuello o el estómago con la mano), logrando ocasionalmente expresar algunos sonidos forzados.

Se observó una apraxia bucofonatoria; es decir, no hay una adecuada coordinación voluntaria de los músculos necesarios para realizar la expresión verbal, lo cual aunado a la adinamia verbal (dificultad para iniciar la expresión verbal) reducen la actividad lingüística de manera importante. El lenguaje verbal mejora discretamente cuando se le proporcionan estrategias fonológicas por lo que RS tiende a completar las palabras (ie. ver denominación). Con respecto al lenguaje repetitivo, su ejecución se ve nuevamente afectada por la adinamia y por la dificultad en la selección, programación y ejecución de los patrones articulatorios, que le impiden pasar de la articulación de una sílaba a otra. También se hacen evidentes algunas perseveraciones; es decir, no logra pasar de una actividad articulatoria a otra con facilidad por lo cual ante aquellas tareas que requieren de inhibir respuestas verbales previas para proceder a otras, tendía a emitir expresiones ya proporcionadas (por ejemplo en series numéricas dice 8, no, 8, si no, 8, ...).

El lenguaje de RS contiene también parafasias fonéticas (ie. “miércoles” por miércoles) y fonémicas o literales (ie. “bicleta” por bicicleta) las cuales intenta autocorregir con varios ensayos. Para mejorar su ejecución, RS se apoya de la observación e imitación de la ejecución de los movimientos articulatorios realizados por el evaluador. Estas características en su conjunto (apraxia bucofonatoria, adinamia, dificultad en la selección, programación y ejecución de los patrones articulatorios) conllevan a que su lenguaje sea no fluente, anártrico, carente de ritmo, y por consecuencia se torne agramático. Dichas características parecen más severas debido a la paciente, evita intentar expresarse verbalmente con los demás. En general, podría decirse que esta función psicológica está severamente reducida pues a pesar del tiempo transcurrido después del evento vascular cerebral, su recuperación ha sido sumamente lenta y minimizada a algunas expresiones automatizadas.

Impresivo: éste se encontró relativamente conservado en mayor proporción que el lenguaje expresivo. Hay una adecuada discriminación fonémica y de palabras de uso cotidiano. Es capaz de comprender el lenguaje conversacional más por contexto que por la adecuada comprensión del mismo, así como algunas estructuras gramaticales breves y simples (por ejemplo: ¿Cómo se llama usted?, ¿Cuántos años tiene?, etc.). RS presenta mayor dificultad ante instrucciones gramaticalmente complejas (ie. negaciones, conectores y conjunciones) debido a que el procesamiento de información es más lento y a que probablemente también, la memoria audioverbal de trabajo se encuentre discretamente alterada, dificultando así la retención de los datos. *Comprensión lectora:* RS conserva el aspecto semántico de los símbolos gráficos, así como de palabras, es capaz de comprender estructuras simples cortas (ie. que incluya artículo, sustantivo y verbo), mostrando dificultad en aquellas que implican el uso de conectores y relaciones gramaticalmente complejas.

Escritura: Es evidente una agrafia por lo cual la mecánica de la escritura así como la escritura al dictado, se encuentran severamente alteradas, conservándose sólo la realización de grafías aisladas. La escritura a la copia con la mano izquierda se encuentra mejor conservada que el resto.

**EL PADRE DIJO QUE SI HICIERA UN POCO DE VIENTO LA NIEBLA SE
PODRIA LEVANTAR.**

EL PADRE DIJO QUE SI HICIERA
UN POCO DE VIENTO LA NIEBLA SE
PODRIA LEVANTAR.

FIGURA 1. Ejemplo de escritura a la copia de RS, la cual aunque muestra algunas omisiones de grafías se encuentra mejor conservada.

Memoria. La memoria episódica a corto y largo plazo, así como la memoria visual de trabajo se encuentran relativamente conservadas, RS es capaz de recordar situaciones, personas, los horarios para la administración de

medicamentos, cómo llegar a un lugar determinado (mediante el uso de mapas geográficos), etc., basando la comunicación de sus recuerdos en la mímica y en la prosodia emocional de expresiones automatizadas. Debido a sus dificultades para la comprensión del lenguaje, la memoria audioverbal se ve disminuida también ante estructuras complejas o con mayor volumen de información.

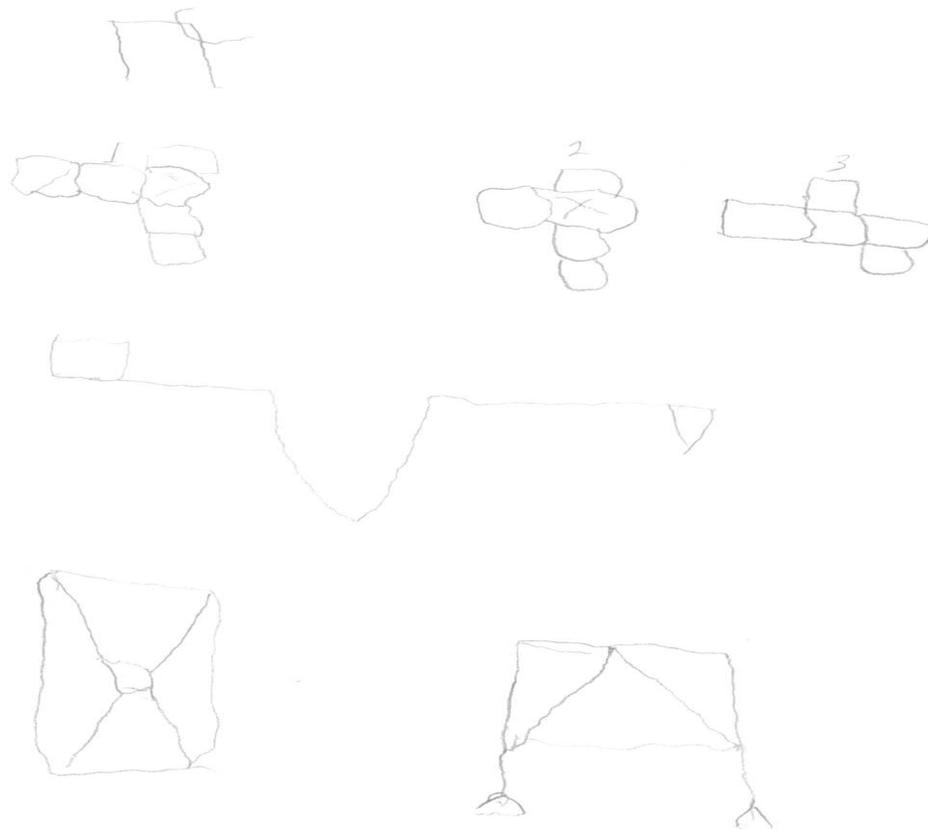


FIGURA 2. Ejecución de RS en tareas de reproducción visual diferida.

Gnosias. En cuanto a las gnosias visuales no hay datos de heminegligencia o acromatopsia. Las gnosias auditivas y espaciales se encuentran conservadas pues RS logra identificar países en un plano y la madre refiere que puede utilizar mapas de las líneas del metro. Las táctiles no se evaluaron.

Praxias. Se observa una apraxia orofonatoria, la cual conlleva a un problema para la selección y producción de los patrones articulatorios del lenguaje verbal. Las praxias ideatorias, ideomotoras a la orden y constructivas no fueron evaluadas por los problemas de comprensión y la hemiparesia. A la imitación, la selección y combinación de movimientos se encuentran alteradas en la mano izquierda, sus ejecuciones se caracterizan por el uso de la mano como objeto.

Cálculo. El cálculo mental no fue evaluado debido a trastornos del lenguaje (impresivo y expresivo) así como el volumen de la memoria audioverbal. El cálculo escrito se encuentra relativamente conservado en su forma más simple (ie. sumas y restas con un dígito), lo cual indica la preservación del nivel semántico en operaciones sencillas.

Pensamiento. No valorable por alteraciones severas del lenguaje expresivo de la paciente.

Funciones Ejecutivas. La planeación, regulación y verificación de la conducta están relativamente conservadas, no hay alteraciones del comportamiento como desinhibición, agresividad u otros que repercutan en su actividad. Sin embargo, se observa cierta adinamia sobre todo para el lenguaje expresivo.

11. Impresión diagnóstica

Los datos obtenidos en la historia clínica, llevan a inferir que RS era una persona independiente, con la capacidad para planear y organizar actividades. Por ello se infiere que poseía características de líder ya que se encargaba de dirigir un grupo de personas (conformado por varones) que se encontraban a su cargo en la

institución en que laboraba. Dichas características contrastan con lo observado durante el proceso de evaluación, en el cual su conducta y actitudes parecieron más de una persona apática, desinteresada, deprimida y que son opuestas a las características premórbidas de la paciente. Con respecto a los hallazgos neuropsicológicos se concluye lo siguiente: RS muestra relativa conservación de los siguientes procesos: atención; memoria visual y episódica; su lenguaje impreso está mejor conservado que el expresivo, comprende estructuras cortas simples, su lenguaje verbal conserva expresiones automatizadas así como la prosodia emocional. También la comprensión lectora de palabras bisílabas de uso cotidiano se encuentra conservada, la escritura a la copia (con la mano izquierda) así como las gnosis visuales, auditivas y espaciales también se observan relativamente preservadas. Logra realizar operaciones de cálculo en su forma más simple (adición y sustracción con un dígito).

El proceso en donde muestra mayor afectación es el lenguaje expresivo (espontáneo, en la repetición y denominación), ya que se encuentra severamente reducido, debido a una dificultad para la iniciación verbal (adinamia), aunado a una apraxia orofonatoria, así como a una dificultad en la adecuada selección, secuenciación y ejecución de los actos motores necesarios en la producción del lenguaje articulado, por lo que su expresión se torna agramática y fundamentalmente basada en la prosodia emocional y gestos. De igual modo, ante tareas de lenguaje repetitivo se observan trastornos deformantes de tipo parafásico y perseveraciones. También se evidenciaron otros problemas neuropsicológicos como la agrafia, una apraxia en la mano izquierda, alteraciones en el volumen de la memoria audioverbal secundaria a un trastorno en la comprensión del lenguaje. Todas estas características engloban lo que se denomina una afasia de Broca con un componente adinámico en la expresión verbal.

TABLA 3. Perfil del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica

PROGRAMA INTEGRADO DE EXPLORACION NEUROPSICOLOGICA - TEST BARCELONA® - (J. Peña Casanova)

APELLIDOS **NOMBRE** **EDAD**
PROFESIÓN **ESCOLARIDAD** **DOMINANCIA**

SUBTEST	Percentiles:										PD	OBSERVACIONES-SEMILOGÍA					
	INFERIOR					MINIMO	MEDIO						MAXIMO				
	0	2	4	5	7		10	20	30	40	50	60	70	80	90	95	
CONVERSACION-NARRACION	0	2	4	5	7											8	
NARRACION TEMATICA	0	2	3	4	5											6	
DESCRIPCION	0	2	3	4	5											6	
FLUENCIA Y GRAMATICA	0	3	5	7	9											10	
CONTENIDO INFORMATIVO	0	3	5	7	9											10	
RITMO	0	1	2													3	
MELODIA	0	1	2													3	
ORIENTACION PERSONA	0	2	4	5	6											7	
ORIENTACION ESPACIO	0	1	2	3	4											5	
ORIENTACION TIEMPO	0	5	11	16	21				22							23	
DIGITOS DIRECTOS	0	2	4						5				6	7	8	9	
DIGITOS INVERSOS	0	2	3						4	5			6	7	8		
SERIES ORDEN DIRECTO	0	1	2													3	
SERIES ORDEN DIRECTO T.	0	1	3	4	5											6	
SERIES INVERSAS	0	1	2													3	
SERIES INVERSAS T.	0	1	3	4	5											6	
PRAXIS OROFONATORIA	0	5	0	13	17			18		19						20	
REPETICION SILABAS	0	2	4	5	6											7	
REPET. PARES SILABAS	0	2	4	5	6											7	
REPET. LOGATOMOS	0	2	4	5	6											7	
REPET. PALAB. PARES MIN.	0	2	4	5	6											7	
REPET. PALABRAS	0	3	5	7	9											10	
REPET. FRASES	0	15	30	44	58					59						60	
REPET. ERROR SEMANTICO	0	1	2	3												4	
DENOMINACION IMAGENES	0	4	7	10	13											14	
DENOM. IMAGENES T.	0	11	21	31	41											42	
DENOM. OBJETOS	0	2	3	4	5											6	
DENOM. OBJETOS T.	0	5	9	13	17											18	
DENOM. PARTES CUERPO	0	2	3	4	5											6	
DENOM. PARTES CUERPO T.	0	5	9	13	17											18	
RESPUESTA DENOMINANDO	0	2	3	4	5											6	
RESP. DENOMINANDO T.	0	5	9	13	17											18	
COMPLETAMIENTO DENOM.	0	2	3	4	5											6	
COMPLET. DENOMINANDO T.	0	5	9	13	17											18	
EVOC. CATEGORIAL ANIM. 1m.	0	4	8	12	15		16	18	20	23	25			28	30	31	
EVOC. CATEG. «P» 3m.	0	6	12	18	23		24	29	32	35	36	37	38	40	45	46	
COMP. PALABRAS (SEÑALAR)	0	3	6	9	11											12	
COMP. PALABRAS T.	0	9	18	26	35											36	
COMP. PARTES CUERPO	0	2	3	4	5											6	
COMP. PARTES CUERPO T.	0	5	9	13	17											18	
COMP.-REALIZACION ORDENES	0	4	8	12	14					15						16	
MATERIAL VERBAL COMPLEJO	0	3	5	6	7				8							9	
MAT. VERB. COMPLEJO T.	0	6	12	18	23		24			26						27	
LECTURA LETRAS	0	2	3	4	5											6	
LECTURA LETRAS T.	0	5	9	13	17											18	
LECTURA NUMEROS	0	2	3	4	5											6	
LECTURA NUMEROS T.	0	5	9	13	17											18	
LECTURA LOGATOMOS	0	2	3	4	5											6	
LECTURA LOGATOMOS T.	0	5	9	13	17											18	
LECTURA PALABRAS	0	2	3	4	5											6	
LECTURA PALABRAS T.	0	5	9	13	17											18	
LECTURA TEXTO	0	14	27	41	54					55						56	
COMP. PALABRA-IMAGEN	0	2	3	4	5											6	
COMP. PALABRA-IMAGEN T.	0	5	9	13	17											18	
COMP. LETRAS	0	2	3	4	5											6	
COMP. LETRAS T.	0	5	9	13	17											18	
COMP. PALABRAS	0	2	3	4	5											6	
COMP. PALABRAS T.	0	5	9	13	17											18	
COMP. LOGATOMOS	0	2	3	4	5											6	
COMP. LOGATOMOS T.	0	4	9	13	17											18	
COMP. ORDENES ESCRITAS	0	3	6	9	11											12	
COMP. FRASES Y TEXTOS	0	2	4	5	7											8	
COMP. FRASES Y TEXTOS T.	0	5	10	15	21			22		23						24	
MECAN. ESCRIT. MANO DCHA.	0	1	2	3	4											5	
MECAN. ESCRIT. MANO IZDA.	0	1	2	3	4											5	
DICTADO LETRAS	0	2	3	4	5											6	
DICTADO LETRAS T.	0	5	9	13	17											18	
DICTADO NUMEROS	0	2	3	4	5											6	
DICTADO NUMEROS T.	0	5	9	13	17											18	
DICTADO LOGATOMOS	0	1	2	3	4			5								6	
DICTADO LOGATOMOS T.	0	4	7	11	14			15	17							18	
DICTADO PALABRAS	0	2	3	4	5											6	
DICTADO PALABRAS T.	0	5	9	13	17											18	
DICTADO DE FRASES	0	4	7	10	12											13	
DENOMINACION ESCRITA	0	2	3	4	5											6	
DENOMINACION ESCRITA T.	0	5	9	13	17											18	
ESCRITURA NARRATIVA	0	5	9	14	18			19								20	
SUBTEST	Percentiles						10	20	30	40	50	60	70	80	90	95	PD

→ muy desafiante para mejorar el lenguaje así como para la articulación
 → A pesar de que cuantitativamente tiene un puntaje bajo, realtamente tiene bastante capacidad para aprender a leer que hay que se encuentra

que no poder hacerlo

TABLA 4. Perfil del Programa Integrado de Exploración

REGISTRO DE DATOS < 50 AÑOS DE EDAD (20-49)										HISTORIA					
> 8 AÑOS DE ESCOLARIDAD (15 ± 2,3)										N.º					
DIAGNOSTICO					TOPOGRAFIA										
FECHA INICIO					FECHA EXAMEN					EXAMINADOR					
SUBTEST	Percentiles:									PD					
	INFERIOR	10	20	30	40	50	60	70	80		90	95	OBSERVACIONES-SEMIOLÓGIA		
GESTO SIMBOL. DCHA. ORDEN	0	2	4	6	8			9		10					
GESTO SIMBOL. IZDA. ORD.	0	2	4	6	8			9		10					
GESTO SIMBOL. DCHA. IMIT.	0	3	5	7	9					10					
GESTO SIMBOL. IZDA. IMIT.	0	2	4	6	9					10					
MIMICA USO OBJ. DCHA. ORDEN	0	2	4	6	8			9		10					
MIMICA USO OBJ. IZDA. ORDEN	0	2	4	6	8			9		10					
MIMICA USO OBJ. DCHA. IMIT.	0	3	5	7	9					10					
MIMICA USO OBJ. IZDA. IMIT.	0	2	5	7	9					10					
USO OBJETOS	0	2	3	4	5					6					
IMITACION POSTURAS DCHA.	0	2	5	7	9					10					
IMITACION POSTURAS IZDA.	0	2	5	7	9					10					
IMITACION POSTURAS BILAT.	0	1	3	5	7					8					
ARBITRARIO SECUENC. DCHA.	0	1	3	4	6	7				8					
ARBITRARIO SECUENC. IZDA.	0	1	3	5	6	7				8					
COORD. RECIPROCA	0	1	2	3	4					7					
PRAXIS CONSTRUCTIVA ORDEN	0	3	7	11	14	15	16	17		18					
PRAXIS CONSTRUCTIVA COPIA	0	3	7	11	14	15	16	17		18					
PRAXIS CONST. COPIA T.	0	8	16	24	31	32	33	34	35	36					
ATENCION VISUAL DCHA.	0	2	3	4	6					7					
ATENCION VISUAL CENTRO	0	4	7	11	13					14					
ATENCION VISUAL IZDA.	0	2	3	5	6					7					
ORIENTACION TOPOGRAFICA	0	2	4	6	8			9		10					
IMAGENES SUPERPUESTAS	0	5	9	14	18	19				20					
IMAGENES SUPERPUESTAS T.	0	8	16	24	32	33	34			35					
APAREAMIENTO DE CARAS	0	2	3	4	5					6					
APAREAMIENTO CARAS T.	0	4	8	12	16	17				18					
ELECCION COLOR ESPECIFICO	0	2	3	4	5					6					
ELECC. COLOR ESPECIFICO T.	0	5	9	13	17					18					
APAREAMIENTO COLORES	0	2	3	4	5					6					
APAREAMIENTO COLORES T.	0	5	9	13	17					18					
DENOMINACION COLORES	0	2	3	4	5					6					
DENOMINACION COLORES T.	0	5	9	13	17					18					
DESIGNACION COLORES	0	2	3	4	5					6					
DESIGNACION COLORES T.	0	5	9	13	17					18					
RESP. DENOMINANDO COLOR	0	2	3	4	5					6					
RESP. DENOMINANDO COLOR T.	0	5	9	13	16					18					
GRAFESTESIA DERECHA	0	1	3	5	6	7				8					
GRAFESTESIA IZQUIERDA	0	1	3	5	6	7				8					
MORFOGNOSIA DERECHA	0	2	3	4	5					6					
MORFOGNOSIA DERECHA T.	0	4	8	13	16	17				18					
MORFOGNOSIA IZQUIERDA	0	2	3	4	5					6					
MORFOGNOSIA IZQUIERDA T.	0	4	8	13	16	17				18					
DENOMINACION TACTIL DCHA.	0	2	3	4	5					6					
DENOM. TACTIL DCHA. T.	0	5	8	13	16	17				18					
DENOMINACION TACTIL IZDA.	0	2	3	4	5					6					
DENOM. TACTIL IZDA. T.	0	5	8	13	16	17				18					
SEÑALAR DEDOS DERECHA	0	3	6	8	13	14				15					
SEÑALAR DEDOS IZQUIERDA	0	3	6	8	13	14				15					
ORIENTACION DCHA-IZDA	0	2	4	6	8	9				10					
GNOSIS AUDITIVA	0	1	2	3	4	5				6					
GNOSIS AUDITIVA T.	0	2	4	6	8	9	10	11		12					
MEMORIA TEXTOS	0	3	5	7	10	11	14	17	18	19	20	21	22-23		
MEMORIA TEXTOS PREGUNTAS	0	4	7	11	14	15	17	18	19	20	21	22	23		
MEMORIA TEXTOS DIFERIDA	0	3	5	8	10	11	14	16	18	19	20	21	22-23		
MEMORIA TEXTOS DIF. PREG.	0	4	7	11	14	15	18	19	20	21	22	23			
APRENDIZAJE SERIADO PALAB.	0	19	37	56	74	75	80	81	85	89	90	94	95	96	98-99
MEMORIA VISUAL ELECCION	0	1	3	4	5	6	7	8		9			10		
MEMORIA VIS. REPRODUCCION	0	3	6	9	11	12	13		14	15			16		
CALCULO MENTAL	0	2	3	4	6	7	8		9				10		
CALCULO MENTAL T.	0	5	10	15	19	20	24	25	26		27	28	29	30	
CALCULO ESCRITO	0	1	2	3	4	5							6		
CALCULO ESCRITO T.	0	2	4	6	7	8	10	14	16	17			18		
PROBLEMAS ARITMETICOS	0	2	3	4	5	6	7	8	9				10		
PROBLEMAS ARITMETICOS T.	0	3	5	8	10	11	14	15	16	17	18		20		
INFORMACION	0	2	4	6	7	8	9	10	11				12		
SEMEJANZAS-ABSTRACCION	0	2	4	5	8	9		10	11				12		
COMPRESION-ABSTRACCION	0	2	4	6	8	9		10	11				12		
CLAVE DE NUMEROS	0	6	12	18	23	24	38	39	40	41	43		46-60		
CUBOS	0	1	2	3	4	5							6		
CUBOS T.	0	3	6	9	13	14	15		17				18		
SUBTEST	Percentiles	10	20	30	40	50	60	70	80	90	95		PD		

OBSERVACIONES:

TABLA 5. Evaluación de Actividades de la Vida. Datos proporcionados por el familiar de RS.

ACTIVIDADES DE LA VIDA PARA
 para aplicarse a mujeres
 © Heres Pulido J. 1997.

Código	actividades	sin ayuda	ayuda parcial	dependiente total	Fecha de inicio	Factor B.P.S. ³ asociado
Acvd.1	Comer bien	✓				
Acvd.1.2	preparar sus alimentos			✓	porque no le ha dicto lo que le ha de hacer mi hija iniciativa adice	
Acvd.1.3	servirse los alimentos			✓		
Acvd.2	control de esfínteres	✓				
Acvd2.1	anal	✓				
Acvd2.2	vesical	✓				
Acvd.3	Conserva movilidad	✓				
Acvd3.1	entra y sale de la cama	✓				
Acvd3.2	usa objetos sin tirarlos	✓				
Acvd.4	limpia y atiende casa			✓		
Acvd4.1	sale de casa a sitios habituales			✓		
Acvd4.2	sale de casa a sitios cercanos			✓		
Acvd.5.	se sienta y se levanta de la silla o sillón	✓				
Acvd5.1	entra y sale del auto	✓				
Acvd5.2	sube y baja escalones	✓				
Acvd.6	Higiene	✓				
Acvd6.1	se lava los dientes	✓				
Acvd6.2	evita oler mal	✓				
Acvd.7	higiene/manos/alimentos	✓				

³* Factor biopsicosocial asociado al inicio o recaída.

Código	actividades	sin ayuda	ayuda parcial	dependiente total	Fecha de inicio	Factor B.P.S. asociado *
Acvd7.1	cuida su apariencia	✓				
Acvd7.2	Vestirse	✓				
Acvd.8	Se viste correctamente	✓				
Acvd8.1	Se desviste	✓				
Acvd8.2	se mantiene limpia	✓				
Acvd.8.3	se cambia si está sucia	✓				
Acvd.9	bañarse	✓				
Acvd.9.1	por iniciativa propia	✓				
Acvd.9.2	se lava la cabeza	✓				
Acvd.9.3	se niega al baño					
Acvd.10	Actividades generales					
Acvd.10.1	continúa con sus distracciones habituales	✓				
Acvd.10.2	administra su dinero			✓		
Acvd.10.3	sale de compras			✓		
Acvd.10.4	usa el teléfono			✓		
Acvd.10.5	usa la TV/video/radio	✓				
Acvd10.6	escribe sus cartas o listas			✓		
Acvd.10.7	toma los recados			✓		
Acvd.10.8	continua planchando			✓		
Acvd.10.9	cose y repara la ropa			✓		
Acvd.10.10	prepara fiestas familiares			✓		
Acvd.11	usa el transporte público			✓		
Acvd.11.1	cruza ejes viales			✓		
Acvd.11.2	usa su coche			✓		
Acvdtot.	TOTAL					

12. Propuesta de intervención

12.1. Metodología del programa de rehabilitación neuropsicológica

En el presente apartado, se intenta describir (quizá de manera un tanto ambiciosa e idealista) la propuesta de intervención en las distintas esferas que conforman al ser humano, y que van desde la rehabilitación de las funciones cognoscitivas, la orientación a familiares, hasta la búsqueda de redes de apoyo para el tratamiento e integración (funcional) del paciente a su contexto, áreas que conciernen al quehacer del neuropsicólogo. Para dar continuidad a este punto, se iniciará con la exposición de tareas que contribuirán a la rehabilitación del trastorno lingüístico, considerando las características de RS ya citadas.

Existen formas elementales de la actividad verbal que podrían permanecer conservadas lo cual es fundamental para iniciar el trabajo de rehabilitación a partir de la desinhibición de los procesos verbales que transcurren de un modo voluntario en las formas más automatizadas del lenguaje.

Una de las grandes dificultades que presentó RS fue la incapacidad para la iniciación de la expresión verbal (adinamia). De acuerdo con lo referido por Svietskova (1972), es fundamental romper con dicha limitación a modo de que el paciente con afasia logre utilizar el lenguaje (por mínima que sea su expresión) de manera espontánea y voluntaria. Para ello propone iniciar con la fase de desinhibición, es decir; buscar aquellas tareas que propicien la confianza de la persona (con afasia) en sí misma, creando las estrategias facilitadoras para que emita verbalmente algunas expresiones y que a su vez, permitan hacerle consciente que el lenguaje no ha “desaparecido” por completo. Tales estrategias deberán basarse en el lenguaje automatizado (M.G. Planell y L. Quintanar en Quintanar y Solovieva, 2001) y con el cual, el paciente se sienta familiarizado y seguro, además según lo expresado por Conley y Coelho (2003), de esta manera

se logra que el sujeto obtenga mayor información semántica de los objetos con los que se encuentra en contacto durante su actividad cotidiana.

Una vez que la persona recupera los rasgos semánticos del objeto (imagen o tridimensional) muestra también mayor habilidad para denominarlo. Para ello sugieren trabajar mediante una red de asociaciones con respecto al objeto como la categoría, la función, las propiedades y la localización del mismo. A continuación se describirán algunas tareas como parte de una fase inicial para la rehabilitación del lenguaje.

12.2. Estadio preliminar

Series verbales conocidas.

Descripción de la tarea: ejecución por parte del paciente para realizar el conteo de series numéricas de manera verbal.

RS lograba contar hasta el 10 (con algunas parafasias y perseveraciones), teniendo especial dificultad para a iniciación sin embargo una vez proporcionada la ayuda pudo continuar la serie hasta el 20 con la dificultades mencionadas. Por ello, se propone que ante el problema de la iniciación se otorgue ayuda en un principio de manera verbal, después con mímica de la articulación con movimientos exagerados para facilitar la reproducción de los mismos. Posteriormente se deberá hacer uso de tarjetas o símbolos numéricos tridimensionales con el objetivo de dirigir la atención de RS hacia la imagen visual del número y propiciar la articulación con el apoyo tanto visual como auditivo proporcionados por el evaluador.

Después se eliminará la ayuda (mímica de movimientos articulatorios) para iniciar la expresión, tomando como apoyo sólo la imagen del símbolo numérico. Al final se procederá con la anulación de todos los apoyos visuales o auditivos.

En su momento Goldstein (cit. en Berthier, 1999) expuso que la repetición no es del todo un proceso automático, sino que requiere de un impulso voluntario por parte del paciente. Una actividad que se inició con RS (aunque no se concluyó), fue la realización del conteo de la serie numérica con otra variante: la ejecución alternada rehabilitador-paciente. Es decir, el neuropsicólogo iniciará (en voz alta) con el primer número (uno), el paciente continuará con el siguiente (dos)

y así sucesivamente. Estos pasos podrán realizarse con el resto de las tareas que impliquen series automatizadas como las siguientes.

- 1, 2, 3, 4, 5. ...30...
- Días de la semana: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado, Domingo
- Meses del año: Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.
- Respuestas simples ante preguntas de rutina (y posteriormente pueden introducirse oraciones absurdas (ie. el perro es un vegetal). Sí No
- El uso de fotografías es una alternativa efectiva en la etapa del desbloqueo debido a la carga afectiva, además de proporcionar seguridad, confianza y motivación, para el paciente (M.G. Planell y L. Quintanar en Quintanar y Solovieva, 2001). Se buscará que la RS intente expresar espontáneamente (sin importar su articulación), ya sea con mímica, palabras aisladas u onomatopeyas. Posteriormente se incitará a la denominación de personas que aparecen en las fotos y que son significativas para ella: la paciente, Donovan, Ximena, Carmen, Julio, Juan; emitiendo el nombre de los miembros de la familia primero al unísono con el neuropsicólogo y posteriormente por sí sola.
- La recreación del esquema tonal del habla (prosodia) por la vía de la imitación vocal de las entonaciones interrogativas, afirmativas, exclamativas y otras (ie. Un relato sencillo pero de contenido emocional. -¿Qué diría de esto?-. Con el objetivo de que el paciente estados de ánimo mediante el uso de onomatopeyas) (P. Wiener en Quintanar y Solovieva, 2001; Svietskova, 1972).
- Conteo ordinal de objetos utilizando los dedos, y posteriormente por escrito.
- Contar objetos (ie. 5) pareados con tarjetas o símbolos numéricos tridimensionales (sobre la mesa de trabajo) y señalar la tarjeta o número que indique la cantidad total. Después el rehabilitador mediante una pregunta (ie. ¿Cuántos son?) solicitará la repetición verbal del paciente (ie. ¡cinco!).

Estos medios de desinhibición crearán las condiciones para que aparezcan involuntariamente en el enfermo las combinaciones de palabras que se han conservado y que quizá en algún momento, RS alcance un lenguaje lo más funcional posible.

12.2. Primer estadio

Rehabilitación de la palabra mediante la estimulación auditiva y semántica de ésta. Sin hacer énfasis en su articulación precisa.

Elaborar el sistema de los vínculos semánticos de una palabra con el apoyo de las imágenes auditivo-verbales correspondientes de las palabras y las figuras de los objetos o acciones que ellas representan, los cuales serán incluidos por el pedagogo en todos los posibles enlaces semánticos y contextuales, tratando de que la palabra a elaborar conserve la misma estructura rítmico-melódica. Al mismo tiempo que escucha se le pide al paciente que recuerde todo lo que sabe sobre ese objeto, evitando que el paciente dirija su atención hacia el aspecto articulatorio del habla y que centre su atención en los enlaces semánticos de la palabra, en su dibujo sonoro y en la imagen visual del objeto. A menudo se utilizan también sensaciones táctiles al elaborar la pronunciación de los nombres de los objetos.

a) Rehabilitación de la palabra mediante la estimulación auditiva y semántica de ésta. Sin hacer énfasis en su articulación precisa.

b) Elaborar el sistema de los vínculos semánticos de una palabra con el apoyo de las Imágenes auditivo-verbales correspondientes a aquellas y las figuras de los objetos o acciones que éstas representan, los cuales serán incluidos por el neuropsicólogo en todos los posibles enlaces semánticos y contextuales, tratando de que la palabra a elaborar conserve la misma estructura rítmico-melódica (prosodia). Al mismo tiempo que escucha se le pide al paciente que recuerde todo lo que sabe sobre ese objeto, evitando que el paciente dirija su atención hacia el aspecto articulatorio del habla y se enfoque en los enlaces semánticos de la expresión verbal, en su imagen sonora, en la imagen visual del objeto y en la posible acción que lo representa. A menudo se utilizan también sensaciones táctiles al elaborar la pronunciación de los nombres de los objetos.

TERCERA PARTE.

13. Discusión

Existen diversas situaciones tanto externas (socioculturales) como internas (las relacionadas con el sujeto) que interactúan con el complejo trastorno afásico y que requieren de un análisis detenido e individualizado según el caso, con el fin de propiciar una intervención integral de la persona con trastorno del lenguaje. Algunos de estos factores han sido ya tratados por diversos especialistas en el área de la neuropsicología, la neurorrehabilitación y otras disciplinas así como el impacto que tienen sobre las distintas esferas del hombre. A continuación se mencionarán algunos de estos puntos y su repercusión durante los procesos de evaluación, tratamiento e integración de la persona con afasia.

13.1. Limitaciones relacionadas con el paciente que dificultan la rehabilitación neuropsicológica.

La rehabilitación de un paciente que ha sufrido una lesión cerebral, es compleja por varios factores los cuales van desde aspectos relacionados con la personalidad del sujeto con lesión (Muñoz y Tirapu, 2001), hasta con aquellos asociados a la dinámica familiar y el contexto mismo al que el enfermo tendrá que reincorporarse durante su recuperación. Con respecto a las características del paciente neuropsicológico, es importante mencionar el papel que juega la presencia de problemas neuropsiquiátricos y conductuales (Schatz, y Cols. 2001), uno de los más frecuentes son los cambios en el estado emocional del paciente frecuentemente asociado a depresión en personas con afasia (Peña Casanova, 1995; Starratt, 1999).

La depresión puede tener un carácter reactivo; es decir, el estado de ánimo del paciente se justifica porque éste se encuentra conciente de las secuelas que ha dejado la lesión y de las limitaciones que tiene para poder reincorporarse a sus actividades de la vida diaria, además de percatarse de los cambios en los roles tanto familiares como sociales a los que tendrá que adaptarse. Por otro lado, existe la hipótesis acerca de los cambios en el estado de ánimo debido a la lesión (Starratt, 1999), pues ante ésta el cerebro sufre modificaciones bioquímicas y funcionales que provocan en el paciente cambios conductuales que van desde rasgos depresivos hasta comportamientos no aceptados socialmente (desinhibición, agresividad, etc).

La mayoría de las veces el enfermo no recibe tratamiento farmacológico o peor aún, sus problemas afectivos son desapercibidos o minimizados, tanto por la familia como para algunos especialistas (Less-Haley, 2001)., permaneciendo así largo tiempo y arriesgándose a que empeore su salud. No es extraño que un paciente con lesión cerebral que tiene un trastorno neuropsiquiátrico, se muestre con “desinterés” o “desánimo” (Starratt, 1999), poco esfuerzo y pasividad (Muñoz y

Tirapu, 2001) no sólo para su rehabilitación física y cognitiva, sino también para su reinserción social, sobre todo en aquellos que no son conscientes de sus limitaciones, las cuales muchas veces están asociadas a la topografía de la lesión.

En otros casos, estas conductas pueden ser manifestaciones reactivas a sus limitaciones, que pueden presentarse en forma aislada o combinada como son: las reacciones de negativismo, rechazo a las tareas (lo cual es muy común durante la evaluación neuropsicológica), ansiedad, vergüenza, irritabilidad y frustración entre otras. Aunque se dice que los cambios afectivos son características que se presentan durante las primeras semanas después de la lesión, también se ha observado que pueden perdurar mayor tiempo y agravarse, sobre todo si no se proporciona un tratamiento a base de antidepresivos y una atención psicológica.

Un punto importante es que, frecuentemente el enfermo en un intento por “ocultar” lo que le ha sucedido evita el contacto con lo demás, ya que esto conlleva nuevamente a la confrontación de su nueva situación con la realidad. Por otro lado, también es común la presencia de un abandono por parte de sus amistades y en los casos más dramáticos, por parte del cónyuge, lo que podría suscitar que el paciente se muestre más decaído y renuente a seguir un tratamiento. Cabe mencionar que dichos cambios comportamentales, podrían estar relacionados con los rasgos de personalidad del enfermo que al sufrir una lesión, tienden a acentuarse o a inhibirse (Starrat, 1999). Las características que presenta muchas veces complican el diagnóstico, ya que una aparente “apatía” o “desinterés” puede llegar a confundirse con un problema neuropsiquiátrico (depresión), neuropsicológico (adinamia, anosognosia) o psicológico (como un rasgo de su personalidad), complicando así la posibilidad de dar una intervención adecuada (Less-Haley, 2001).

Con respecto a la reinserción del paciente a su ámbito laboral, podría decirse que es la tarea más compleja para el neuropsicólogo, debido a que muchas veces las secuelas que quedan después de un daño neurológico son tan

severas que difícilmente permitirían, el regreso del paciente a la actividad laboral. A esto se agrega que, generalmente los contextos laborales no están preparados para admitir a una persona con limitaciones, haciendo su reingreso más difícil si no es que imposible.

Por último, es fundamental citar que el enfermo también tiene intereses, así como la capacidad para tomar decisiones en cuanto a qué hacer y cómo elegir junto con sus familiares las opciones terapéuticas que más le convengan. Algunas personas no aceptan la ayuda de los especialistas prefiriendo evadir cualquier contacto social, o bien; buscan otras alternativas de tratamiento.

13.2. Limitaciones asociadas a la dinámica familiar y al contexto social que impiden la reintegración del paciente.

Se dice que después de que una persona sufre una lesión cerebral, los siguientes afectados son los familiares (Shigaki, 2001; Muñoz y Tirapu, 2001). Esto es porque al tener un enfermo en el núcleo familiar los roles que jugaban cada uno de los miembros tienen que modificarse, especialmente cuando el paciente es alguno de los cónyuges. No sólo cambian los roles en la familia sino en todo el contexto en que se desenvuelve el enfermo, quien se convierte en un ser dependiente, debido a que está limitado para satisfacer no sólo sus necesidades básicas de autocuidado (Wilson, 1999) sino también económicas por lo que tiene que adoptar un nuevo papel.

Con frecuencia, las relaciones de pareja se ven afectadas, pues la percepción que los familiares tienen del enfermo se modifica. Muchas veces aquellos no tienen conocimiento de la dimensión del problema y esto provoca que sus reacciones vayan desde el pensar que el paciente “no tiene tantas limitaciones”, “que se va a curar completamente” o que sólo “finge tener

dificultades”, dejándolo u obligándolo a desempeñar el rol que llevaba antes de la lesión con las mismas responsabilidades que eso implica y que al no ser satisfechas las expectativas complican la dinámica familiar, siendo el enfermo quien sufra de malos tratos. No es menos común que aprovechando las limitaciones de éstos pacientes, los familiares realicen trámites legales (como herencias, bienes, etc.) para despojarlos de sus pertenencias. Las reacciones de la familia ante el problema también son fundamentales y pueden favorecer o agravar la situación del paciente e influir en las expectativas que tiene para su recuperación. El paciente afásico no siempre recibe una atención temprana, por ello su problema se vuelve más severo y el proceso de rehabilitación es mucho más lento que en aquellos casos que son atendidos oportunamente.

También es importante mencionar el otro extremo, el de la sobreprotección. Los familiares tienden a satisfacer todas las necesidades del paciente, evitando así que éste se esfuerce por superar sus limitaciones y transformarse en una persona independiente en sus actividades cotidianas (Croteau, y Le Rorze, (1999) . A la larga, esto repercute negativamente en el proceso de recuperación espontánea y rehabilitación, ya que para el enfermo no existen las exigencias del medio, pues tiene quien cubra sus necesidades. Son pocos aquellos casos en los que la dinámica familiar muestra cambios favorables al tener un miembro con daño cerebral.

Como se mencionó en el apartado anterior, son escasas las empresas que permiten a un paciente con lesión cerebral reincorporarse a sus actividades laborales; por lo cual es más factible que cuando las secuelas hayan sido superadas en un porcentaje considerable, la persona opte por realizar alguna otra actividad para poder satisfacer sus necesidades económicas. Esto por supuesto es el objetivo más ambicioso y con el cual, culminaría el proceso de rehabilitación neuropsicológica; sin embargo, raras veces se alcanza este objetivo.

Desafortunadamente, la sociedad no tiene conocimiento de lo que ocurre con las personas que han sufrido una lesión cerebral y al enfrentarse a éstas, se

muestran incómodas por no encontrar una manera de comunicarse. En la práctica clínica se han observado casos en los que el paciente es percibido como un sujeto con trastorno psiquiátrico o completamente discapacitado, motivando con esto que las personas se alejen y fomenten el aislamiento del enfermo. Por todo esto, es indispensable que el profesional en rehabilitación neuropsicológica oriente y atienda de alguna forma el aspecto de los cambios emocionales del paciente con afasia y la familia (Holland y Larimore, 2001; Muñoz y Tirapu, 2001), considerándolo como uno de los aspectos primordiales para lograr una mejor adherencia al tratamiento.

13.3. Limitaciones del neuropsicólogo durante el proceso de evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica.

Desafortunadamente hay otros factores que dificultan el diagnóstico, entre éstos podemos mencionar que generalmente se da mayor importancia a los déficits más evidentes como son: las dificultades motoras (hemiplejía, hemiparesia, parálisis facial, etc.). dejando en último plano las secuelas neuropsiquiátricas y cognitivas. En el peor de los casos ni siquiera son detectadas por el especialista, lo cual conlleva a que el paciente permanezca sin tratamiento farmacológico o neuropsicológico durante largo tiempo. Es importante hacer énfasis en que la rehabilitación física es fundamental, sin embargo, lo ideal sería que el paciente recibiera simultáneamente una rehabilitación integral de forma inmediata y oportuna.

En otras circunstancias (no menos benevolentes), el problema se minimiza a un “estado de ánimo pasajero”. Esto no sólo ocurre con los familiares sino también con otros especialistas quienes determinan que los problemas afectivos del paciente son transitorios, arriesgando así al enfermo a un empeoramiento de su trastorno o a la elección de un tratamiento poco eficaz. Lo ideal, sería que las

personas que sufren una lesión pudiesen estar atendidos por un grupo multidisciplinario que pudiese tomar acuerdos y llevar un seguimiento integral de la condición del paciente, pues generalmente el enfermo es visto como un conjunto de piezas (depresivo, neuropsicológico, neurológico, fisioterapéutico, lingüístico) en donde cada especialista coloca o arregla la “parte” que le corresponde y conforme a su experiencia clínica (o percepción individual del problema) determina si debe o no, proporcionar un tratamiento (Guimaraes dos Santos, 2001).

Otro factor que dificulta el diagnóstico psicológico, es la escasez de instrumentos estandarizados en población mexicana que evalúen el estado emocional del paciente neuropsicológico, ello ocasiona que el especialista (muchas veces inexperto) “intuya” las condiciones afectivas del enfermo, sobre todo cuando los familiares desconocen datos relacionados con el estado premórbido del paciente.

Existen instrumentos que intentan evaluar aspectos relacionados con la personalidad y estados afectivos de los sujetos con lesión cerebral, con el fin de identificar cambios o trastornos conductuales la agresividad (Watson y Cols. 2001). o problemas obsesivo-compulsivos por mencionar algunos. Sin embargo, en nuestro país no han sido estandarizadas estas pruebas en pacientes neuropsicológicos y el ocasiones, al ser aplicadas hay tendencia a interpretarlos erróneamente ya sea exagerando la sintomatología del enfermo o minimizando los resultados (Less-Haley, 2001). Cabe recordar que, los pacientes con lesión cerebral y sobre todo aquellos que presentan un trastorno afásico, tienen problemas en la comprensión y expresión del lenguaje en mayor o menor severidad, por lo que crear y aplicar un test con las características comunes a la población sana, no sería tan útil en el diagnóstico de un trastorno neuropsiquiátrico, neuropsicológico o psicológico especialmente en los casos de afasia severa.

Starratt (1999) menciona que en algunos países se ha optado por la realización de escalas bipolares para la evaluación del estado de ánimo del

paciente con lesión cerebral, en las cuales sólo se dan dos opciones de respuesta una que denota un estado afectivo positivo y otro negativo. Esta quizá sea una alternativa pero también una tarea a futuro para los clínicos y especialistas en neurociencias.

Otra limitación es el tiempo, pues la evaluación implica que el neuropsicólogo necesitará invertir mayor tiempo (dependiendo del caso) para realizar un diagnóstico certero, pues los pacientes afásicos se fatigan rápidamente lo cual retarda el proceso de evaluación e intervención neuropsicológica.

Cuando el neuropsicólogo no establece un buen rapport con el paciente tanto el proceso de evaluación como el de rehabilitación se pueden ver afectados.

Uno de los “errores” más comunes que puede cometer el neuropsicólogo es el de enfocar su atención hacia los aspectos cognitivos alterados, dejando de lado la reinserción del paciente a sus actividades de la vida cotidiana o a los aspectos emocionales y funcionales. El neuropsicólogo en formación difícilmente logra escapar a la tendencia de escindir al sujeto para verlo por partes, creyendo que así logra entender su complejidad, en ocasiones esto le dificulta ver cuáles son las prioridades e intereses del paciente; así como su sentir y las expectativas de la familia. El especialista en rehabilitación neuropsicológica necesitará de una gran disposición para trabajar en equipo con otros especialistas, para discutir y defender sus puntos de vista o aceptar los de otros, a fin de propiciar que el paciente reingrese a su contexto y sea lo más funcional posible.

En el caso de RS hubo factores que dificultaron su rehabilitación entre ellas están los constantes cambios en su estado de ánimo, por lo cual las sesiones de evaluación tuvieron que posponerse. Su actitud fue en algunos momentos de indiferencia, desinterés, apatía. Nunca mostró llanto. La familia sólo reportó la presencia de llanto un par de meses después de la lesión. En ocasiones, daba la impresión de estar deprimida, pues además de las reacciones de desinterés, algunas veces llegó un tanto desaliñada.

Otro punto importante, es que había datos de sobreprotección hacia RS por parte de su familia, la cual no permitía que realizara ninguna actividad excepto aquellas que se relacionaran con su aseo personal y terapia física a pesar de haber superado de manera importante su hemiplejía. Durante varios meses la familia satisfizo gran parte de sus necesidades (suministrarle el medicamento, servirle sus alimentos, etc.). En un principio la paciente se mantuvo aislada y posteriormente sólo podía salir en compañía de la madre o sus hijos por “temor a que algo le pudiese ocurrir”. Esta preocupación se incrementó después de que RS presentó las primeras crisis epilépticas como secuela del EVC que sufrió.

Debido a que la distancia, el tiempo y su economía dificultaban su traslado al Hospital para continuar con la evaluación e iniciar el tratamiento, se propuso tanto a la paciente como a los familiares, iniciar el programa de rehabilitación en su domicilio, el cual duró solamente dos meses y medio, pues decidieron abandonarlo debido a que la paciente ya estaba recibiendo rehabilitación del lenguaje en el servicio de foniatría. El familiar responsable de llevar a RS a terapias, comentó que RS había decidido dejar uno de los dos tratamientos debido a que no tenía tiempo para ambos, que no podría realizarlos en forma conjunta debido a la fatiga que éstos le generaban. Así que optó por dejar el tratamiento neuropsicológico justificando que lo hacía por un exceso de actividades que en ese entonces, conformaban su tratamiento en los diversos servicios hospitalarios (foniatría, fisioterapia, neuropsicología).

Idealmente se pretende que el programa de rehabilitación sea adaptado a las características individuales del paciente, sin embargo, no se pudieron obtener datos acerca de los intereses, pasatiempos y ocupaciones de la paciente, porque los familiares desconocían cuáles eran sus funciones dentro del ámbito laboral, así como en casa. Debido a esto y a la deserción de la paciente del programa de rehabilitación, sólo se logró trabajar en la primera fase que tuvo como objetivo el proceso de desinhibición del lenguaje.

Los resultados positivos obtenidos durante este tiempo, fueron algunos relacionados con la dinámica familiar, ya que los familiares de RS permitieron y apoyaron para que se reincorporara a algunas actividades de la vida diaria (como tareas domésticas y ayudar en la preparación de alimentos). Así como, el crear la necesidad de comunicarse con los demás (intentar decir algunas frases cortas).

Durante el proceso de rehabilitación, el neuropsicólogo debe tener presente que hay múltiples factores que afectan o favorecen la recuperación del paciente (la etiología y tamaño de la lesión, el tiempo en que transcurre sin rehabilitación, la disposición de la familia y del propio paciente para llevarla a cabo, de los intereses y características de personalidad de éste, etc.), por lo cual se requiere de paciencia sobre todo por parte de los familiares y del mismo terapeuta; quien también, necesitará del conocimiento teórico y la experiencia clínica para poder proporcionar una atención profesional.

Cabe mencionar que el neuropsicólogo fungirá como orientador a los familiares y al propio paciente, para prevenir la presencia de nuevos eventos o situaciones que contribuyan en detrimento de la salud del enfermo, así como su funcionalidad e independencia en la vida cotidiana.

14. Conclusiones

En el caso de RS se consideraría para el programa de rehabilitación neuropsicológica sólo el primer estadio, debido a la severidad del trastorno lingüístico. Es fundamental tomar en cuenta que cualquiera de las actividades requerirá de suficiente flexibilidad por parte del rehabilitador para realizar las modificaciones necesarias, con el fin de disminuir el estrés y la frustración del paciente ante la dificultad de las tareas, que éste se sienta seguro, motivado y alcance un lenguaje útil en su vida cotidiana.

Se propuso a RS y a sus familiares, llevar a cabo las sesiones de rehabilitación con el apoyo del neuropsicólogo en casa, teniendo como observador al familiar responsable de RS para explicar el procedimiento en cada una de las tareas. Fue así como se llevaron a cabo aproximadamente de 12 a 14 sesiones, en las cuales se realizaron tareas relacionadas con la fase de desbloqueo del lenguaje, actividades que estuvieron enfocadas a mejorar el lenguaje automático como: el saludo, su nombre y el de familiares, la denominación de objetos de uso cotidiano, la ejecución de series de números, días de la semana, meses del año, lectura de palabras bisílabas de uso cotidiano, entre otras; con el objetivo primordial de disminuir la adinamia para la expresión verbal (o dificultad para la iniciación del lenguaje articulado). Esta propuesta se hizo con base en las condiciones de la paciente, que de alguna manera incidían negativamente en el proceso rehabilitatorio como fueron sus dificultades económicas y de traslado.

Pese a que se buscaron las estrategias para que RS continuara con el tratamiento, tanto ésta como el familiar responsable decidieron desertar de este proceso, argumentando que era una gran carga de trabajo para RS; pues a decir del familiar la paciente ocupaba la mayor parte del tiempo en la terapia física, en las tareas (de lenguaje) proporcionadas en el servicio de Foniatría, además de aquellas que el neuropsicólogo le asignaba durante la semana; lo cual estaba

provocando demasiada “fatiga” para RS. Con respecto a los cambios favorables observados durante todo el proceso de evaluación y rehabilitación, sólo se observó una disminución en la sobreprotección que el cuidador tenía hacia RS como: el permitir que participara en algunas labores domésticas (servir un vaso con agua, poner la mesa, barrer). Aunque RS lograba desplazarse de manera independiente y no tenía problemas para ubicar lugares, el familiar no le permitía salir sin compañía por temor a que le ocurriese “algo en la calle” (como el presentar una crisis convulsiva y no contar con ayuda) pues la paciente había tenido dos crisis secundarias al evento vascular cerebral en un lapso de dos meses (después de la primera convulsión inició con tratamiento farmacológico en el servicio de Neurología).

Quizá uno de los factores que contribuyeron para que RS decidiera no continuar con el proceso de rehabilitación neuropsicológica, fue la sobreprotección por parte del familiar responsable y tal vez, por el hecho de “facilitar” al extremo las condiciones sin implicar costo alguno para RS. Para cualquier observador (o quizá deba decir lector), esto podría ser considerado también como otro acto sobreprotector por parte del rehabilitador, que lejos de beneficiar un tratamiento contribuye a que éste no se lleve en forma idónea.

Desde hace más de un año, RS se independizó de sus padres. Actualmente vive con sus dos hijos en la casa donde habitaban antes de ocurrirle el evento vascular cerebral. Cuenta con el apoyo económico por parte de la dependencia en que trabajaba (al menos en lo que resta del año en curso). Los familiares desconocen qué estrategias utilice RS para poder desenvolverse en sus actividades de la vida diaria sólo infieren que los hijos la apoyan. Con respecto a la recuperación del lenguaje, mencionan que ya no asiste a las Terapias de lenguaje, pues ya le proporcionaron un programa con tareas para realizar en casa. Añadieron que sólo alcanza a decir algunas palabras y que aún “está muy atrasada” en su rehabilitación.

Es de suma importancia que el neuropsicólogo considere los múltiples factores que intervienen en el tratamiento, con el fin de aclarar no sólo las expectativas de los familiares sino las propias como profesional. Este es un riesgo que no exenta a cualquier especialista en el área de la salud; habrá pacientes con los que se logre una adecuada adherencia al tratamiento y otros que sólo concluyan la evaluación (o tal vez, ni eso), sin embargo se tendrá que tomar en cuenta, para que esto no provoque en el terapeuta una sensación de frustración o devaluación de su trabajo o bien, para tomar conciencia de aquellos agentes que pueden favorecer o afectar el proceso terapéutico y así, tomar las medidas necesarias para evitar que ocurran nuevamente.

Es así como se concluye este trabajo, en un intento por proporcionar al lector un panorama general acerca de la labor del neuropsicólogo, sus alcances, sus limitaciones... Hay todavía un largo camino por recorrer, debido a la complejidad de su objeto de estudio: el cerebro y su relación con la conducta humana.

Referencias

Adams, R.D., Víctor, M. y Ropper, A.H. (1999), Principios de Neurología. (6ª. Ed.). México: McGraw Hill Interamericana. (Tr. Santiago Piña Renard).

Akhutina, T.V. y Pilayeva, N. (2002). Enseñanza rehabilitatoria en casos de afasia sensoriomotora severa. Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje. Monográfico, 5: (28) 223-246.

Akhutina, T.V. (2003). Mechanism of Speech Production Based on the Study of Aphasia. Journal of Russian and East European Psychology, 41: 12-32-

Alexander, M.P. (1997). Aphasia: clinical and anatomic aspects. En: T.E. Feimberg y M.J. Farah (Eds). Behavioral neurology and neuropsychology. New York: McGraw-Hill. pp. 133-150.

Andersson y Fridlund, (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. Journal of Pschyatric and Mental Health Nursing, 9: 285-292.

Bastiaanse, R. y Van Zonneveld, R. (2004). Broca's aphasia, verbs and the mental lexicon. Brain and Language. 90: 198-202

Benson, D.F. y Ardila, A. (1996). Aphasia. Clinical Perspective. New York: Oxford University Press.

Beenson, P.M. y Rapcsak, S.Z. The Aphasias. En Snyder, P.J. y Nussbaum, P.D. (Eds.) (1999). Clinical Neuropsychology. A pocket handbook for assessment. Washington, D.C. American Psychological Association. pp. 381-425.

Benton, A.L. (1971). Introducción a la Neuropsicología. Fontanella. España. pp. 195-209.

Berthier, M. (1999). Transcortical Aphasias. Psychology Press Ltd.

Bose, A., Square, P.A., Schlosser, R., Van Lieshout, P. (2001). Effects of PROMPT Therapy on speech motor function in a person with aphasia and apraxia of speech. *Aphasiology*, 15 (2). 767-785.

Conley, A. y Coelho, C.A. (2003). Treatment of word retrieval impairment in chronic Broca's aphasia. *Aphasiology*, 17 (3): 203-211.

Croteau, C. y Le Rorze, G. (1999) Overprotection in couples with aphasia. *Disability and rehabilitation*, 21;9, 432-437

Damasio, A.R. y Damasio, H. Aphasia and the neural basis of language. En Mesulam, M. (Eds.) (2000). *Principles of Behavioral and cognitive neurology*. Oxford University Press. Second edition. Pp. 294-315.

Elman, R., Ogar, J., y Helman, S. (2000). Aphasia: Awareness, advocacy, and activism. *Aphasiology*, 14, (56) 456-459.

Gainotti, G. (1997). Emotional, psychological and psychosocial problems of aphasic patients: and introduction. *Aphasiology*. 7: 635-650.

Gainotti, G., Azzoni, A., Gasparini, F., Marra, C. y Razzano, C., (1997). Relation of lesion location to verbal and no verbal mood measures in troke patients. *Stroke*, 28: 2145-49

García, L.J., Barrette, J. y Laroche, Ch. (2000). Perceptions of the obstacles to work reintegration for persons with aphasia. *Aphasiology*. 14: (3), 269-290

Godefroy , O., Dubois, C., Debachy, B., Leclerc, M. y Kreuzler, A. (2002). Vascular Aphasias. Main Characteristics of Patients Hospitalized in Acute Stroke Units. *Stroke*, 33; 702-705.

Gómez-Viera, N., Martín-Labrador, M., Guevara-Ferrer, M., Jiménez-Panequ, R., Amaro-Hernández, A. y Muñoz-Navarro, S.. (2002). Factores pronósticos de deterioro cognoscitivo en pacientes con infarto cerebral. *Revista de Neurología*, 34:223-231.

Goodglass, H. y Kaplan, E. (1996). Evaluación de la Afasia y trastornos relacionados. 2ª. Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Graw, A.J., Weimar, Ch., Buggle, F., Henrich, A., Goertler, M., Neumaier, S., Glahn, J., Brandt, T., Hacke, W., Diene, H. (2001) Risk Factors, Outcome, and Treatment in Subtypes of Ischemic Stroke: German Stroke. *American Heart Association, Inc.*, 32:2559-2566.

Guimaraes dos Santos, C.L. (2001). Diagnóstico y rehabilitación de disfunciones cognitivas. Consideraciones filosófico-críticas. En Quintanar Rojas y Solovieva. *Métodos de rehabilitación en la neuropsicología del adulto*. Pp. 11-44. México. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Hannerz, H. y Lindhardt, N. (2001). Life Expectancies Among Survivors of Acute Cerebrovascular Disease. *Stroke*, 32:1739-1744.

Holland, D. y Larimore, C. The assessment and Rehabilitation of Language Disorders. En Johnstone, B. y Stonnington, H.H. (Eds.) (2001). *Rehabilitation of neuropsychological disorders. A practical guide for rehabilitation professionals*. Filadelfia. Psychology Press.

Judd, T. (2001). Rehabilitaci3n Neuropsicol3gica. Un Modelo Ecol3gico. L. Quintanar y Y. Solovieva, (Eds). M3todos de Rehabilitaci3n en la Neuropsicolog3a del Adulto. (pp. 45-62). Benem3rita Universidad Aut3noma de Puebla, M3xico.

Kauhanen, M, Korpelainen, J.T., Hiltunen, P. (1999). Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. *Stroke*, 30: 1875-72.

Kolb, B. y Whishaw, I.Q. (1999). *Language. Fundamentals of Human Neuropsychology*. pp. 387-416. Freeman and Company. Worth Publishers. U.S.A.

Kolb, B. y Whishaw, I.Q. (2002). How do we hear, speak and make music?. *An Introduction to Brain and Behavior*. pp. 318-353.

Less-Haley, P.R. (2001). Commentary on misconceptions and misuse of de MMPI-2 in assessing personal injury claimants. *NeuroRehabilitation*. 16: 301-302

Luria, A. R. (1978). *Cerebro y lenguaje*. (2a. Ed.) Barcelona: Fontanella. Trad. Luis Flaquer.

Mu3oz C3spedes, J.M. y Tirapu Ustarroz, J. (2001). *Rehabilitaci3n Neuropsicol3gica*. Espa3a. S3ntesis.

Park, G.H., McNeil, M.R. y Doyle, P.J. (2002). Lexical access rate of closed-class elements during auditory sentence comprehension in adults with aphasia. *Aphasiology*, 16 (8), 801-814.

Pe3a-Casanova, J. (1991). *Programa Integrado de Exploraci3n Neuropsicol3gica (PIEN)-Test* Barcelona. Normalidad, semiolog3a y patolog3a neuropsicol3gicas. Barcelona. Edit. Masson.

Peña-Casanova, J. (1993) Problemas planteados por la “medición del lenguaje en las afasias. Rev. Logop. Fon., Audiol., 13: 191-200

Peña Casanova, J. (1995). Fundamentos neurológicos de la recuperación y factores de pronóstico en las afasias. En Peña Casanova, J. y Pérez Pamies, M. (1995). Rehabilitación de las afasias y trastornos asociados. (pp. 101-112). Barcelona, España. Masson.

Pinar Saygin, A., Dick, F., Wilson, S.W., Dronkers, N.F. y Bates, E. (2003). Neural resources for processing language and environmental sounds. Evidence from aphasia. Brain, 126: 928-945.

PROYECTO ISS - ASCOFAME Guías de Práctica clínica basada en la evidencia, Enfermedad cerebrovascular, ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA- ASCOFAME -

Pulvermüller, F. (2002). The Neuroscience of language. On Brain Circuits of Words and Serial Order. (pp. 33-50). Cambridge: University Press.

Planell, M.G. y Quintanar, L. (2001). Efectos Clínicos y Electrofisiológicos de un Programa de Rehabilitación Neuropsicológica en un paciente con Afasia Motora Aferente. L. Quintanar y Y. Solovieva, (Eds). Métodos de Rehabilitación en la Neuropsicología del Adulto. (pp. 93-118). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Richards, K., Singletary, F., González Rothi, L.J. Y Roehler, S. (2002), Activation of intentional mechanisms through utilization of nonsymbolic movements in aphasia rehabilitation. Journal of Rehabilitation Research and Development. 29 (4): 445-454.

Rosen, H.J., Petersen, S.E., Linenweber, M.R., Snyder, A.Z., White, D.A., Chapman, L., Dromerick, A.W., Fiez, J.A. y Corbetta, M.. (2000). Neural correlates of recovery from aphasia after damage to left inferior frontal cortex. *Neurology*, 55: 1883-1894.

Ross, K.B. y Wertz, R.T. (2002). Relationships between language-based disability and quality of life in chronically aphasic adults. *Aphasiology*, 16 (8), 791-800

Saffran, E. M. (1997). Aphasia: cognitive neuropsychological aspects. Feinberg y M.J. Farah, (Eds). *Behavioral neurology and neuropsychology*. (pp. 133-150). New York: McGraw Hill.

Sagan, C. (1984). *El Cerebro de Broca. Reflexiones sobre el apasionante mundo de la ciencia*. México; Grijalbo.

Schatz, P., Hughes L.J. y Chute, D.L. (2001). Underutilization of neuropsychology in traumatic brain injury rehabilitation: is managed care to blame?. *NeuroRehabilitation*. 16: 281-287

Simmons-Mackie N Aphasia: Awareness, advocacy, and activism. *Top Lang Disord* 2001;21(4):21–36

Shigaki, C.L. (2001). National and community resources For neuropsychological disorders. En Johnstone, B. y Stonnington, H.H (Eds.). pp. 195-203. New York. Psychology Press.

Springer. S.P. y Deutsch, G. (1999). Reseña histórica de evidencias clínicas de asimetrías cerebrales. En *Cerebro Izquierdo y Cerebro Derecho*. Pp. 15-37. España. Gedisa.

Starratt, Ch. (1999). Emotional disorders associated with neurological disease. En Snyder, P.J. y Nussbaum, P.D. (Eds.). Clinical Neuropsychology. A pocket handbook for assessment. pp. 613-628. Washington, American Psychological Association.

Svietkova, L. S. (1977). Reeducción del lenguaje, la lectura y la escritura.

Barcelona; Fontanella. Versión Cubana: Rehabilitación en casos de lesiones focales del cerebro. La Habana: Editorial Pueblo y Educación 1985.

Ter Keurs, M. Brown, C. M. y Hagoort, P. (2002). Lexical processing of vocabulary class in patients with Broca's aphasia: and event-related brain potential study on agrammatic comprehension. *Neuropsychologia*, 40: 1547-1561.

Turner-Stokes, L. y Hassan, N. (2002). Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clinical Rehabilitation*, 16: 231-247.

Vera, D., Vega, B.E., Aguilar, C., Vargas, A. (2001). Evento vascular cerebral en adulto joven, presentación de caso y revisión de la literatura. *Med Sur*; 8 (4): 119-123

Watson, C., Rutterford, N.A., Shortland, D., Williamson, N. y Alderman, N. (2001). Case study. Reduction of chronic aggressive behaviour 10 years after brain injury. *Brain injury*. 15:11 (1003-1015).

Wenstein, A. y Swenson, R.A. (1999). Cerebrovascular disease. En Snyder, P.J. y Nussbaum, P.D. (Eds.). Clinical Neuropsychology. A pocket handbook for assessment. pp. 381-402. Washington, American Psychological Association.

Wiener, P.(2001). Rehabilitación de la afasia motriz. Un Estudio de Caso. L. Quintanar y Y. Solovieva, (Eds). Métodos de Rehabilitación en la Neuropsicología del Adulto. (pp. 63-92). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Wilson, B. (1999). Case studies in neuropsychological rehabilitation. Pp.315-352. New York, Oxford University Press.