

01968



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA**

**UN CASO DE AFASIA DE CONDUCCIÓN:
HALLAZGOS NEUROPSICOLÓGICOS E INTERVENCIÓN**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

AGUSTÍN MARTÍNEZ CERVANTES

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. MA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO

COMITÉ TUTORAL: DRA. DOLORES RODRÍGUEZ ORTIZ

DRA. MA. GUILLERMINA YÁÑEZ TELLEZ

DRA. DOLORES MERCADO CORONA

MTRA. AURORA GONZALEZ GRANADOS

MTRA. JUDITH SALVADOR CRUZ

DR. GERMAN PALAFOX PALAFOX



MÉXICO DF

JUNIO 2005

m345699



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:

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Agustín Martínez

Cervantes

FECHA: 17 / Jun / 2005

FIRMA: 

A mi familia, a mi madre y hermanos por el apoyo y el amor incondicional.

A mis compañeros de la maestría Jazmín, Maricruz, Rosario, Elba y David; a Mary, Erwin y Aristides con quienes compartí tantas experiencias en la residencia y de su trabajo les aprendí cosas que me enriquecieron como: la creatividad, la dedicación y la sensibilidad hacia las personas con las que se trabaja.

A la Dra. Lilia Núñez y los residentes del servicio de neurología con quienes el trabajo interdisciplinario se hace una realidad.

A la Dra. Julieta Heres y al Dr. Miguel Ángel Villa quienes con su ejemplo y dedicación a la maestría cautivaron mi interés por la Neuropsicología y quienes han dedicado tanto por que la neuropsicología en México crezca y se desarrolle.

A la Dra. Ma. Emilia Lucio Gómez Maqueo por su paciencia y guía durante la residencia.

A la Maestra Yolanda González por su apoyo y fe en mi.

A mis amigos y hermanos toreros por que siempre estuvieron al pie del cañón.

A Erika por tu paciencia, apoyo y amor. Gracias por creer en mis proyectos.

A ti, Padre por acompañarme en todo momento...seguimos

La obra humana más bella es la de ser útil al prójimo (Sófocles)

INDICE

Resumen	1
Justificación	3
1. El Evento Vascular Cerebral	3
1.1 Epidemiología.....	4
1.2 Factores de riesgo.....	5
2. El lenguaje y la afasia	5
2.1 El lenguaje	5
2.2 La afasia	8
2.2.1 Etiología.....	9
2.2.2 Condiciones emocionales	9
3. Tareas de la neuropsicología	11
3.1 Neuropsicología Cognoscitiva.....	11
4. La afasia de conducción	13
4.1 Antecedentes.....	13
4.2 Daño cerebral o áreas de lesión.....	15
4.3 Criterios Diagnósticos.....	16
4.3.1 Parafasias literales.....	16
4.3.2 Conducta de acercamiento	16
4.3.3 Fluencia.....	16
4.3.4 Comprensión.....	17
4.3.5 Repetición.....	18
4.3.6 Denominación.....	18
4.3.7 Lectura y escritura.....	18
4.3.8 Acalculia	19
4.3.9 Diagnóstico diferencial.....	19
4.3.10 Examen neurológico y otros hallazgos.....	20
4.3.11 La apraxia ideomotora.....	20
4.4 La aportación de Benson.....	20
4.5 Algunas propuestas de clasificación	21
4.6 El síndrome de afasia de conducción.....	23
4.7 Aportaciones de A.R. Luria a la afasia de conducción.....	24
4.8 Aspecto fonológico.....	26
4.9 La repetición y las parafasias fonémicas	27
4.10 Modelos de producción del discurso.....	27
4.11 Codificación fonológica.....	29
5. Tratamiento	31
5.1 Tratamiento del EVC.....	31
5.2 La neuropsicología y la enseñanza rehabilitatoria.....	32
6. Método	33
6.1 Objetivos	33
6.1.1 Objetivo general.....	33
6.1.2 Objetivos particulares.....	34
6.2 Sujeto.....	34
6.3 Materiales.....	36
6.4 Procedimiento.....	37

7. Resultados	38
8. Programa de intervención	41
8.1 Análisis de datos.....	43
8.2 Resultados del programa de intervención.....	48
9. Discusión	49
10. Conclusiones	51
11. Consideraciones Finales	52
Bibliografía	
Anexos	
Manual de rehabilitación	

RESUMEN

El evento vascular cerebral (EVC) es un padecimiento que se presenta en forma creciente en nuestro país así como en los países industrializados. Una de las consecuencias de un EVC es la alteración del lenguaje ya sea de forma general o en alguno de sus componentes.

Entre estas alteraciones se encuentra la afasia de conducción; aunque esta varía en su severidad y en su presentación, en general se caracteriza por tres características básicas: lenguaje fluente con parafasias literales, comprensión cerca de lo normal y dificultades significativas para la repetición (conducta de acercamiento). Este síndrome tiene un origen complejo y variado, ya que en algunos casos aparece asociada al trastorno del análisis articulatorio, mientras que en otros forma parte de un síndrome de alteraciones de la memoria audio verbal; además, la sintomatología del paciente que cursa con este tipo de afasia es, en cuanto a su severidad y presentación, difícil de caracterizar como un cuadro único. Con ello es indispensable entender que la planeación de la rehabilitación se tenga que hacer basándose en la evaluación individual de cada paciente, ya que la evaluación se convierte en el primer paso de la planeación de la rehabilitación.

En este trabajo se expone la aplicación de un programa de rehabilitación para una paciente con afasia de conducción, basado en el aprovechamiento de los factores no alterados por la lesión para poder recuperar la función de lenguaje alterada o modificada por el EVC.

Para la valoración neuropsicológica se utilizaron el Test Barcelona versión breve, los subtest verbales de la versión completa y el Test de Boston.

Se presenta una mujer de 41 años con alteraciones del lenguaje, consecuencia de EVC isquémico, consistentes en abundantes parafasias fonémicas y conducta de acercamiento. La paciente era consciente de su defecto pero incluso los intentos activos de hallar el articulema necesario no surtían efecto. Estas dificultades se observaron en tareas como: repetición, denominación; y eran menos evidentes en el lenguaje espontáneo, en el que la estructura sintagmática de la expresión estaba preservada y en el cual, se hacía posible el intercambio de unas palabras por otras más familiares.

Con base en los resultados de la valoración se diseñó el programa de intervención. El objetivo fue favorecer el aspecto expresivo del lenguaje a fin de utilizarlo en actividades de la vida diaria. Esto se realizó mediante la reorganización de la actividad articulatoria consciente a partir del análisis de los elementos gráficos (visual) y sonoros (auditivos) de la palabra, utilizando los factores indemnes así como los analizadores auditivo y visual, las cinestésias desde la mano, y las formas ya consolidadas de actividad verbal, con apoyo en el aspecto semántico del lenguaje. Los resultados muestran que la estrategia aprendida permitió un lenguaje más fluido en el cual las parafasias fonéticas disminuyeron notablemente, las frases eran más largas y de mayor contenido informativo.

Abstract

The cerebrovascular accident (CVA) is one of the most common diseases in the industrialized countries nowadays. A consequence of this particular disease is the impairment of language in general or one of its components.

One of these consequences is the conduction aphasia. Although it can vary according to its degree of strictness, it has got three main characteristics: comprehension levels are almost equal to average, fluent speech with phonemic paraphasias and severe difficulties for repetition (approach behavior). This syndrome has a complicated origin because in some cases, it seems to be associated to the articulatory analysis disorder; whereas it can also be linked to the audioverbal memory impairment. Besides, because of its symptoms and severity, it is difficult to categorize it in a single syndrome medical profile. That is why, the rehabilitation planning process must be based on the individual evaluation of each patient, so that it can be converted as the first step on planning the rehabilitation.

On this paper, it is expounded the application of a conduction aphasia therapy programme based on the use of the non-disrupted factors, so that the affected language area modified by the CVA can be recovered. In order to accomplish the neuropsychological evaluation, The Barcelona Test (short version), the subtest provided in its complete version and The Boston Aphasia Test were used.

A 40 year old woman is presented with language alterations, consisting in phonemic paraphasias and the approach behavior, produced by an ischemic CVA. The patient was conscious about her disorder; however, the attempt to identify the phoneme was ineffective. These difficulties were perfectly detected in tasks such as: repetition, and naming but less evident in the spontaneous language, in which the structure of the expression was preserved. This fact was proved, because most of the words were interchanged for others ones which were more familiar to her.

Based on the evaluation results, an intervention programme was designed. The objective was to assist the language output so that it could be used in daily activities. This was made through the reorganization of the conscious articulatory activity, based on the analysis of the graphic elements and sonorous elements of the word, using unharmed factors such as the auditory and visual analysis, the kinesthetic behaviour of the hand and the consolidated forms of verbal activity supported on the semantic aspect of the language. The results show that the learned strategy allowed a fluid language, in which the phonemic paraphasias noticeably decreased and the sentences were longer and with more informative content.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de evaluación, diagnóstico e intervención, intenta ofrecer un programa que permita aprender estrategias útiles que faciliten la reorganización de las funciones cerebrales superiores que habían sido alteradas por un evento vascular cerebral, de tal manera que la persona pueda comunicarse lo mejor posible, que le permita continuar sus actividades cotidianas así como sus relaciones interpersonales.

La importancia de este reporte radica en la creciente cantidad de personas que, como consecuencia de una enfermedad o evento traumático, sufren un evento vascular cerebral que altera considerablemente la corteza cerebral y por lo tanto la organización de las funciones cerebrales superiores. Uno de los aspectos que más impactan en la vida del ser humano es la pérdida del lenguaje o la incapacidad para comunicarse, ya que esta condición modifica notablemente toda su vida y sus relaciones con la gente que lo rodea. Es así como se intenta ofrecer el abordaje de un caso desde su evaluación y diagnóstico cuidadoso que serán la base de un objetivo programa de intervención.

1. EVENTO VASCULAR CEREBRAL (EVC)

El evento vascular cerebral es un padecimiento que se caracteriza por la presencia súbita de una serie de alteraciones neurológicas que revelan pérdida parcial o total de las funciones cerebrales. Estas alteraciones persisten por más de 24 horas y son producto de la reducción severa o de la suspensión total del flujo sanguíneo en alguna porción del sistema nervioso central. La falta de oxígeno y glucosa (isquemia cerebral) por más de 4 a 5 minutos termina por producir daño tisular irreversible. (Rodríguez, 2004)

El evento vascular cerebral puede presentarse como resultado de dos eventos: el accidente cerebral isquémico y el accidente cerebral hemorrágico. El accidente cerebral isquémico se le llama al decremento o a la interrupción del flujo sanguíneo en el tejido cerebral ya sea debido a trombos, émbolos ó endurecimiento de las arterias, mas comúnmente llamada arterioesclerosis. Cuando un vaso sanguíneo se rompe se le llama accidente cerebral hemorrágico. La hemorragia puede ocurrir de varias formas, por aneurisma sangrante, por

rotura de la pared arterial o una malformación arteriovenosa. (Mohr, Michaels y Pessin, 2001)

En algunos casos, el EVC, suele presentar síntomas antes de su aparición como dolor de cabeza intenso sin causa aparente; entumecimiento u hormigueo en la cara, en un brazo o en una pierna; dificultad para caminar, conservar el equilibrio o la coordinación y trastornos de la vista de uno o ambos ojos, entre otros. (Arauz, 2003)

Las manifestaciones clínicas de un evento vascular cerebral son muy variadas; dependen del sitio y extensión del infarto y de la presencia de un sistema de arterias colaterales capaces de compensar la deficiencia del aporte sanguíneo de la zona afectada. (Rodríguez, 2004)

1.1 Epidemiología

Se calcula que, cerca de un tercio de los pacientes con enfermedad vascular cerebral mueren inmediatamente, o en unas cuantas semanas después del evento, y de un tercio a un medio de los que sobreviven tienen como consecuencia alteraciones de tipo neuromuscular, sensorial, autonómico (incontinencia urinaria) y cognoscitivo, y por lo tanto requieren de atención médica especializada, costosa, por periodos muy prolongados. (Rodríguez, 2004). Todo esto representa una serie de consecuencias sociales, económicas y familiares que implican un gasto muy importante para cualquier país. Se calcula que el gasto anual provocado por el diagnóstico, manejo y rehabilitación de los pacientes que ha sufrido un EVC, es de aproximadamente 30 billones de dólares; por lo que la enfermedad vascular cerebral es un grave problema de salud pública. (Arauz, 2003)

Los estudios epidemiológicos revelan una incidencia anual promedio (primer evento vascular cerebral) que varía de 200 a 400 casos por cada 100 mil personas. El accidente vascular cerebral (EVC) es la tercera causa de muerte en los países industrializados y en México ocupa el sexto lugar. En los Estados Unidos de Norteamérica ocurren aproximadamente 500,000 episodios de EVC cada año provocando 150,000 muertes. En México existen 32,000 casos al año y alrededor del 40% fallecen. (Arauz, 2003)

El EVC, causa más muertes en mujeres que en hombres en una proporción de 11 por ciento en el sexo femenino en relación con el 8 por ciento para el caso de los varones; ello debido a que las arterias femeninas son de menor calibre, e incrementan el riesgo de una obstrucción como consecuencia de un coágulo o la formación de placa aterosclerótica (colesterol en las arterias cerebrales).(Arauz, 2003) Aunque puede presentarse en todas las edades, es mucho más frecuente en personas mayores de 45 años, y la frecuencia se dobla con cada década de vida adicional. Es decir, a mayor edad hay mayor riesgo de tener un accidente vascular cerebral. (Rodríguez, 2004)

1.2 Factores de riesgo

Frecuentemente, un EVC es consecuencia de otras enfermedades crónicas, por lo tanto es muy importante para identificar y tratar el EVC, tener presentes los factores de riesgo que se investigan a través de los antecedentes como hipertensión arterial, tabaquismo, hipercolesterolemia, valvulopatía cardiaca, arritmia cardiaca, enfermedad coronaria arterial o enfermedad arterial periférica ateromatosa ,trauma, abuso de drogas, diabetes y muchos otros; igualmente interesa el cuadro clínico y son importantes los estudios por imagen. (Núñez, 2003)

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes ya que el hipertenso tiene de 4 a 5 veces más probabilidades de padecer un EVC que las personas normotensas. (Carolei, Marini, Ferranti y Frontoni,1993)

2. EL LENGUAJE Y LA AFASIA

2.1 El lenguaje

El lenguaje es una función cerebral superior muy compleja que emerge de la interacción entre el desarrollo biológico del cerebro (información genética) y el medio social donde se adquiere (medio externo cultural y tipos de lenguajes). (Peña,1999)

El lenguaje permite al ser humano relacionarse con el medio que le rodea, con él mismo y al mismo tiempo saber qué sucede en el mundo. Ninguna de las formas complejas de la actividad psíquica cursa sin la participación directa o indirecta del lenguaje. Es a través de este que se organiza la memoria, la percepción y, en particular, el pensamiento; ya que con

El EVC, causa más muertes en mujeres que en hombres en una proporción de 11 por ciento en el sexo femenino en relación con el 8 por ciento para el caso de los varones; ello debido a que las arterias femeninas son de menor calibre, e incrementan el riesgo de una obstrucción como consecuencia de un coágulo o la formación de placa aterosclerótica (colesterol en las arterias cerebrales).(Arauz, 2003) Aunque puede presentarse en todas las edades, es mucho más frecuente en personas mayores de 45 años, y la frecuencia se dobla con cada década de vida adicional. Es decir, a mayor edad hay mayor riesgo de tener un accidente vascular cerebral. (Rodríguez, 2004)

1.2 Factores de riesgo

Frecuentemente, un EVC es consecuencia de otras enfermedades crónicas, por lo tanto es muy importante para identificar y tratar el EVC, tener presentes los factores de riesgo que se investigan a través de los antecedentes como hipertensión arterial, tabaquismo, hipercolesterolemia, valvulopatía cardiaca, arritmia cardiaca, enfermedad coronaria arterial o enfermedad arterial periférica ateromatosa ,trauma, abuso de drogas, diabetes y muchos otros; igualmente interesa el cuadro clínico y son importantes los estudios por imagen. (Núñez, 2003)

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes ya que el hipertenso tiene de 4 a 5 veces más probabilidades de padecer un EVC que las personas normotensas. (Carolei, Marini, Ferranti y Frontoni,1993)

2. EL LENGUAJE Y LA AFASIA

2.1 El lenguaje

El lenguaje es una función cerebral superior muy compleja que emerge de la interacción entre el desarrollo biológico del cerebro (información genética) y el medio social donde se adquiere (medio externo cultural y tipos de lenguajes). (Peña,1999)

El lenguaje permite al ser humano relacionarse con el medio que le rodea, con él mismo y al mismo tiempo saber qué sucede en el mundo. Ninguna de las formas complejas de la actividad psíquica cursa sin la participación directa o indirecta del lenguaje. Es a través de este que se organiza la memoria, la percepción y, en particular, el pensamiento; ya que con

la ayuda del lenguaje se va obteniendo la posibilidad de ir vinculando y relacionando la realidad objetiva que va más allá de los límites de la percepción sensorial.

La conducta del hombre también se relaciona con el lenguaje. En el curso del desarrollo, el lenguaje, adquiere la función de regulador del propio comportamiento del hombre, organiza y vincula los procesos psíquicos, de modo que en el adulto, el lenguaje regula su actividad. El lenguaje surgió de la necesidad de comunicación, es decir, su primera intención fue comunicativa; ante la necesidad de la transmisión intencionada de ideas, vivencias, propósitos y pensamientos. Al ser estos transmitidos en una sociedad, el lenguaje comenzó a influir en la conducta.(Luria, 1980; Tsvetkova, 1972/1985)

Desde su base psicofisiológica, el lenguaje está constituido por el trabajo conjunto, principalmente, de los analizadores verbo-motor y acústico. En cuanto a la estructura psicológica del lenguaje, se puede pensar que se realiza, por lo menos, a dos niveles: el sensoriomotor, que garantiza la base material de la palabra; y el nivel del significado y sentido de las palabras y oraciones. Ambos niveles y todos los eslabones de cada uno de ellos, están en estrecha interacción. El tener en cuenta esta interacción constituye una condición necesaria para la comprensión correcta de la estructuración y funcionamiento del lenguaje, así como sus alteraciones. En palabras de Tsvetkova (1972/1985) “el lenguaje es un sistema funcional complejo, que se apoya en el trabajo conjunto de una serie de zonas cerebrales, cada una de las cuales garantiza uno u otro aspecto del proceso verbal” (citado en Tsvetkova, 1972/ 1985, p.39).

Recientemente, la lingüística y las neurociencias han ofrecido un marco teórico y jerárquico para el análisis de los componentes del lenguaje; y junto con la afasiología, han aportado una importante cantidad de materiales experimentales que permitieron desarrollar modelos y niveles lingüísticos. Según estos modelos, la producción del lenguaje, comienza al tener una intención comunicativa y al planificar el mensaje que se pretende transmitir, para lo cual, se activan algunos de sus conocimientos. Después de seleccionar la estructura sintáctica más adecuada para expresar el mensaje, a partir de las características semánticas y sintácticas, el hablante selecciona en su léxico las palabras que mejor encajan en la estructura ya construida para expresar el mensaje planificado. El paso final consiste en

ejecutar los programas motores destinados a producir los fonemas o los grafemas, si se trata del lenguaje escrito, correspondiente a esas palabras.

Los psicolingüistas conciben la producción como una multitud de procesos que comienzan con un concepto y terminan con los movimientos articulatorios. La figura 1 presenta un modelo de el procesamiento de las palabras, que presenta desde la entrada y comprensión de la palabra, siguiendo por su análisis y codificación hasta extraer su representación fonológica, para posteriormente, hacer un proceso similar para la producción de una palabra. (Peña y Paines, 1995; Feinberg y Fara, 2003)

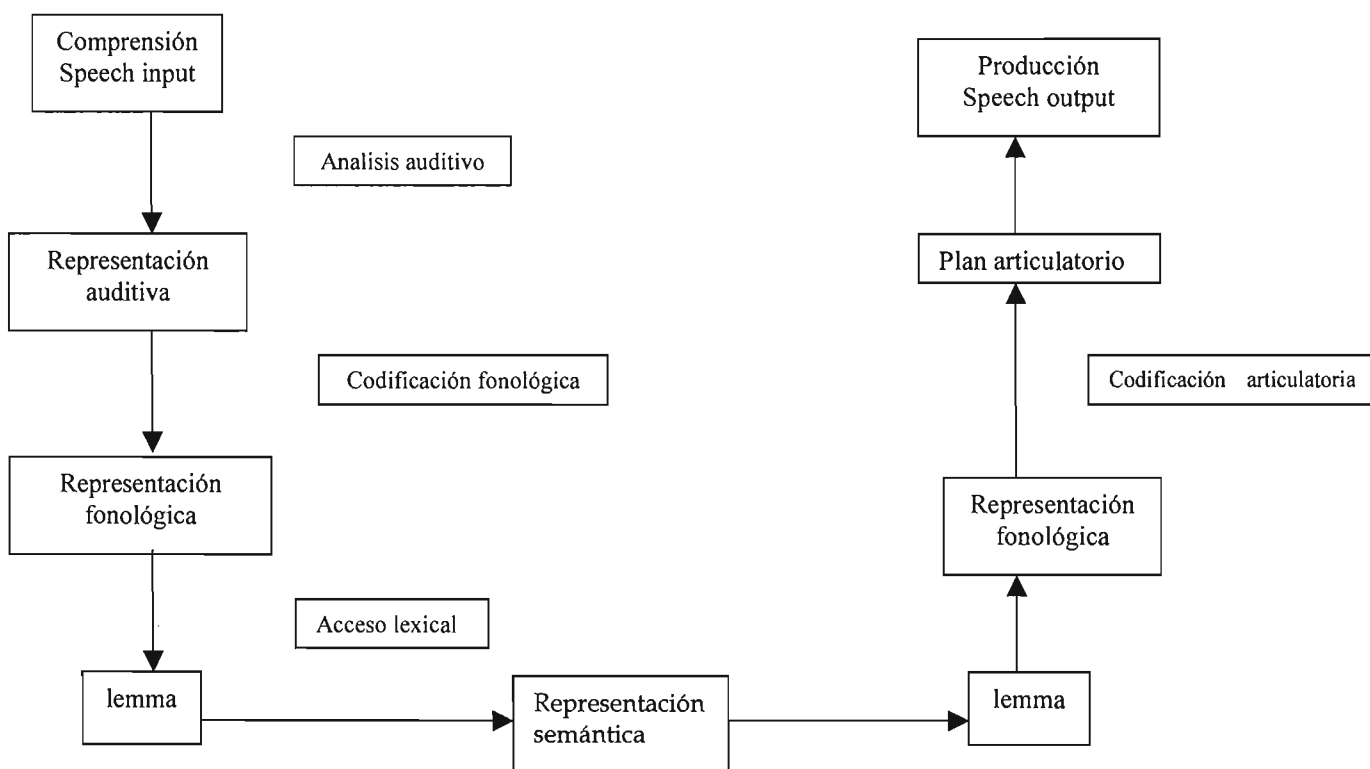


Figura 1. Procesamiento de palabras (De Feinberg y Farra, 1997)

En general, en el análisis del lenguaje se consideran los siguientes niveles:

Fonético: sistema de sonidos de la lengua.

Fonológico: sistema de fonemas de la lengua.

Léxico: palabras, que son su estructura formal y semántica.

Morfológico: sistema de raíces y afijos de la lengua.

Sintáctico: Organización estructural de palabras y frases.

Semántico: Estructura de significados.

Pragmático: Utilización de la estructura en el contexto comunicativo. (Osheron y Lasnick, 1990; citado en Peña y Pérez, 1995 p.4)

Estos niveles han permitido notables avances en la afasiología, pero en palabras de Lesser (citado en Peña y Pérez, 1995), su distinción no deja de ser una arbitrariedad en la descripción específica de casos clínicos.

2.2 La afasia

El lenguaje, como función cerebral, se altera de modo diferente en dependencia de qué sectores del cerebro se lesionan, y de cuales son los componentes de las funciones cerebrales superiores que dejan de trabajar. Cuando una parte de la corteza, que se encuentra involucrada en el proceso del lenguaje, es dañada, se produce una modificación en alguno de los componentes de este y, como resultado, el lenguaje se modifica dando como resultado una condición llamada afasia.

La lesión de un determinado sector de la corteza o de las áreas del cerebro responsables del lenguaje, produce una alteración compleja de la actividad verbal, la cual, penetra toda la vida psíquica del hombre, y atañe a distintos niveles de la estructura del lenguaje. Generalmente en los afásicos, se puede observar un defecto en el aspecto de la producción del lenguaje, en su comprensión ó en ambos. (Snyder y Nussbaum, 1999; Tsvetskova, 1985) La afasia se manifiesta, ante todo, en los defectos de la función comunicativa del lenguaje, por lo que con frecuencia tiene lugar una alteración global de la comunicación verbal, es decir, se alteran de alguna manera todos los tipos de lenguaje y no solo las formas externas de comunicación (el lenguaje externo, expresivo, impreso, percepción y comprensión del habla), así como la escritura y la lectura, y también las formas internas que representan la comunicación del hombre consigo mismo, el que se le ha llamado, el nivel del lenguaje interior. (Tsevtkova, 1985, p. 44)

Los errores más comunes observados en el discurso del afásico son, la producción de palabras incorrectas y los errores por sustitución de sonidos; estos son conocidos como parafasias semánticas y parafasias fonéticas respectivamente. Otro de los errores comunes es la anomia, que es la incapacidad para nombrar un objeto a pesar de conocerlo y saber para que sirve o cómo se usa. Además tipos de alteraciones en la comprensión del lenguaje se encuentran presentes en todas las afasias, pero en algunos casos solo se vuelven

evidentes con una adecuada evaluación. Siendo la afasia una alteración central del lenguaje, afecta no solamente el discurso, sino también la comprensión y la producción del lenguaje escrito, es decir, la lectura y la escritura. (Goodglass y Kaplan, 1972/1996; Peña, 1999)

Las características específicas de la afasia y sus déficits que la acompañan pueden ser reflejo del sitio y la extensión del daño neurológico, así como de diferencias individuales en la organización del cerebro; aunque la correspondencia sitio de lesión igual a alteración de función, no siempre se cumple. Es la ubicación de la lesión cerebral y su impacto diferencial sobre las redes neuronales, lo que va a constituir el factor crucial en la determinación de las características de la sintomatología afásica. Varios síndromes afásicos clásicos han sido considerados por sus identificables constelaciones de síntomas del lenguaje y por que proporcionan una estructura útil para el estudio, la evaluación y el diagnóstico de las afasias. (Snyder y Nussbaum, 1999)

2.2.1 Etiología

La causa más común de la afasia es un infarto isquémico, ya sea embólico o trombótico, en la arteria cerebral media izquierda. Otras causas incluyen la hemorragia cerebral (hipertensiva, o posterior al rompimiento de un aneurisma o una malformación arteriovenosa) y el trauma cráneo encefálico. La afasia frecuentemente resulta de las lesiones del hemisferio izquierdo por que el 95% de los individuos que son diestros y el 70% de los zurdos tienen al hemisferio izquierdo como dominante para el lenguaje.

Es importante considerar que el lenguaje del paciente con afasia es el resultado de la actividad global del cerebro aunque profundamente modificado, ya que el efecto de la lesión origina pérdidas o modificaciones en la función, junto a inhibiciones y desinhibiciones patológicas de las áreas cerebrales del lenguaje. El lenguaje del paciente afásico es el resultado final de la interacción entre las capacidades preservadas y los efectos de las funciones alteradas. (Snyder y Nussbaum, 1999)

2.2.2 Condiciones emocionales del paciente con afasia

El afásico, como persona, tiene unas reacciones afectivas ante su problema y, además, se ubica en un entorno familiar y social concreto. “La distinción entre tener una afasia y ser un afásico es esencial, en especial cuando se realiza una aproximación terapéutica al

problema”. (citado en Peña y Pérez, 1995, p.10) El tener un ser querido que padece un cuadro de afasia modifica todo el sistema personal, emocional, familiar, laboral y económico. Cuando una persona pierde o se modifica su capacidad de comunicación, también se modifica la interacción con otras personas ya que la comunicación verbal, el lenguaje, también se ha transformado y en ocasiones ante este hecho, se incrementan los sentimientos de soledad, aislamiento, tristeza, apatía y la comunicación verbal puede contener o demostrar emociones negativas como la dificultad para establecer una conversación. En algunas personas afásicas, el rol que se ejercía previamente, ya no puede ser ejercido y sus ocupaciones son ahora más limitadas. También pueden presentarse nuevas formas de reaccionar, los cuales probablemente resulten en cambios en la vida de la persona con el evento y sus familiares. Los cambios de personalidad suelen ocurrir como consecuencia de un daño cerebral, esto debido a los cambios bioquímicos o al estrés y el aislamiento social. Por lo tanto, en una persona afásica no solo se afecta el mundo particular del enfermo: todos sus seres queridos sufren con él, al no poder entender lo que su familiar les pide o necesita y por que tienen miedo porque lo ven diferente de cómo era. (Heres, 1997; Andersson y Fridlund, 2002)

En las personas afásicas frecuentemente se reduce su autoestima y como resultado su autoconcepto, y por lo tanto, la percepción de si mismos, cambia. En estos casos es común que la persona desarrolle un cuadro depresivo. La depresión después de un EVC puede ser considerada como consecuencia del evento mismo o por la toma de conciencia de estar limitado, no solo en la esfera del lenguaje, sino también físicamente.

La depresión después de un evento vascular cerebral, es una complicación común y está asociada con déficit cognitivos, funcionales y sociales, los cuales potencialmente limitan o impiden el avance de un proceso de rehabilitación; por lo tanto, frecuentemente es asociado con escasos progresos del paciente y el incremento en la estancia en un hospital. Muchas veces esta depresión no es tomada en cuenta y es subdiagnosticada, sin embargo, esta es importante ya que, no solo afecta al paciente y a su familia, sino que se le suele relacionar con los pobres resultados en la rehabilitación. (Turner, L y Hassan N, 2002)

La afasia no significa que la persona haya perdido su inteligencia o la capacidad de sentir y percibir el medio familiar; tampoco lo convierte en un niño y hay que evitar tratarlo como tal. La persona debe de seguir recibiendo el mismo respeto que ha recibido siempre y mantener su lugar dentro de la familia, esto lo ayuda a integrarse. Lo importante es no aislarlo y valorar los adelantos que tenga y dejarlo que haga las cosas que acostumbraba a hacer, siempre y cuando no sean riesgosas. (Heres, 1997)

3. TAREAS DE LA NEUROPSICOLOGÍA

Como neuropsicología clínica se entiende la rama de la psicología que tiene como objetivos el estudio de la organización y el desarrollo cerebral de los procesos cognoscitivos, así como la descripción, el diagnóstico, la intervención y la investigación de las alteraciones cognoscitivas y conductuales que se producen como resultado de una afectación funcional o estructural del sistema nervioso central. Un análisis detallado de los procesos psicológicos permitirá elaborar, sobre bases científicas, un método racional de enseñanza y de eliminación de las dificultades que surgen durante la adquisición de algún defecto en las funciones cerebrales superiores.

Por lo tanto, un especialista entrenado en neuropsicología hace posible la intervención clínica de personas que han sufrido un EVC y el diseño de estrategias para la rehabilitación de las funciones cognoscitivas.

3.1 La neuropsicología cognoscitiva

La neuropsicología cognoscitiva ha hecho intentos por explicar los patrones de las funciones afectadas o intactas a través de modelos del funcionamiento cognoscitivo normal. En estos modelos explicativos, una función es el resultado de un complejo sistema el cuál a su vez se divide en subsistemas independientes, los cuales se denominan módulos. Cada módulo se ocupa de su propia forma de procesamiento independientemente de la actividad de aquellos módulos con los que no se haya en comunicación directa. Cuando un módulo no está ejerciendo su tarea correctamente se puede decir que un aspecto de la ejecución de esa función se encuentra alterado mientras que los demás están conservados. Figura 2. (Ellis y Young, 1992)

La afasia no significa que la persona haya perdido su inteligencia o la capacidad de sentir y percibir el medio familiar; tampoco lo convierte en un niño y hay que evitar tratarlo como tal. La persona debe de seguir recibiendo el mismo respeto que ha recibido siempre y mantener su lugar dentro de la familia, esto lo ayuda a integrarse. Lo importante es no aislarlo y valorar los adelantos que tenga y dejarlo que haga las cosas que acostumbraba a hacer, siempre y cuando no sean riesgosas. (Heres, 1997)

3. TAREAS DE LA NEUROPSICOLOGÍA

Como neuropsicología clínica se entiende la rama de la psicología que tiene como objetivos el estudio de la organización y el desarrollo cerebral de los procesos cognoscitivos, así como la descripción, el diagnóstico, la intervención y la investigación de las alteraciones cognoscitivas y conductuales que se producen como resultado de una afectación funcional o estructural del sistema nervioso central. Un análisis detallado de los procesos psicológicos permitirá elaborar, sobre bases científicas, un método racional de enseñanza y de eliminación de las dificultades que surgen durante la adquisición de algún defecto en las funciones cerebrales superiores.

Por lo tanto, un especialista entrenado en neuropsicología hace posible la intervención clínica de personas que han sufrido un EVC y el diseño de estrategias para la rehabilitación de las funciones cognoscitivas.

3.1 La neuropsicología cognoscitiva

La neuropsicología cognoscitiva ha hecho intentos por explicar los patrones de las funciones afectadas o intactas a través de modelos del funcionamiento cognoscitivo normal. En estos modelos explicativos, una función es el resultado de un complejo sistema el cuál a su vez se divide en subsistemas independientes, los cuales se denominan módulos. Cada módulo se ocupa de su propia forma de procesamiento independientemente de la actividad de aquellos módulos con los que no se haya en comunicación directa. Cuando un módulo no está ejerciendo su tarea correctamente se puede decir que un aspecto de la ejecución de esa función se encuentra alterado mientras que los demás están conservados. Figura 2. (Ellis y Young, 1992)

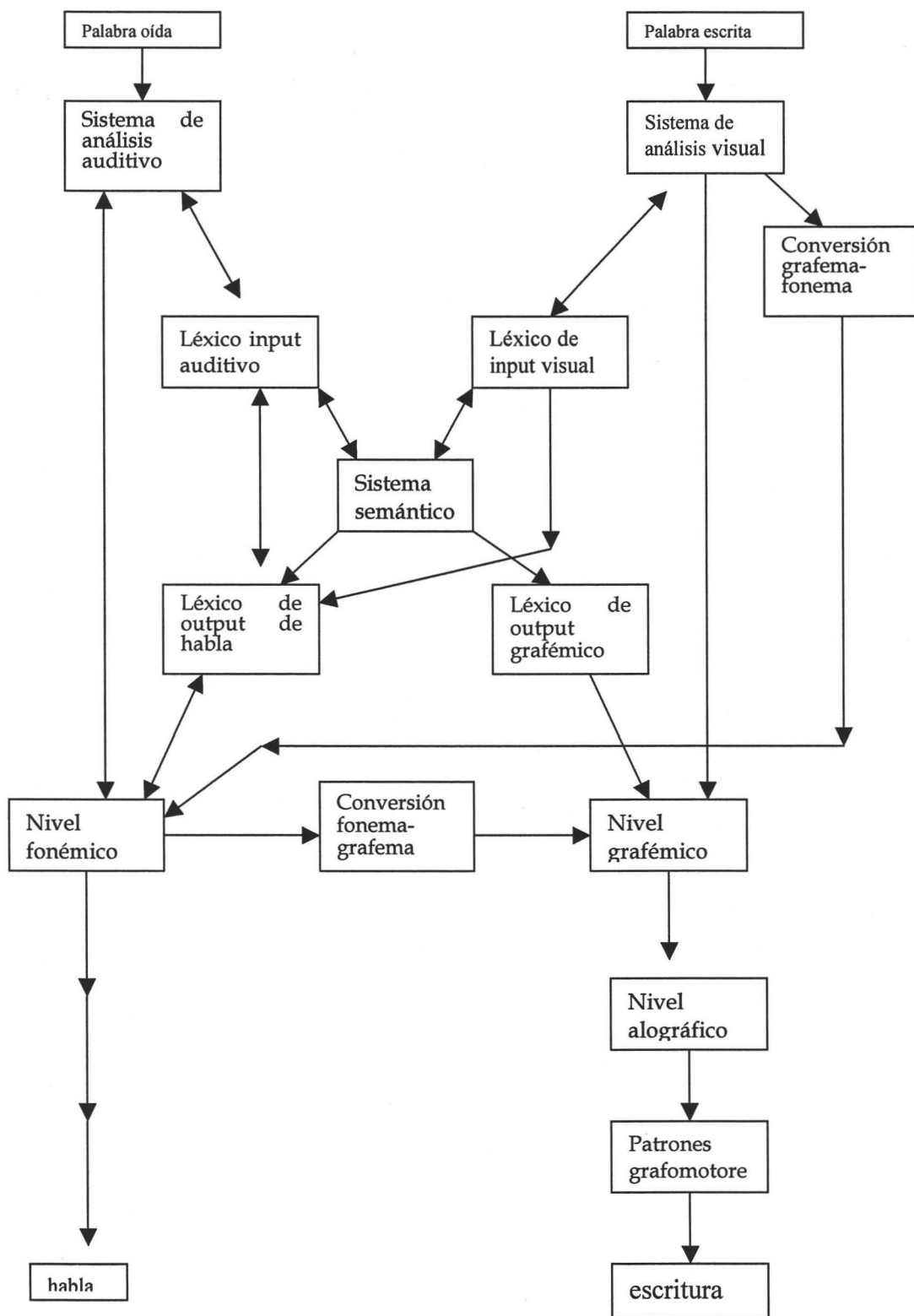


Figura 2. Modelo neurocognitivo funcional integrado del lenguaje oral, la lectura y escritura (De Ellis y Young, 1992)

Para Coltheart en 1987 (citado en Ellis y Young, 1992), el lenguaje es una función cerebral compleja que no se puede entender como una actividad aislada y medible unívocamente. Los componentes funcionales que interaccionan para constituir la función final de comunicación verbal son múltiples. Según el modelo cognoscitivo, la realización de un paciente con una lesión cerebral se explica en términos de las capacidades del sistema cognoscitivo normal intacto menos los componentes perdidos como resultado de la lesión. (Feinberg y Fara, 2003)

En este trabajo se retomará uno de los modelos propuesto por esta aproximación para tratar exponer algunas de las explicaciones más recientes del funcionamiento cognoscitivo normal y alterado en el lenguaje en la afasia de conducción.

4. LA AFASIA DE CONDUCCIÓN

4.1 Antecedentes

Originalmente fue descrita por Wernicke en 1874, y fue nombrada como afasia de conducción o “*Leitungsaphasie*”, término que mas tarde retomarían otros investigadores como Benson y Geschwind, en 1971 y 1985; Hecaen y Albert en 1978; Lecours y Lhermite en 1983. También se le ha llamado afasia de repetición por Kleist en 1934, afasia central por Goldstein en 1948, afasia motora aferente por Luria en 1966, afasia de conducción repetición por Warrington y Shallice en 1969 y afasia de conducción eferente por Kertesz en 1985 (Benson y Ardila 1996; Ardila y Rosselli, 1992)

En el trabajo de Wernicke en 1874 (citado en Köhler, Bartels, Hermann, Dittmann, y Wallesch, 1998), la afasia de conducción *Leitungsaphasie*, era la consecuencia de la desconexión entre centros sensoriales y motores. En sus trabajos, no predijo o mencionó un déficit prominente en la repetición para la afasia de conducción, sino que, en las descripciones de sus casos, se enfocó en aquellos pacientes que fallaban en sus auto correcciones, y sugería que esto era como resultado de un control deficiente del centro motor. Lichteim en 1885 (citado en Köhler et al., 1998) concluyó que un defecto en la

Para Coltheart en 1987 (citado en Ellis y Young, 1992), el lenguaje es una función cerebral compleja que no se puede entender como una actividad aislada y medible unívocamente. Los componentes funcionales que interaccionan para constituir la función final de comunicación verbal son múltiples. Según el modelo cognoscitivo, la realización de un paciente con una lesión cerebral se explica en términos de las capacidades del sistema cognoscitivo normal intacto menos los componentes perdidos como resultado de la lesión. (Feinberg y Fara, 2003)

En este trabajo se retomará uno de los modelos propuesto por esta aproximación para tratar exponer algunas de las explicaciones más recientes del funcionamiento cognoscitivo normal y alterado en el lenguaje en la afasia de conducción.

4. LA AFASIA DE CONDUCCIÓN

4.1 Antecedentes

Originalmente fue descrita por Wernicke en 1874, y fue nombrada como afasia de conducción o “*Leitungsaphasie*”, término que mas tarde retomarían otros investigadores como Benson y Geschwind, en 1971 y 1985; Hecaen y Albert en 1978; Lecours y Lhermite en 1983. También se le ha llamado afasia de repetición por Kleist en 1934, afasia central por Goldstein en 1948, afasia motora aferente por Luria en 1966, afasia de conducción repetición por Warrington y Shallice en 1969 y afasia de conducción eferente por Kertesz en 1985 (Benson y Ardila 1996; Ardila y Rosselli, 1992)

En el trabajo de Wernicke en 1874 (citado en Köhler, Bartels, Hermann, Dittmann, y Wallesch, 1998), la afasia de conducción *Leitungsaphasie*, era la consecuencia de la desconexión entre centros sensoriales y motores. En sus trabajos, no predijo o mencionó un déficit prominente en la repetición para la afasia de conducción, sino que, en las descripciones de sus casos, se enfocó en aquellos pacientes que fallaban en sus auto correcciones, y sugería que esto era como resultado de un control deficiente del centro motor. Lichteim en 1885 (citado en Köhler et al., 1998) concluyó que un defecto en la

repetición podría ser un síntoma inherente del síndrome resultante de la interrupción de las vías directas desde el área sensorial hasta el área motora.

En su trabajo "Disconnection syndromes in animals and man", Geschwind en 1965 resucitó la interpretación clásica de la afasia de conducción como resultado de desconexión del área del lenguaje anterior del área posterior, por una lesión del fascículo arqueado. Damasio y Damasio en 1980 añadieron un soporte empírico cuando analizaron las lesiones de seis pacientes con discurso fluente, parafasias fonémicas y un déficit en la repetición. También señalaron que las lesiones de cierto número de componentes funcionales del aparato del lenguaje pueden tomarse en cuenta como involucradas en los déficits en la repetición, así que el número de lesiones posiblemente involucradas hace improbable que todas las formas de afasia de conducción puedan estar relacionadas con una sola estructura anatómica. Caramazza en 1981 (citado en Köhler et al., 1998) sugirió dos tipos de afasia de conducción que diferían con respecto a la presencia o no de las parafasias fonéticas en el discurso output y concluyó que los pacientes con un déficit en la repetición pero sin problemas en el output sufrían de una limitación en la memoria auditivo verbal de corto plazo.

Kohn en 1984, (citado en Köhler et al., 1998) centró su interés en las parafasias fonéticas de la afasia de conducción; especialmente en las tareas que no son de repetición. Ella propuso una interrupción del programa pre-articulatorio de tal manera que la representación fonológica de la palabra no podía ser inmediatamente transcrita en la sucesión de fonemas. Errores en estas traslaciones juntas con un monitoreo deficiente del output y un error en las correcciones daba como resultado laboriosas secuencias de auto correcciones, la llamada conducta de acercamiento. (Köhler, Bartels, Hermann, Dittmann, & Wallesch, 1998)

Por otro lado, algunos investigadores como Ardila y Luria, prefirieron interpretar la afasia de conducción como un defecto de naturaleza apraxica. (Ardila y Rosselli, 1992; Luria, 1974/1984). Según esta última concepción, la afasia de conducción puede ser interpretada como una apraxia verbal, una apraxia ideomotora del discurso, o una apraxia quinesésica del discurso (Luria, 1980).

El mayor progreso hecho en los últimos 60 años es en la disponibilidad de detalladas teorías neurolingüísticas que permiten de alguna manera el análisis de los síntomas afásicos. (Köhler et al., 1998)

Actualmente, la literatura moderna esta dividida con respecto a los síntomas críticos de la afasia de conducción y mientras los neurólogos se enfocan en los déficits en la repetición (Geschwind 1965; Benson 1973; Kertesz 1979), los lingüistas lo hacen en un desorden fonológico (Joanette 1980; Kohn 1984 y Buckingham 1992; citados en Joanette y Brownell, 1990).

4.2 El daño cerebral o áreas de lesión

El daño cerebral en los casos de afasia de conducción frecuentemente involucran el hemisferio parietal izquierdo, en la porción inferior del giro postcentral y supramarginal y la ínsula (Ardila y Rosselli 1992; Benson y Ardila 1996; Damasio, 1980; Kertesz, 1979), pero sigue habiendo un desacuerdo acerca de la localización exacta. Una explicación tradicional (Geschwind, 1965; Damasio y Damasio, 1980) sugiere que se encuentra involucrado el fascículo arqueado del hemisferio dominante, una banda de sustancia blanca que se origina en la parte posterior del lóbulo temporal y se desplaza hacia adelante vía fascículo longitudinal superior hacia la corteza de asociación motora. El que el fascículo arqueado se encuentre involucrado podría explicar la separación de las áreas sensitivas y motoras, como fue originalmente propuesto por Wernicke en 1874 (citado en Geschwind, 1965). Algunos investigadores sugieren el involucramiento del giro supramarginal, la parte inferior del giro central y la ínsula sin un defecto profundo de la sustancia blanca, que es el descubrimiento esencial en la afasia de conducción. En este punto de vista, lo importante es el daño hacia el área neuronal de la corteza y no la conexión con la sustancia blanca, como se había propuesto. Mendez y Benson en 1985 (citado en Benson y Ardila, 1996), presentaron tres casos con las características clínicas de la afasia de conducción pero con lesiones distantes del área parietal insular del hemisferio dominante; ellos postularon que la desconexión del área de la comprensión del lenguaje de un hemisferio derecho intacto de el área motora del lenguaje de un hemisferio izquierdo intacto podría producir el síndrome de una afasia de conducción. Benson en 1973 (citado en Benson y Ardila, 1996) reportó casos similares.

4.3 Criterios diagnósticos

Desde la primera descripción de Wernicke, se han hecho varios intentos de delimitar a un síndrome de afasia de conducción. De manera general se presentan los hallazgos más significativos que permiten distinguir la afasia de conducción de otras afasias.

4.3.1 Parafasias literales

Aunque los pacientes con afasia de conducción producen algunas desviaciones fonéticas y algunas parafasias verbales, la mayoría de errores en el lenguaje oral corresponden a la definición de parafasia literal (Sanchez, 1990; Goodglas y Kaplan, 1972/1996). Las parafasias literales son mayormente observadas durante la repetición y particularmente, ante la repetición de los logatomos, palabras de composición fonológica compleja y palabras de baja frecuencia (Ardila y Rosselli, 1992).

4.3.2 Conducta de acercamiento: *conduit d'approche*

Los pacientes con afasia de conducción presentan frecuentemente múltiples aproximaciones a la palabra objetivo o palabra buscada, que mejoran con las repetidas auto correcciones, demostrando una imagen acústica de la palabra preservada. Además de esto, el paciente, cuando escucha al examinador, fácilmente distingue las palabras pronunciadas correctamente de las pronunciadas erróneamente. Aunque los pacientes con afasia de conducción son incapaces de repetir una palabra cuando el examinador se la pide o en su discurso espontáneo, momentos después, el paciente puede producir la misma palabra sin esfuerzo alguno durante la conversación espontánea sin ningún esfuerzo aparente. (Lecours y Lhermite, 1979)

4.3.3 Fluencia

Aunque el discurso conversacional o lenguaje espontáneo es variable; en algunos pacientes es fluente con una longitud de frase normal y sin esfuerzo en su producción; y en otros se observa una producción con esfuerzo con abundantes interrupciones y frecuentes pausas. En estas ocasiones puede no parecer fluente, pero cuando se consideran todas las características del output, se notan mas características de un lenguaje fluente que no fluente. (Goodglas y Kaplan, 1972/1996; Heilman y Valenstein, 2003)

En su discurso se observan frecuentemente los intentos para la búsqueda de palabras o los repetidos intentos para producir una palabra debido a las excesivas parafasias literales, vacilaciones, aproximaciones y autocorrecciones. Cuando el “output” frecuentemente se observa “interrumpido” y es disprosódico, puede ser fácilmente malinterpretado como afasia expresiva. Generalmente produce una o varias frases en forma correcta y sin dificultad, frecuentemente clichés, pero las frases son demasiado variables para ser calificadas como estereotipos.

El lenguaje seriado es adecuado si al paciente se le ayuda en su iniciación. Igualmente, la producción de palabras es mejor durante el canto que en el lenguaje conversacional (Benson y Ardila, 1996; Ardila y Rosselli, 1992; Goodglas y Kaplan, 1972/1996).

4.3.4 Comprensión

La comprensión del lenguaje hablado es buena. En muchos pacientes la comprensión aparece virtualmente normal y en otros la dificultad se limita a la comprensión de estructuras gramaticales complejas u oraciones que contienen muchas palabras clave o múltiples frases dentro de ellas. En general, el nivel de comprensión del lenguaje hablado es adecuado para la conversación normal, mejor inclusive que en la mayoría de los pacientes de Broca. Un significativo deterioro en la comprensión hace que el diagnóstico de afasia de conducción sea cuestionable. (Heilman y Valenstein, 2003)

Según un análisis realizado por Luria, Tsvetkova y sus colaboradores en 1980, algunos pacientes han mostrado la existencia de algunas dificultades en la decodificación verbal; estas dificultades consisten en que los pacientes que confunden articulemas similares pueden presentar fallos análogos en la comprensión de palabras semejantes, por ejemplo, al presentar la palabra sal escogen el dibujo de sol.

Las construcciones gramaticales simples o las órdenes simples son bastante bien comprendidas, pero construcciones gramaticales más complejas (que incorporan un sistema complejo de subordinaciones, componentes distantes, construcciones con inversiones, etc.) empiezan a presentar alteraciones. Éstas se deben a que la comprensión de tales construcciones gramaticales precisa un complejo proceso de decodificación, que en ocasiones incluye una serie de transformaciones auxiliares, manifestadas en el plano del lenguaje interior, y en los engramas verbales. (Luria, 1980; Tsvetkova, 1972/1985)

4.3.5 Repetición

La diferencia entre la comprensión y la repetición representa el hallazgo más dramático de la afasia de conducción, y es considerado la clave para su diagnóstico. La repetición está caracterizada por aproximaciones contaminadas por múltiples parafasias literales, pero si se le pide que repita números o el nombre de los colores, los pacientes tienden a realizar parafasias verbales más que parafasias literales como en el caso de las palabras.

Su repetición es más pobre que su habilidad para producir las mismas palabras en el discurso conversacional. Cuando es incapaz de repetir correctamente una palabra o una frase el paciente con afasia de conducción, probablemente produzca una excelente parafasia semántica. De igual manera, si falla en el intento de repetir una palabra o una frase, el paciente probablemente producirá la misma palabra o frase en un contexto conversacional diferente. (Kölher et al., 1998; Benson y Ardila, 1996)

4.3.6 Denominación

Los pacientes de afasia de conducción presentan una notable disociación entre señalar y denominar. Las tareas de señalar son fáciles para ellos. En contraste, en las tareas de denominación tienden a producir abundantes parafasias literales, tanto o más que en la repetición. En algunos de estos pacientes, el defecto en encontrar palabras o lo que se le ha llamado, anomia, parece estar enteramente basado en las sustituciones parafásicas (Heilman y Valenstein, 2003).

4.3.7 Lectura y escritura

Característicamente, estos pacientes tienen problemas para leer en voz alta y rápidamente su lectura se ve interrumpida constantemente por paralexias literales. En contraste estos mismos individuos, pueden comprender la mayoría del material que se lee en silencio. Muchos pacientes con afasia de conducción fallan cuando se les pide que lean en voz alta una frase de tres o cuatro palabras, pero ellos fácilmente pueden leer en silencio una página entera con buena comprensión de lo leído. (Benson y Ardila, 1996).

La escritura está invariablemente afectada. Muchos de estos pacientes pueden escribir algunas letras y producir algunas letras bien formadas pero su escritura tiende a ser pobre

como resultado de omisiones y sustituciones de las letras. Las palabras en una sentencia pueden estar mal ubicadas u omitidas. Luria en 1966 notó un paralelismo entre los errores cometidos en el lenguaje oral y escrito, y postuló que es un solo mecanismo el que subyace a ambos. Frecuentemente la afasia de conducción se asocia con una agrafia apráxica, en la cual el paciente es incapaz de realizar los movimientos requeridos para formar las letras. (Luria, 1974/1989; Ardila y Roselli, 1992)

4.3.8 Acalculia en la afasia de conducción

Las operaciones matemáticas, tanto de cálculo mental como las escritas, tienden a ser desordenadas. Se ha observado que, en la lectura de números se producen errores de orden y de jerarquía, el orden secuencial también está frecuentemente alterado. Estos pacientes pueden incluso llegar a fallar en leer los signos aritméticos (Ardila y Roselli, 1989)

En un caso presentado por Denckla en 1969, se propuso que la “acalculia”, estaba basada en un desorden del procesamiento del lenguaje y no aritmético. (Delazer y Bartha, 2001)

4.3.9 Diagnóstico diferencial

La dificultad que se encuentra en la elección y secuenciación adecuadas de los fonemas, hace que el paciente de como resultado un output parecido al que se observaría en un afasia de Broca y es cuando es difícil diferenciar ambos tipos de afasia; pero en la afasia de conducción se puede observar que, algunas frases gramaticalmente complejas, son producidas fácil y correctamente; y éstas, están lejos de ser estereotipias. Además, las desviaciones fonéticas que caracterizan la afasia de Broca ocurren en el contexto de una severa disartria, en cambio en la afasia de conducción, la producción de fonemas es buena, frecuentemente con buena pronunciación de fonemas incorrectos. La parafasia literal es más característica de la afasia de conducción que de la afasia de Broca. Aunque las palabras familiares y expresiones breves rara vez presentan dificultades para su repetición. El paciente con afasia de conducción se desconcierta con palabras polisílabas, presentando particular dificultad con las oraciones compuestas, sobre todo con los pronombres y conjunciones. “La articulación de un paciente con afasia de Broca puede ayudarse si se le presenta un modelo, en la afasia de conducción la repetición de la conducta modelo no sirve para mejorar la ejecución” (Goodglas y Kaplan, 1972/1996, p.108).

A diferencia de los pacientes con afasia de Wernicke, los que presentan afasia de conducción son conscientes de sus errores y ante estos presentan los intentos de corrección, además de que, a diferencia de los afásicos de Wernicke, su comprensión es buena (Benson y Ardila 1996; Ardila y Rosselli, 1992; Goodglas y Kaplan, 1972/1996).

4.3.10 El examen neurológico y otros hallazgos

El examen neurológico de los pacientes con afasia de conducción varía considerablemente. En algunos, no se ha demostrado ninguna anormalidad neurológica. Sin embargo, en otros casos, una anormalidad está claramente presente como: debilidad en la porción de la cara y un brazo, y dificultades sensitivas (la sensación de posición, estereognosis, discriminación de dos puntos, etc.) pero la apreciación del dolor es frecuentemente normal. (Benson y Ardila, 1996).

4.3.11 La apraxia ideomotora

La apraxia ideomotora está usualmente presente en los pacientes con afasia de conducción (Goodglass y Kaplan, 1972/1996). Cuando se les solicita hacer movimientos que involucren los miembros, el paciente probablemente falle, incluso cuando ellos insisten en que saben el movimiento requerido. El paciente probablemente haga un movimiento inapropiado (parapraxias) a pesar de haber demostrado una buena comprensión de la orden. La asociación común entre la parafasia literal con la apraxia bucofacial en la afasia de conducción sugiere que la afasia de conducción puede ser considerada una apraxia verbal; la inhabilidad para realizar movimientos requeridos del habla a pesar de poseer una musculatura oral normal (Luria, 1974/ 1984). Algunos investigadores como Benson en 1973 han enfatizado la asociación entre la apraxia bucofacial, la afasia de conducción y la co-ocurrencia de la parafasia literal y la apraxia bucofacial (Benson y Ardila, 1996).

4.4 La aportación de Benson para el diagnóstico de la afasia de conducción.

Benson y sus colegas, en 1973, propusieron tres características básicas y cinco secundarias para la afasia de conducción. Las tres características básicas fueron: a) Lenguaje fluente con parafasias literales, b) Comprensión cerca de lo normal y c) Dificultades significativas para la repetición.

Las cinco características secundarias fueron (no vistas en todos los casos): a) Dificultades para la denominación; desde la presencia de parafasias literales hasta la total inhabilidad para producir la palabra apropiada; b) Alteraciones en la lectura con mejor comprensión del grafismo que la habilidad para leer en voz alta; c) Alteraciones en la escritura que varían desde dificultades para escribir letras hasta la profunda agrafia; d) Apraxia ideomotora, bucofacial y de los miembros; y e) Anormalidades neurológicas elementales; pérdida sensorial y probablemente hemiparesis del lado dominante.

Aunque alguno o todos de los cinco síntomas estén ausentes, cuando las tres características básicas están presentes, se le puede dar al paciente el diagnóstico de afasia de conducción. (Benson y Ardila, 1996).

La explicación del desorden del lenguaje en la afasia de conducción se ha vuelto controversial; parece que es posible que más de una teoría existe para explicar la variedad de síntomas que acompañan a este síndrome. Aunque las diferentes explicaciones para el síndrome aún se encuentran en debate y el sitio de la patología es variable, el síndrome es actualmente reconocido y ocurre comúnmente.

4.5 Algunas propuestas de clasificación

El que varios mecanismos son capaces de producir una repetición deficiente sugiere que diferentes tipos de afasia de conducción pueden ser propuestos; la primera distinción es entre *aferente* ó *eferente* (Kertesz, 1979) y *repetición* ó *reproducción* por Warrington y Shallice en 1969 (citado en Franklin, Buerk, Howard, 2002). El desorden en la *eferencia* o en la *repetición* sugiere el involucramiento de la organización fonémica y de representación de las palabras y esta correlacionada el daño parietal e insular. El tipo *aferente* o de *reproducción* implica que se involucre a la memoria auditivo verbal a corto plazo, una dificultad en la repetición de frases largas; un daño al lóbulo temporal ha sido asociado a este tipo. Caplan y otros investigadores como Dubois, Hecaen y Kinsbourne en 1972 (citado en Franklin et al., 2002), han propuesto una alteración en algún nivel de la planeación fonética para la elaboración de las palabras y logatomos. Shallice y Warrington lo explicaron en términos de una alteración en la elaboración de la forma fonológica y en la secuencia de la articulación de los gestos que son asociados con una palabra simple. Estos

problemas dificultan la producción verbal en todas sus modalidades incluyendo la lectura en voz alta, la denominación, la repetición y el discurso conversacional. (Benson y Ardila, 1996; Ardila y Rosselli, 1992; Franklin et al., 2002).

Kohn y Smith en 1992 (citado en Franklin et al., 2002), diferenciaron dos clases básicas de afasia de conducción. La *afasia no fluente* es caracterizada por aproximaciones fonéticas. La variedad *fluente* por parafasias relacionadas con la forma. En la forma, el déficit está situado postlexicalmente en el buffer fonémico, en el no fluente está situado en el lexicón. De acuerdo a Kohn y Smith, el tipo fluente ocurre frecuentemente en la remisión de la afasia de Wernicke (Franklin et al., 2002).

Luria (1980, 1974/1989) encontró que los problemas del lenguaje en la afasia de conducción incluían dos formas alternativas: una asociada a una forma leve de *afasia cinestésica* o *apráxica* y la otra como *acústico amnésica*.

En la primera forma, el defecto principal del lenguaje repetitivo es el análisis acústico articulatorio. Es evidente en la repetición de sonidos y palabras, “al ser el análisis acústico articulatorio de la composición de la palabra el objetivo básico de la actividad consciente mientras que el lenguaje espontáneo o la denominación de objetos tienden a la expresión de un pensamiento y dan un papel secundario, operativo, al análisis acústico articulatorio que generalmente está muy automatizado”(Luria, 1980, p. 233). Esto explica que en la repetición de combinaciones de sonidos sin sentido la realización del paciente se caracteriza por la búsqueda de las articulaciones precisas y por las parafasias literales típicas de las operaciones con grupos de sonidos; en cambio, al nombrar objetos, repetir frases o en el lenguaje espontáneo predominan las parafasias verbales. “En los pacientes de este grupo el foco patológico afecta al córtex poscentral además de la región temporal; es esto y no una hipotética “desconexión” entre los centros sensorial y motor del habla, lo que proporciona las bases cerebrales de este síndrome”(Luria, 1980, p.233).

La estructura de la segunda forma, acústico amnésica, es totalmente diferente. La alteración del lenguaje repetitivo, está relacionada con la dificultad en nombrar series de objetos y comprender series de palabras. Este hecho fundamental depende del trastorno de la memoria acústico verbal a corto plazo, y su mecanismo consiste en el aumento de la inhibición recíproca de los trazos acústico verbales. Por esto, la gravedad de la alteración

depende del volumen del material presentado para ser repetido, y puede ser superado en gran manera al introducir intervalos de tiempo suficientemente largos que permitan la consolidación de los trazos; las parafasias literales y verbales no se producen con la frecuencia del primer grupo (Luria, 1980, 1974/1989)

Como se puede ver, similares signos han sido descritos por los diferentes autores y cada uno de ellos le ha dado nombre a sus hallazgos. Por eso podemos encontrar similitudes entre la forma quinesésica y la eferente o de repetición, y la forma acústico mnésica con la forma aferente o de reproducción .

4.6 El síndrome de afasia de conducción

Caramazza en 1984 (citado en Kölher et al., 1998), dice que este tipo de síndromes son muy amplios. Desde su punto de vista, el grupo de pacientes reunidos sobre la base de las categorías sindromáticas son inadecuados para la investigación de los mecanismos que subyacen la conducta patológica, y aunque los pacientes pertenecen a una amplia categoría llamada afasia de conducción, hay una obvia variación en su sintomatología.

Pero como se ha venido proponiendo desde el siglo pasado, un déficit en la repetición, sigue siendo el síntoma cardinal para algunos investigadores y para otros ha sido los trastornos fonológicos.

Las distintas observaciones de los autores expuestos anteriormente, sugieren que la afasia de conducción no es una forma única de afasia, como postulaban los neurólogos clásicos, sino un conjunto de síntomas que aparecen a consecuencia de mecanismos diferentes, ligados estrechamente a los cambios en la tarea que se propone al paciente. Se puede decir que, las mayores dificultades del paciente, aparecen cuando la actividad básica se dirige al análisis de las estructuras acústico articulatorias. Los distintos síntomas de alteraciones verbales se aprecian claramente cuando el objetivo de la actividad consciente del paciente tiende a la reproducción de complejos acústico articulatorios, y no a la expresión de un pensamiento.(Luria, 1980)

De todo lo dicho se desprende que el fenómeno descrito bajo el nombre de afasia de conducción puede tener un origen complejo y variado, ya que en algunos casos aparece asociada al trastorno del análisis articulatorio, mientras que en otros forma parte de un síndrome de alteraciones de la memoria audioverbal.

“Por esta razón, como observó Wernicke hace muchos años, el intento de hallar un cuadro de afasia de conducción con síntomas idénticos y localización uniforme está destinado al fracaso, y el único camino adecuado es examinar cuidadosamente los diversos cuadros de afasia de conducción, describiendo fielmente las diferencias en su estructura, e intentar esclarecer los diferentes mecanismos que subyacen a los síntomas observados”(Luria, 1980, p.204).

4.7 Las aportaciones de Luria en la afasia de conducción

Luria en 1980 explica las alteraciones de la afasia motora aferente como “una alteración de la capacidad para usar los códigos articulatorios del lenguaje”(Luria, 1980, p. 86) El propone que la lesión de las porciones inferiores de la región postcentral del hemisferio izquierdo dan como resultado una alteración de la ley de la fuerza que había sido formulada por Pavlov. Esta ley, es esencial para la selectividad en los procesos psicológicos y, en el cortex cinestésico alterado, se deja de cumplir esta ley provocando que los estímulos fuertes y débiles se igualen y empiecen a provocar la misma reacción, y como resultado los articulemas necesarios surgen con la misma probabilidad que los secundarios que no lo son pero que están enlazados con los primeros por cualquier rasgo común. (Luria, 1980). En pacientes más graves se alteran las oposiciones de los fonemas menos similares y “los contrastes articulatorios que se distinguen por el punto y modo de articulación empiezan a destacarse con mayor precisión.”(Luria, 1980, p. 87) En estos casos, los fonemas que difieren por su estructura comienzan a surgir con igual probabilidad y entonces se altera la articulación que se deseaba.

El resultado es lo que Luria llamó, una desintegración de todo el sistema de codificación verbal. El motivo de la expresión y el esquema del contenido semántico de lo que quieren transmitir estos pacientes están totalmente intactos. Los pacientes intentan decir algo, encontrar la palabra necesaria, pero cada intento falla por que el sistema de las oposiciones articulatorias no funciona de modo adecuado. “intenta destacar, sin éxito, la articulación

que precisa de un grupo de articulaciones semejantes, recordándolas todas, ó no puede pronunciar ni un solo sonido y queda esclavo de un caos de movimientos articulatorios que surgen con igual probabilidad” (Luria, 1980, p.88). Esto es lo que Luria llama como la alteración principal o el factor central de la afasia motora aferente. Estas alteraciones surgirán tanto en el lenguaje verbal como el escrito y tendrán distintos grados que van, desde la imposibilidad total para hablar, hasta un lenguaje casi normal, pero en ambos se observarán parafasias literales.

Otra característica es que en otros niveles como el léxico-morfológico y el semántico, se encuentran relativamente preservados.

Luria en 1980, resaltó que el problema principal de este grupo de pacientes es la disociación fundamental entre la importante “alteración de la organización paradigmática de los códigos verbales”. Es precisamente por este motivo que en estos pacientes se observa una importante descomposición de la repetición exacta de los sonidos y palabras, con frecuentes parafasias literales, sustituciones de palabras de significado parecido y al mismo tiempo se aprecia una preservación de las expresiones organizadas sintagmáticamente.

Siguiendo lo propuesto por Luria, otros autores como Ryabova en 2003, ha retomado su teoría y han explicado que el déficit central en la afasia motora aferente, es “la interrupción del análisis cortical de los impulsos motores”, este daño a la aferentación quinestésica del discurso hace que se produzca la pérdida de la diferenciación motora fina necesaria para la correcta implementación de un programa articulatorio. Cuando ellos tratan de repetir un sonido, ellos mueven sus labios y su lengua, pero no logran encontrar la articulación requerida.

Las dificultades para encontrar la articulación exacta que son producidas por una dificultad en el análisis y la síntesis quinestésicas, sugieren que el proceso para la producción del lenguaje, tiene un componente que incluye la selección de los sonidos, patrones de articulación, en la base de las características quinestésicas. (Ryabova, 2003)

4.8 Aspecto fonológico: errores fonológicos

Típicamente los individuos con errores fonológicos en el lenguaje tienen relativamente bien preservado o incluso normal la comprensión auditiva, pero severamente alterada la repetición para palabras y oraciones. El discurso conversacional es fluente con palabras adecuadamente articuladas y generalmente con la gramática y la sintaxis preservadas, pero con algunos errores fonológicos. En tareas que requieren la reproducción de palabras específicas, la producción del discurso es básicamente caracterizada por errores frecuentes en la selección y en la secuenciación de fonemas y sílabas, las cuales pueden ser omitidas, sustituidas, creando las llamadas parafasias literales (Goodglass y Kaplan, 1972/1996).

Algunas características generales acerca de los errores fonológicos, en la afasia de conducción, han sido propuestas por Ardila y Rosselli en 1990.

1. Simplificación: fonemas tienden a ser reemplazados por otros más primarios, sonidos del lenguaje que son fácilmente producidos. Jakobson y Halle en 1956 notaron que los fonemas que se adquirirían en etapas tempranas de la vida, los que son fáciles de articular, tienden a reemplazar a los que se adquieren más tarde.
2. Cambios en el punto y modo de articulación: representan cerca del 90 % de las parafasias de la afasia de conducción.
3. Cambios de consonantes son máximos, en cambio los cambios de vocales son mínimos.
4. Simplificación articulatoria: las sustituciones de fonemas representan cerca del 70% de los errores parafásicos, omisiones de fonemas cerca del 25% y las adiciones de fonemas son infrecuentes. El tipo de errores y sus posibles mecanismos son los mismos en output verbal espontáneo y en la repetición; en la repetición, sin embargo, particularmente en los logatomos, la frecuencia es mayor. El paciente con afasia de conducción frecuentemente efectúa los ejercicios del lenguaje automático sin dificultades si se les ayuda con el comienzo. De igual manera, las palabras son frecuentemente mejor producidas si se cantan que el discurso conversacional. (Ardila y Rosselli, 1990)

4.9 La repetición y las parafasias fonémicas

¿Cuál es el mecanismo que produce la distorsión de las palabras?. En la hipótesis de Wernicke de 1874 (citado en Kölher et al., 1998) propone que durante la producción del discurso, las imágenes de los sonidos tienen una influencia en las imágenes motoras y tienen que ser corregidas permanentemente, esto es, controladas. En caso de destrucción del centro de las imágenes de los sonidos, o de la interrupción de la conexión entre este centro y el centro de las imágenes motoras, la falta de control causa errores en la producción, en el centro de las imágenes motoras.

Una explicación que surge después de las de Wernicke y Kleist, y más en la línea de Goldstein, fue dada por Hilpert en 1934, quien vió la causa de la parafasia fonémica en un “desorden en la base sucesiva asociativa de los fonemas por una pérdida de los complejos de asociación en el campo del lenguaje” (citado en Kölher et al., 1998, p.878). Desde su punto de vista, la producción de las parafasias fonémicas son el resultado de “la inhabilidad para activar los engramas quinestésicos motores del discurso de los estímulos ópticos o acústicos. La conexión que asocia lo quinestésico y las imágenes acústicas y ópticas de la memoria, están dañadas” (citado en Kölher et al., 1998, p.878). Todos los síntomas de la afasia de conducción incluyendo la dificultad en la búsqueda de palabras puede ser explicado como el resultado de el déficit asociativo de estos mecanismos. Hilpert también dirigió su atención hacia el posible rol de los déficits de memoria en la patogénesis de la afasia de conducción (Kölher et al., 1998).

4.10 Modelos de producción del discurso

Actualmente, los modelos cognitivos de la producción de palabras están basados en los errores observados durante la producción del discurso. Los errores producidos en personas sin daño incluyen errores semánticos, fonológicos o mixtos. La mejor diferencia entre los errores producidos por personas con afasia y los errores de las personas sin daño en el habla (además del incremento global de la tasa de errores en la producción) es frecuentemente que en las afasias se generan errores en las no palabras, las cuales son referidas como parafasias fonéticas o neologismos. Algunos de estos errores muestran una clara relación fonológica con la palabra objetivo.

Aunque algunos pacientes generalmente producen errores fonológicos o semánticos, hay casos en los que predomina un solo tipo de error. Pero en general el patrón de error de los afásicos es explicado con el modelo de las dos etapas que indica que los procesos semánticos y fonológicos pueden ser procesados independientemente. La primera etapa supone una entrada lexical (lema) que corresponde al concepto que se va a comunicar, seguido por el acceso de la forma fonológica de la palabra. El fenómeno “tenerlo en la punta de la lengua” sugiere que una persona puede conocer la palabra sin poder ser capaz de codificarla fonológicamente. Esto sugiere que los estados de lexicalización preceden al acceso fonológico. En la segunda etapa de la codificación fonológica se requiere la recuperación del conjunto de fonemas, ordenarlos en el orden correcto y especificar su acento tónico. (Feinberg y Fara, 2003)

En base en las investigaciones de Joanette en 1980 (Joanette y Brownell, 1990), encuentra que regularmente hay aproximaciones exitosas hacia la palabra objetivo en la afasia de conducción; él propone que subyace a este síndrome, un defectuoso monitoreo. Este defecto es el que será el responsable de la ejecución con abundantes parafasias fonémicas. Sin embargo en algunos pacientes no llegan a acercarse a la palabra objetivo. En algunos casos que son más afectados el output estará lo suficiente mente alterado como para producir fonemas que no están relacionados con el objetivo así como fonemas que si lo están (Franklin et al, 2002)

Los errores en la producción de palabras que están fonológicamente relacionadas con sus objetivos, son una característica común de la producción de palabras de los afásicos y son observados en algunos de los diferentes síndromes afásicos. En esta clase de errores, la información fonológica acerca de la palabra objetivo puede ser degradada o distorsionada en varias formas. Por ejemplo: pueden ser omitidas o remplazadas, o de otra manera, los fonemas pueden ser movidos o copiados en lugares incorrectos. Esta clase de errores parecen sugerir que la información fonológica recuperada del lexicon, que era inicialmente correcta, se vuelve desorganizada durante procesos subsecuentes. De hecho estos errores han sido usados como soporte para la teoría de que los errores fonológicos de los afásicos pueden ocurrir no solo durante el proceso de evocación léxico fonológico, si no también durante un subsecuente, proceso postlexical, cuya función es organizar la información fonológica en su secuencia correcta. Dificultades en la selección en el nivel post lexical, las

cuales han sido asociadas con las formas no tan severas de afasia de conducción, se han propuesto como la causa de muchos errores fonemáticos. Sin embargo muchas de estas explicaciones se han hecho sobre la base de poca evidencia empírica. (Wilshire, 2002)

Los errores fonológicos post lexicales en la producción pueden ser debido a dificultades en el nivel del fonema o en el nivel de la sílaba. En el modelo de Roelfs de 1997(citado en Franklin et al., 2002), todos los segmentos en una palabra tienen que ser correctamente activados para generar una sílaba específica. Ante palabras largas, más fonemas necesitan ser activados; una dificultad en activar los fonemas dará pobres resultados con palabras largas.

Levelt en 1999 (citado en Franklin et al., 2002), sugiere que hay niveles que pueden ser separados funcionalmente en representaciones léxico semánticas, representaciones semántico fonológicas y la codificación fonológica. En este modelo, la información es procesada de modo serial de tal manera que el output es alimentado en cada nivel del procesamiento y así pasa al siguiente. La frecuencia de uso de las palabras afecta el acceso a la forma fonológica de las palabras desde su forma semántica. Un déficit léxico fonológico deberá, por lo tanto ser más sensible a las palabras frecuentes y probablemente afectará la denominación, pero no la repetición, al menos en esos casos en los cuales la repetición puede ser preformada sub lexicalmente. Un déficit en la codificación fonológica no dará como resultado un efecto en las palabras frecuentes, pero en este caso todas las modalidades del output podrían ser afectadas (lectura, repetición y denominación). Los individuos con déficit en la codificación lexical o fonológica han sido reportados siendo las alteraciones principales, las palabras frecuentes, y el tamaño de la palabra para la codificación fonológica

4.11 Codificación fonológica

Un modelo de la producción verbal, basado en Levelt 1999, figura 3.(citado en Wilshire, 2002). Comienza en el punto de la evocación lexical. En este punto, segmentos de fonemas y la información métrica son procesados en paralelo. Los segmentos del fonema son entonces insertados en un marco y esta información es usada para formar sílabas. Si son

sílabas que ocurren con frecuencia, estas son recuperadas de un almacén de planes de sílabas en el caso de sílabas que ocurren con frecuencia.

Levelt y Wheeldon en 1994 y Levelt en 1999 (citado en Wilshire, 2002), sugirieron que las sílabas de alta frecuencia probablemente sean almacenadas como algo preprogramado en un silabario. Los programas motores de articulación para estas sílabas necesitarán solamente ser evocados. Para el resto de las sílabas el programa necesita ser elaborado en el acto. Si el silabario está intacto pero hay una dificultad en el ensamble del programa motor de la articulación, los errores ocurrirán con las sílabas de baja frecuencia. Debido a que la frecuencia de las sílabas es confundida con la longitud de las sílabas, sílabas con mayor número de fonemas tienden a tener baja frecuencia, esto dará como resultado mas errores con sílabas mas largas. Si hay una dificultad en el acceso al silabario o en la recuperación de este, las sílabas tendrán que ser ensambladas.

Miller y Ellis en 1987 (citado en Wilshire, 2002) proponen que, una posible explicación para la producción de errores fonológicos es el rápido deterioro de la representación fonológica durante el proceso de “ensamble fonológico”. Si este fuera el caso en la afasia de conducción de reproducción, esto explicaría la tendencia a cometer más errores en palabras más largas, y esto también sugeriría que los errores fonológicos podrían producirse mayormente hacia el final de las palabras. Sin embargo una carencia del efecto de posición puede ser encontrado cuando se presenta una mal selección para cada fonema al producirse mas errores en palabras con mas fonemas. (Franklin et al., 2002)

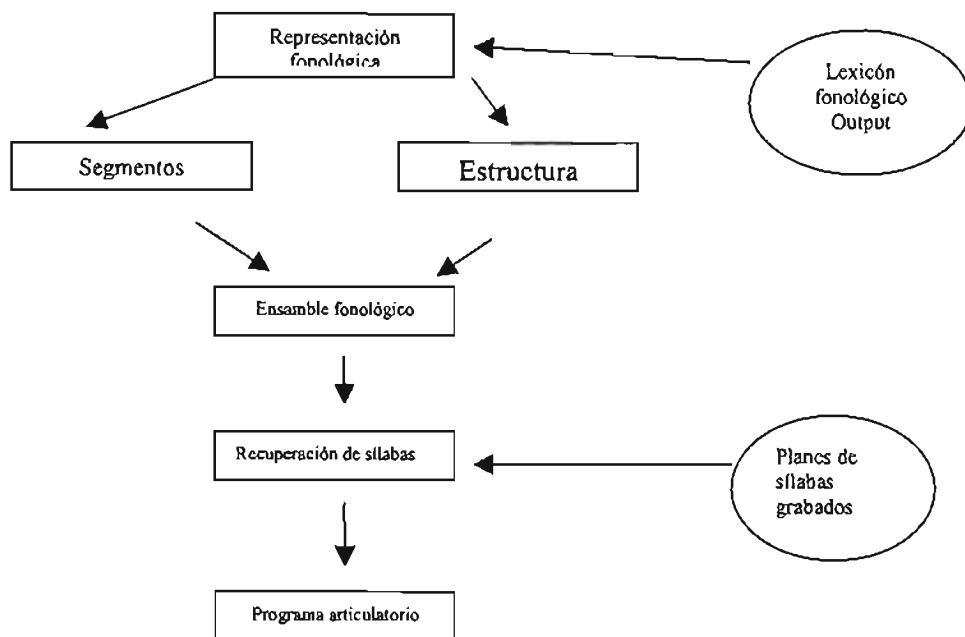


Figura 3. Modelo de codificación fonológica basado en Levelt et al. (1999)

5. TRATAMIENTO

5.1 Tratamiento del EVC

El interés del tratamiento acertado inmediato reside en que los beneficios son mayores cuando se inicia dentro de las primeras seis horas. Aunque una atención oportuna y adecuada puede disminuir en gran medida las secuelas, si la magnitud del daño es muy severa la rehabilitación tiende a ser limitada y hay pacientes que se verán limitados en la realización de las actividades de la vida cotidiana, como vestirse, bañarse o comer y como consecuencia serán menos autosuficientes.

La atención amerita varios días de internamiento y, según el caso, requiere de la participación de un grupo multidisciplinario de especialistas y semanas o meses de rehabilitación, lo que se traduce en incapacidad laboral y muchas veces se llega a la incapacidad permanente, con el consiguiente impacto en la economía familiar y una disminución de la calidad de vida del paciente, de ahí la importancia de conocer los avances más significativos en la materia.

Sin embargo, lo principal es que el EVC se puede prevenir y es ahí donde deben ir enfocados los esfuerzos y las estrategias actuales de capacitación del personal de salud que es de primer contacto con la población mediante el control de los factores de riesgo. (Rodríguez, 2004; Núñez, 2003)

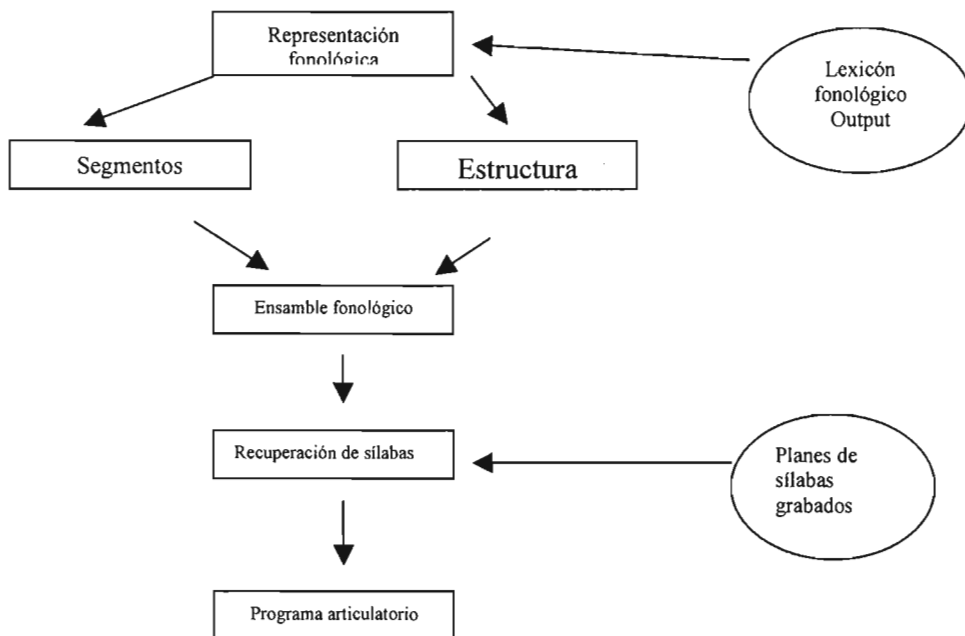


Figura 3. Modelo de codificación fonológica basado en Levelt et al. (1999)

5. TRATAMIENTO

5.1 Tratamiento del EVC

El interés del tratamiento acertado inmediato reside en que los beneficios son mayores cuando se inicia dentro de las primeras seis horas. Aunque una atención oportuna y adecuada puede disminuir en gran medida las secuelas, si la magnitud del daño es muy severa la rehabilitación tiende a ser limitada y hay pacientes que se verán limitados en la realización de las actividades de la vida cotidiana, como vestirse, bañarse o comer y como consecuencia serán menos autosuficientes.

La atención amerita varios días de internamiento y, según el caso, requiere de la participación de un grupo multidisciplinario de especialistas y semanas o meses de rehabilitación, lo que se traduce en incapacidad laboral y muchas veces se llega a la incapacidad permanente, con el consiguiente impacto en la economía familiar y una disminución de la calidad de vida del paciente, de ahí la importancia de conocer los avances más significativos en la materia.

Sin embargo, lo principal es que el EVC se puede prevenir y es ahí donde deben ir enfocados los esfuerzos y las estrategias actuales de capacitación del personal de salud que es de primer contacto con la población mediante el control de los factores de riesgo. (Rodríguez, 2004; Núñez, 2003)

En los últimos años, debido al estilo de vida sedentario y otras condiciones como la alimentación, han hecho que un evento cerebro vascular se de cada vez con más frecuencia y en personas cada vez más jóvenes quienes la presentan por primera ocasión. Una de las consecuencias más frecuentes de estos eventos es la afasia.

5.2 La neuropsicología y la enseñanza rehabilitadora

Como ha quedado claro después de los trabajos de Vigotsky y Anojin (citado en Tsvetkova, 1972/1985), cada función compleja es en realidad una complicada actividad como resultado de la cual, una u otra tarea puede ser resuelta con la ayuda de distintos recursos, y que se apoya en un complejo sistema funcional de sectores del cerebro que trabajan en conjunto; cada zona del cerebro, ante todo la corteza, se incorpora a este sistema funcional, y aporta algo propio a la realización de la actividad compleja.

La rehabilitación exige la sustitución del eslabón perdido por otro que haya quedado conservado y la reestructuración de todo el sistema funcional sobre bases nuevas.

Para la rehabilitación de una función alterada, el enfermo deberá someterse a una enseñanza sistemática y científicamente fundamentada. Sólo en estas condiciones, y como resultado de un trabajo pedagógico terapéutico activo y organizado, el sistema funcional alterado será reorganizado, y la función defectuosa rehabilitada. Es así que el proceso de rehabilitación contiene ciertas fases insustituibles. Ante todo ha de antecederle una evaluación del defecto del enfermo (alteración de base), de esta evaluación se obtiene el eslabón funcional que se alteró por la patología propia del enfermo; después se deberá seleccionar las vías conservadas con las que se ha de trabajar e indicar las vías que ha de seguir la reorganización del sistema funcional así como indicar los procedimientos con los cuales se llevará a cabo la reorganización de los procesos. (Peña y Paines, 1995; Tsvetkova, 1972/1985)

Las aportaciones de la escuela soviética, son de suma importancia en la elaboración del plan de rehabilitación. (O'Connor, 1967; Davidov y Shuare, 1987). En cuanto a consideraciones generales esta propone:

- La reintegración del paciente a sus sistemas de actividad, lo más que se pueda a lo que hacía antes de quedar afásico.

- Participación de la familia en la rehabilitación.
- Asesoría psicológica a la familia y los cuidadores

En cuanto la metodología, también se proponen algunas consideraciones de suma importancia que deben de tenerse en cuenta durante la elaboración y ejecución del plan de rehabilitación. Generalmente los ejercicios deben estar planeados de tal forma que no causen frustración o que hagan sentir al paciente inútil, por lo cual, siempre se debe de trabajar:

- desde lo simple a lo complejo
- de lo concreto a lo abstracto
- de lo involuntario a lo voluntario
- de lo externo a lo interno
- de lo individual a lo general
- Cuidar que la complejidad del material con el que se trabaja sea la adecuada y que le sea útil para sus actividades cotidianas.
- De preferencia el material usado debe tener algún tinte emocional con el fin de que motive al paciente a trabajar con él.

6. MÉTODO

6.1 Objetivos

6.1.1 Objetivo General

Plantear, diseñar e implementar un plan de rehabilitación, desde el diagnóstico clínico neuropsicológico, para la persona que presenta como defecto central, alteraciones del acto articulatorio a consecuencia de la desorganización cinestésica de los actos motores, es decir, un trastorno de los movimientos articulatorios finos que hace sentir la incapacidad para encontrar las posiciones necesarias de la lengua y los labios para la pronunciación de la palabra que es preciso utilizar.

Mostrar como se puede mejorar el funcionamiento de las funciones cerebrales superiores a partir de un detallado diagnóstico clínico y utilizando como estrategias, la utilización de las funciones que no se han visto alteradas y que pueden compensar el factor alterado, mediante un programa de rehabilitación según las necesidades particulares del paciente.

- Participación de la familia en la rehabilitación.
- Asesoría psicológica a la familia y los cuidadores

En cuanto la metodología, también se proponen algunas consideraciones de suma importancia que deben de tenerse en cuenta durante la elaboración y ejecución del plan de rehabilitación. Generalmente los ejercicios deben estar planeados de tal forma que no causen frustración o que hagan sentir al paciente inútil, por lo cual, siempre se debe de trabajar:

- desde lo simple a lo complejo
- de lo concreto a lo abstracto
- de lo involuntario a lo voluntario
- de lo externo a lo interno
- de lo individual a lo general
- Cuidar que la complejidad del material con el que se trabaja sea la adecuada y que le sea útil para sus actividades cotidianas.
- De preferencia el material usado debe tener algún tinte emocional con el fin de que motive al paciente a trabajar con él.

6. MÉTODO

6.1 Objetivos

6.1.1 Objetivo General

Plantear, diseñar e implementar un plan de rehabilitación, desde el diagnóstico clínico neuropsicológico, para la persona que presenta como defecto central, alteraciones del acto articulario a consecuencia de la desorganización cinestésica de los actos motores, es decir, un trastorno de los movimientos articularios finos que hace sentir la incapacidad para encontrar las posiciones necesarias de la lengua y los labios para la pronunciación de la palabra que es preciso utilizar.

Mostrar como se puede mejorar el funcionamiento de las funciones cerebrales superiores a partir de un detallado diagnóstico clínico y utilizando como estrategias, la utilización de las funciones que no se han visto alteradas y que pueden compensar el factor alterado, mediante un programa de rehabilitación según las necesidades particulares del paciente.

6.1.2 Objetivos particulares

- *Reorganizar la actividad articulatoria consciente a partir del análisis de los elementos gráficos (visual) y sonoros (auditivos) de la palabra. Utilizar los factores indemnes, como los analizadores (auditivo, visual), las cinestésias, desde la mano, y las formas ya consolidadas de actividad verbal, con apoyo en el aspecto semántico del lenguaje.*
- *Restitución de la pronunciación precisa de los distintos articulemas y de palabras completas para la correcta pronunciación de la palabra.*
- *Con los ejercicios se pretende favorecer el aspecto expresivo del lenguaje para que la enferma pueda utilizarlo lo mejor posible en sus actividades diarias.*
- *Se pretende que la enferma se adueñe de una metodología basada en ejercicios a manera de juegos, que posteriormente se conviertan en estrategias confiables que le permitan superar o compensar el defecto.*
- *Mejorar la independencia de la paciente y su reintegración a sus actividades cotidianas y laborales.*

6.2 Sujeto:

MIIL es una mujer de 41 años, diestra, originaria y residente del D.F., con 15 años de escolaridad, trabajó 25 años como maestra a nivel primaria, de clase socioeconómica media, con preferencia manual diestra.

El mes de enero de 2003, el médico familiar le detecto Hipertensión Arterial Sistémica, de la cuál no se atendió.(sic. paciente)

El día 20 de mayo de 2003, presentó dolor de cabeza, intenso, bifrontal e incapacitante, además de confusión y desorientación. El esposo de la señora comenta que la señora perdía el equilibrio al caminar y que constantemente repetía las mismas palabras (“papá e hija”), se quejaba de dolor en el brazo derecho y no entendía lo que se le decía (sic. Esposo).

Se internó en el Hospital de Tacuba el día 28 de mayo 2003, donde se le realizó tomografía de cráneo, de la cual se reportó: “infarto isquémico por infarto en territorio de la arteria cerebral media izquierda” (sic. expediente). Durante la semana que estuvo hospitalizada, “presentó periodos de desorientación y confusión” (sic. Expediente). En cuanto a su lenguaje, comenzó por emitir pocas palabras y fue incrementando la cantidad de estas.

Posteriormente se le envió al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (CMN) para hacerle un estudio por Evento Vascular Cerebral (EVC) en joven. El 25 de junio 2003, mismo día que se ingresó, se reporta: “despierta, alerta, cooperadora, obedeciendo órdenes sencillas ,con disartria, anomia, afasia mixta e incapacidad para reconocer letras y leer” (sic. expediente). Se concluyó que la señora había presentado un “evento cerebro vascular isquémico hipertensivo”, y se le dio de alta el 3 de julio de 2003 con el diagnóstico de: “infarto cerebral debido a embolia de arterias cerebrales”.

La TAC (28/05/03) demostró una “imagen hipodensa en región temporo-parietal del lado izquierdo en territorio de la arteria cerebral media izquierda con evento isquémico”. (sic. expediente), y el EEG (28/05/03) se mostró “sin alteraciones” (sic. expediente).

Durante el periodo de internamiento en el CMN 20 de noviembre, se realizó una entrevista diagnóstica por parte de neuropsicología (28 de junio de 2003). Debido al estado agudo en que se encontró a la paciente, se realizó la descripción clínica del cuadro. En esta ocasión se observó una disminución en la comprensión, limitándose esta a órdenes simples y cortas de manera verbal que mejoraba cuando se le proporcionaban de manera impresa. En cuanto al lenguaje, conservaba la intención comunicativa, no era fluente, con intentos para emitir palabras, pero sin éxito; en vez de estas, solo emitía monosílabos (pa, ma, da.) siendo consciente de que eran incorrectos para la idea a transmitir. Daba la impresión de comprender algunas de las preguntas, las cuales, solo podía contestar de manera afirmativa o negativa. La repetición de letras, sílabas o frases no le eran posibles así como en la tareas de denominación en donde aparentemente conocía las imágenes pero le era imposible nombrarlas. La escritura también se encontraba alterada y solo conservaba las expresiones de carácter mas automatizado (su nombre, mamá, casa).

A la entrevista en la consulta externa el 6 noviembre 2003, el estado de la paciente evolucionó. Se le observó una actitud cooperadora, alerta, y tanto el lenguaje como la comprensión había mejorado notablemente. El lenguaje se observó, más fluente con mayor número de palabras y más contenido informativo en lo que quería expresar, mayor vocabulario y la comprensión mejoró al grado de poder establecer un dialogo con la paciente. Sin embargo seguían siendo evidentes las alteraciones en el lenguaje expresivo,

en el cuál se apreciaban constantes parafasias literales y en menor cantidad semánticas y anomias. En general, la paciente conoce la palabra que quiere emitir pero en vez de esto produce parafasias literales. La producción de la palabra, no mejora si se le proporciona papel y lápiz, mas si se le presentan opciones de la palabra objetivo puede identificar la palabra deseada. No se observó la presencia de problemas motores o posturales evidentes.

A decir de su esposo, la señora MIIL no había presentado problemas de salud de importancia.

La Señora María reside con su esposo y 4 hijas, quienes desde que su mamá enfermó, cooperan con ella en las labores del hogar y tratan de ayudarla con ejercicios de los libros de la escuela, como pequeñas lecturas, realización de operaciones básicas, copiar letras y nombrar los dibujos. Ella misma practica tratando de nombrar objetos habituales de su casa. Antes del EVC, la señora MIIL era una mujer dedicada a su trabajo y a la familia. Después del internamiento, quiso que le adivinaran lo que quería decir y no se esforzaba por comunicarse, a lo que prefería quedarse callada (sic. esposo). Actualmente se dedica a las tareas del hogar y a sus hijas , pero espera regresar a su trabajo de maestra. Se describe alegre y trabajadora, le gusta mucho dar clases y estar con sus hijas.

La señora comenta que le desespera no poder hablar por que en ocasiones no puede darse a entender en sus actividades habituales *“no puedo decir lo que quiero de la tienda o responder a la gente que me pregunta cosas”* (sic. paciente).

En el ambiente hospitalario se observa que el esposo y las hijas de MIIL son afectuosos con ella, cooperan con ella y se preocupan por su salud.

Durante la evaluación no se observó tristeza ni fluctuaciones en el estado de ánimo. Se muestra respetuosa de las normas sociales, amable en su conversación y su trato.

6.3 Materiales

- Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica, Test Barcelona, en su versión abreviada (J. Peña -Cassanova, 1990). También se utilizaron algunos subtest verbales de la versión completa con el fin de explorar el lenguaje. Batería neuropsicológica que esta conformada por 26 subtest que evalúan las funciones cerebrales superiores específicamente los procesos de atención, memoria, lenguaje, praxias, gnosias,

pensamiento, cálculo, funciones visuoespaciales y funciones ejecutivas. Esta versión fue estandarizada para población mexicana, de acuerdo a edad y escolaridad (Villa,1999). (Anexo 1)

- Test de Boston para el diagnóstico de la afasia (Goodglass y Kaplan, 1983) Adaptación española (García, Sánchez, 1996). El objetivo de esta prueba es obtener una muestra detallada de todas las variables del rendimiento del lenguaje que han demostrado ser útiles en la identificación de los síndromes afásicos. El examen explora explícitamente el habla seriada, la repetición, la producción de palabras y la comprensión de palabras en categorías semánticas específicas, tales como objetos, acciones, partes del cuerpo, colores, letras y números. También cuenta con escalas que orientan al examinador respecto a aquellas características del lenguaje que no pueden reducirse fácilmente a términos de correcto - incorrecto, pero que son de crucial importancia para el diagnóstico. Entre estas características se encuentran la entonación, la fluidez, la anomia, la organización sintáctica y las diversas formas de parafasia. (Anexo 2)
- Token Test (Renzi y Faglioni, 1978) Valora la comprensión verbal, la memoria inmediata para secuencias verbales, la capacidad para el uso de la sintaxis y detecta perturbaciones sutiles del lenguaje receptivo. Está formada por órdenes cortas que pueden ser fácilmente memorizadas, la puntuación de la prueba se lleva a cabo mediante el conteo de error. Se anota un error por cada palabra no comprendida: forma color, tamaño, verbo o preposición, el total de errores cometidos corresponde a la calificación final. Consta de varias categorías de estímulos: dos figuras geométricas (círculos y cuadrados), dos tamaños (grande y pequeño) y cinco colores (rojo, blanco, amarillo, azul y verde). (Anexo 3)

6.4 Procedimiento

Posteriormente de que el servicio de Neurología refirió el caso a Neuropsicología, se inició la evaluación neuropsicológica con la realización de una prueba “de rastreo”, con el fin de evaluar las funciones cerebrales superiores de forma global y posteriormente, hacer un análisis más detallado de las funciones alteradas mediante pruebas específicas. Esto cumplía dos funciones, por un lado, precisar el diagnóstico y por el otro, hacer una exploración detallada que tuviera como fin, establecer los procesos que se habían alterado

por la lesión y cuáles se habían conservado, los cuales, posteriormente, servirían como apoyo en el plan de rehabilitación. Primeramente, se realizaron dos sesiones donde se aplicó el Test Barcelona en su versión abreviada (27/nov y 11/dic/2003) y los subtest verbales de la versión completa en dos sesiones más (15 y 22 de enero 2004). En esta primera etapa se evidenciaron problemas de lenguaje, de comprensión y de memoria verbal de corto plazo.

En un segundo momento, la evaluación se dividió en dos partes. En la primera parte se incluyeron pruebas específicas para tener claras las limitaciones en la comprensión, las dificultades con la memoria verbal a corto plazo y la integridad del oído fonemático (29 enero 2004) ; en la segunda parte, se pretendió dar un diagnóstico más específico del tipo de afasia, basado en la evaluación de la fluencia, la comprensión, la repetición, la denominación, la escritura y la lectura, para lo cual se decidió utilizar el Test de Boston para la evaluación de la afasia (5 y 12 feb 2004). Una vez que se tuvo claro los defectos en el lenguaje, las limitaciones de comprensión y de memoria verbal de corto plazo, y descartados los problemas de oído fonemático, se dio paso al plan de rehabilitación (19 feb 2004).

7. RESULTADOS

Como hallazgos principales de la evaluación de la señora MIIL tenemos la existencia de un cuadro en cual la percepción de los sonidos del habla estaba intacta. La comprensión de palabras aisladas y oraciones simples, era posible, pero se encontraba afectada la de las relaciones lógico-gramaticales necesaria para oraciones mas complejas y largas.

Su lenguaje espontáneo estaba mayormente conservado, sus entonaciones conservaban su carácter expresivo y sintáctico. El lenguaje espontáneo era comprensible y en ocasiones se observaba interrumpido mayormente por parafasias literales (“*ribo, ribro, libro*”) y en menor cantidad, parafasias semánticas (“*no estaban mis herman...mis niñas*”) y anonomias (“*con la otra...,una muchacha de ahí*”). Generalmente, las parafasias literales son una aproximación a la palabra que deseaba decir (“*que isa, que isa , que hice yo*”) siendo consciente de estos errores y tendiendo a corregirlos.

por la lesión y cuáles se habían conservado, los cuales, posteriormente, servirían como apoyo en el plan de rehabilitación. Primeramente, se realizaron dos sesiones donde se aplicó el Test Barcelona en su versión abreviada (27/nov y 11/dic/2003) y los subtest verbales de la versión completa en dos sesiones más (15 y 22 de enero 2004). En esta primera etapa se evidenciaron problemas de lenguaje, de comprensión y de memoria verbal de corto plazo.

En un segundo momento, la evaluación se dividió en dos partes. En la primera parte se incluyeron pruebas específicas para tener claras las limitaciones en la comprensión, las dificultades con la memoria verbal a corto plazo y la integridad del oído fonemático (29 enero 2004) ; en la segunda parte, se pretendió dar un diagnóstico más específico del tipo de afasia, basado en la evaluación de la fluencia, la comprensión, la repetición, la denominación, la escritura y la lectura, para lo cual se decidió utilizar el Test de Boston para la evaluación de la afasia (5 y 12 feb 2004). Una vez que se tuvo claro los defectos en el lenguaje, las limitaciones de comprensión y de memoria verbal de corto plazo, y descartados los problemas de oído fonemático, se dio paso al plan de rehabilitación (19 feb 2004).

7. RESULTADOS

Como hallazgos principales de la evaluación de la señora MIIL tenemos la existencia de un cuadro en cual la percepción de los sonidos del habla estaba intacta. La comprensión de palabras aisladas y oraciones simples, era posible, pero se encontraba afectada la de las relaciones lógico-gramaticales necesaria para oraciones mas complejas y largas.

Su lenguaje espontáneo estaba mayormente conservado, sus entonaciones conservaban su carácter expresivo y sintáctico. El lenguaje espontáneo era comprensible y en ocasiones se observaba interrumpido mayormente por parafasias literales (“*ribo, ribro, libro*”) y en menor cantidad, parafasias semánticas (“*no estaban mis herman...mis niñas*”) y anomasias (“*con la otra...,una muchacha de ahí*”). Generalmente, las parafasias literales son una aproximación a la palabra que deseaba decir (“*que isa, que isa , que hice yo*”) siendo consciente de estos errores y tendiendo a corregirlos.

En cuanto al lenguaje automático, en específico, la producción de series, se dificultaba ya que, como estrategia, buscaba iniciar la serie completa y no conseguía emitir la palabra que deseaba (“*lunes, martes, mier... ¡No!, lunes... ¡No!*”).

En la producción de series inversas de palabras no conseguía invertir el orden de la serie (“*domingo, sábado, lun..., jueves, sábado, domingo... ¡No!*”) y tendía a regresar a la serie original.

La denominación de objetos comunes se encontraba alterada, ya que, a pesar de conocer la imagen presentada, tendía a producir parafasias fonéticas (conducta de acercamiento), semántica (*barco: “un cab..., un baco, blanco, carro, banco, balco, ¡barco!”*). La ejecución no mejoraba si se le proporcionan ayudas fonémicas o contextuales.

En cuanto a la repetición, ésta se encontraba severamente alterada observándose una incapacidad para repetir sonidos aislados, sílabas y palabras.. La repetición de sílabas y de logatomos se encontraba con serias dificultades tendiendo a cambiarlas por las semejantes en su modo de articulación o por sílabas o palabras de alta frecuencia. La paciente era conciente de su defecto pero incluso los intentos activos de hallar el articulema necesario, no surtían efecto. En la repetición de palabras se observaron parafasias fonéticas ó conducta de acercamiento (*botella: “bacalla, botalla, ¡botella!”*). Presentaba similares dificultades en la repetición de frases observándose que la paciente no podía encontrar la palabra exacta y por consecuencia, no era capaz de producir las palabras constituyentes de estas.

En todas estas actividades se observó que M IIL conocía la palabra objetivo y efectuaba constantes intentos de autocorrección.

La lectura en voz alta estaba alterada para palabras y oraciones. Se observaron dificultades para el deletreo (consecuencia de la dificultad en la selección de la letra correcta a pronunciar). En ocasiones no podía decir la letra pero emitía una palabra que comienza con esa letra (alexia fonológica). Presenta paralexias literales (“*esbaciltes si eron robaran...*” sic. paciente).

En la lectura de números se observaron parafasias semánticas.

En cuanto a la lectura en silencio se encontraba conservada ya que comprendía el material leído y solo cometía errores ocasionales.

Al igual que en el lenguaje y la lectura, la escritura espontánea se encontró alterada debido a dificultades en encontrar la letra que desea escribir (paragrafias fonéticas, semánticas) “*cuchara:cachala*” .

Solo se encontraron conservadas las expresiones de carácter más automático y la escritura a la copia.

Existe una profunda afectación de la capacidad matemática; solo realizaba las operaciones elementales; tenía dificultades considerables en “llevar” un número de la columna de las unidades a la de las decenas.

Se encontraron dificultades en la memoria verbal de corto plazo, en cuanto a que el volumen de esta se encontró disminuido. Esto provoca que partes de una oración larga ya no sean registradas y sean omitidas y por lo tanto que alteren la comprensión verbal de ordenes complejas y/o de amplio volumen.

Parece que mientras más elementos contenga la frase, omite parte del mensaje o lo confunde. Es decir, cuando aumenta el tamaño de la frase y su complejidad, se distorsiona parte de la información, tendiendo a quedar solo una parte de la información.

Los resultados de la evaluación neuropsicológica pusieron de manifiesto alteraciones en el lenguaje consistentes en una dificultad para la emisión de los sonidos pero por su base cinestésica, es decir, por el lugar y modo de articulación. Al intentar la palabra, intenta pronunciarla, pero el trastorno de las cinestésias verbales no le da la posibilidad de repetir correctamente lo que ha oído y por ello, en su propia habla, unos sonidos se sustituyen por otros cercanos por su articulación. (Luria,1980; Tsvetkova, 1972/1985) Estas dificultades son observadas en tareas como la repetición, denominación; y eran menos evidentes en el lenguaje espontáneo, en el que la estructura sintagmática de la expresión estaba mayormente conservada y las posibilidades de intercambio de unas palabras por otras era grande. Estos hallazgos dan como resultado la característica llamada “conducta de acercamiento” que se ha descrito como componente fundamental de la afasia de conducción.

A estas dificultades se añade una alteración de la memoria verbal de corto plazo que produce que la comprensión de estructuras verbales que son largas y/o complejas no sea la adecuada, registrándose solo una parte de las mismas.

8. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Se eligió un programa basado en las observaciones hechas por Tsvetkova (1972/1985), Peña (1988) y Peña y Paines (1995), acerca de la rehabilitación del lenguaje. La rehabilitación del lenguaje vista por estos dos autores, consiste en aprovechar los eslabones conservados de una función para reestablecer otra que ha sido afectada.

Partiendo desde los cuatro aspectos esenciales de la evaluación de la afasia como, comprensión, repetición, denominación y discurso conversacional o narrativo; la rehabilitación tomó como línea base los hallazgos obtenidos en la primera evaluación; en específico los aspectos de: denominación, repetición de sílabas, repetición de pares de sílabas, repetición de logatomos, repetición de palabras, lenguaje descriptivo y lenguaje conversacional. Se analizaron los datos cualitativamente y se registró el número y el tipo de errores cometidos por la paciente durante dos evaluaciones posteriores. Aunque las tareas que se solicitaron en las evaluaciones fueron las mismas, algunos reactivos se cambiaron con el fin de evitar que la señora aprendiera las palabras e influyera en los resultados de las pruebas.

La rehabilitación comenzó cinco meses después del evento (noviembre 2003) y se prolongó durante ocho meses (julio 2004), en sesiones de una vez por semana con una duración de 50 minutos aproximadamente.

La tarea inicial del plan de rehabilitación comenzó con el diseño y selección de los ejercicios teniendo en claro el alcance de cada uno de ellos.

El plan de rehabilitación se realizó con ejercicios a manera de juego en los cuales se ejercitaba un determinado aspecto de la función alterada, apoyándose en eslabones o funciones conservadas; y sobre estos logros se comenzaba la etapa siguiente. En este proceso lo importante, no era que el enfermo aprendiera los ejercicios, sino que se adueñara del método con el cual pudiera compensar el defecto adquirido.

Como los componentes acústico del lenguaje, y el visual eran los más conservados se pudieron utilizar como base de la rehabilitación de la actividad verbal. Es decir, los

ejercicios se basaron en la comprensión del lenguaje, la conservación de la identificación de los sonidos percibidos y del significado de palabras aisladas. Estos estímulos fueron combinados con material de tipo visual; en específico láminas de letras o láminas temáticas.

El programa se dividió en cinco etapas y en cada una de estas, se fue ejercitando un cierto aspecto del lenguaje; partiendo desde el lenguaje automático, pasando por el lenguaje pasivo, el lenguaje activo, hasta el análisis acústico de palabras que permitirán ir construyendo las frases.

Para iniciar las primeras sesiones, se eligieron temas que le eran familiares a la paciente, de contenido emocional, con la finalidad de comenzar trabajando con el lenguaje automatizado y desinhibir el lenguaje de rutina mediante material que le fuera significativo.

La tarea principal de las primeras dos etapas, fue la rehabilitación de la pronunciación de palabras aisladas en su totalidad, teniendo cuidado de no intentar, en este momento, la pronunciación de sonidos aislados. De esta manera, en la primera etapa, la paciente debía escuchar con atención lo que se le decía a cerca de la palabra sobre la que se trabajaba; posteriormente se le solicitaba encontrar una lámina que le correspondía y en un segundo momento se le pedía encontrar algunos otros objetos que, en su opinión, podrían ser incluidos en un mismo grupo de la palabra que se le había mencionado. Posteriormente se le solicitaba nombrar cualquier atributo o cualidad del objeto mencionado anteriormente.

Aunque los ejercicios y la forma de las sesiones variaban, el objetivo principal de las sesiones fue la pronunciación de la palabra en su totalidad partiendo desde la estimulación de la imagen auditiva o mediante el apoyo en sus vínculos semánticos y conceptuales intactos, “y la movilización de las huellas verbomotoras conservadas” (Tsvetkova, 1972/1985 p.56) evitando que se le prestara atención al aspecto de la pronunciación de la misma.

Al efectuar estos ejercicios, sus labios se movían, dando la impresión de que podría pronunciar correctamente la palabra, y solo al cabo de varias repeticiones y ayudas proporcionadas, se le solicitaba a la señora la pronunciación de dicha palabra en voz alta y se trabajaba en su perfeccionamiento.

En la segunda etapa se buscó crear las condiciones para que la paciente pudiera pronunciar la palabra pero esta vez sin ayudas; es decir los ejercicios buscaban reforzar la activación verbal de búsqueda de la paciente.

En la tercera etapa el objetivo principal fue restablecer la actitud consciente hacia la palabra a pronunciar y hacia su estructura rítmico melódica. De esta manera, una vez que la palabra era correctamente pronunciada, se reforzaba mediante el análisis de los elementos rítmicos y la composición sonoliteral de la palabra. Los ejercicios como el canto y el golpeteo rítmico, facilitaban hacer un análisis de la estructura de la palabra.

Ya que la paciente era capaz de analizar las palabras a pronunciar, en la cuarta etapa, se trabajaba el perfeccionamiento de los sonidos sueltos que componían la palabra mediante imitación de poses articulatorias en el espejo. Una vez que la repetición se hacía posible y que la paciente podía pronunciar palabras que no se le enseñaban, comenzó la quinta etapa en la cual se buscaba ir integrando frases cortas como respuesta a una pregunta específica de una lámina y que poco a poco estas frases aumentaran en volumen y en complejidad.

8.1 Análisis de datos

De acuerdo con los resultados obtenidos, durante el proceso de rehabilitación la señora MIIL fue mejorando su desempeño. Al iniciar la rehabilitación se presentaron dificultades, mayormente en las tareas de denominación, repetición y el lenguaje espontáneo. En las sesiones de rehabilitación se le proporcionó la habilidad de descomponer la palabra que quería decir en sílabas primeramente ayudada por estímulos visuales y después por sí misma. De esta manera la paciente era capaz de disminuir notablemente sus errores haciendo consciente la pronunciación de la palabra. En la repetición de logatomos o pares de sílabas presentó mayor número de errores en comparación de las tareas de repetición y denominación. Los errores más frecuentes en esta tarea se presentan en forma de parafasias semánticas las cuales le eran difíciles de corregir.

RESULTADOS DE ANÁLISIS DEL DISCURSO

Lenguaje conversacional antes de la intervención.

A veces estoy bien y a veces no. Bueno, ayer que se fueron, con mi esposo por que se fue para para el dinero, mis niñas se fueron a la escuela , me quede con Fátima y estábamos viendo la tele y hablé por teléfono con mi herman...no, mi prima y mi tía y ya un ratito estaba bien y pas pas pas estaba bien y ya después otra vez y ¿ahora qué hago? salí con la otra, con una muchacha de ahí, salí y también que..quise, quis...que hice yo. Estaba, iban a hacer de comer le digo hoy no voy a hacer de comer por que no van a estar mis herman...mis niñas, por que no vam... no podemos para comer, voy a esperar a las niñas para ir a ...para salir, dice sino yo quiero...yo te doy para que te traigan a comer , digo la comida, le digo no ahorita vienen las niñas y ellas traen.

Y ya regrese y me quede así toda mensa y dije ya se me subió por que supuestamente digo ay ya se me subió la pastilla ya me la tome y mis niñas regresamos ...ellas ,les dije me siento toda mensa me duele la cabeza y ya este les digo pues vamos a comer tortilla con jamón y con car, cach, cay, ques...queso y ya vino la otra señora con estoma estum.. mmm, bueno estábamos las dos este yo no, ay, bueno me estaba dando sus cosas y ya mas o menos también yo. y ya en la tarde le hable a mi papá y también le dije y a mi otra tía y también me dijo ve al doctor y dile que de, que te de...que ya te, que te cambie otro por que se te sube mucho le digo si le voy a decir por que ya me dijo que me tome dos y luego una una y me pongo otra y luego otra y otra y ya no se ni cuantas me tengo que tomar, me dice no ve a ver que te dice, le digo si, y ya regresó mi esposo, llegó tarde, y ya nos dormimos.

Lenguaje conversacional durante la intervención.

La escuela. Bueno no he ido, y ya se me va a terminar mi papel, entonces ya para estas, las prosimas...próximas, por que ya se me terminó mi papel, ya voy a la escuela. Según ya se me termina estas y luego las prosimas, próximas y voy a salir yo ¿en mayo?, no ¿verdad?, en octubre, no me acuerdo que día. “¿qué se termina?” lo de la escuela. “¿y tiene que entrar a trabajar?” si . “¿y que piensa de volver a la escuela?” Me da muchos norvios...nervios, por que como no voy sola y eso, no se que voy a hacer, y como es temprano, y luego ir a la escuela, y luego regresar, luego Fatima, no se que voy a hacer con Fatima. “¿no va al Kinder?” no ahorita no, o la vamos a llevar, no se. Voy a ver si mi esposo se la lleva en la casa o conmigo, no se. “¿y ya habló con el director?” Si, me van a dar otro papel mientras voy a estar nada mas ahí con el en la escuela. “¿en la dirección?” haciendo otra cosa.

Lenguaje conversacional después de la intervención.

Estaba en la normal en cuarto, ya casi para terminar y tenía una amiga, que ya no veo; y éramos 4 amigas y de hombre solo él. Pero era solo amiga de él, me lo vió...me lo presentó y ya. Después fuimos a una fiesta y éramos los 5. Ella según era su novia para ya después , supuestamente le gustaba yo mas que ella, y le dije que no, que era su amiga. Y bueno ya después me dio una rosa y me dijo que fuera su novia pero le dije que se iba a enojar y supuestamente no se enoja y después cada quien con su lado y así hasta que me casé pero primero me fui con mis suegros antes de que me casara.

Evaluación del lenguaje descriptivo

Descripción de una lámina antes de la intervención.

La señora esta limp...está, está niña...la señora está tomando un libro, está con el gato y un ratón, donde se calló la ...la...la tele...donde se calló el gato, pero se le callo la ...

El señor se cay...o está por la pelot, por pelot...un señor esta por otro lado, está viendo y está una much...una niña, hacia arriba con una bat, silla, un bac..., un ...está una niña buscando un ...una...un ribro, un rib...un ribro, lo está buscando para por que está arriba, para que se suba...bac...un banco. Está una... que es un ro...un rojas...un ropas...de bolas ¡de bolas!, masa, la masa, la casa, un carro, un cuarro, un cuadro.

Descripción de la lámina durante la intervención.

Una señora está con un libro en su sal..en su sala. Hay un florero, un cuadro, un gato, un ratón, un bar...banco, una niña con libros, un señor con la ventana. “¿y qué más?” esta , bueno esto para la luz. La niña está arriba en un banco, el señor está viendo para afuera. En la mesa tiene un florero con flores. La señora está leyendo un libro en el sillón. El gato está corriendo al ratón. Me falta esta (la lámpara, utiliza el método) lam-pa-ra.

Descripción de la lámina después de la intervención.

Una plaza, es grande, con mucha gente y hay una fiesta. Hay una campana que esta tocando un señor y una... ban-de-ra.. ¡Ah! Es la fiesta de la ...fiesta, ¿cómo se llama?, la bueno donde un señor toca la campana y saca la bandera en la plaza. Hay niños y niñas jugando y otros con sus papas. Unos tocando en el ... Unos niños juegan en los juegos, en la rueda en los aviones. Un muchacho trae un globo.

Una escuela, es grande, con muchos salones y de muchos pisos, unas escaleras, una ca... hay una campana para los ...¡hay! recreos. Hay muchos niños y niñas que estan jugando. Unos juegan con una pelota y las niñas con una cuerda. Un muchacho trae un globo.

Narración temática antes de la intervención

Un bag, un bag, ay , un “¿mercado?” ...donde voy a comprar...el pollo carne la fri, la fri, la frima, “¿la fruta?” aja, la, el estar con el to...no...el... la fri...el agua.

¿Cuántos tipos de mercados conoce? Muchos tipos, carne, el agu..., el, la leche, la para la ror, tor, carn, tort...para la comita, comita, las...mmm

¿qué tipo de gente va? Las señoras de los señores los que compren ahí también la to, la toni, la tonid, la comida , la señora que compremos los dulces, la comida, ...muchas.

¿por qué son importantes? Para comprarles su comida, para darles su comida y comprar lo que traigo para llevarles a mis niñas.

Narración temática después de la intervención.

“¿cómo es la escuela donde trabaja?” es grande, tiene 16 grupos, es un poquito grande. *“¿cuántos alumnos?”* como 27 o 28. *“¿cuántos maestros hay?”* bueno entre los de acá, bueno por ejemplo yo que no voy a tener grupo somos como 27, somos muchos. *“¿es un maestro por grupo?”* si y un responsable, y por ejemplo cuando no van, por ejemplo yo voy ahí con ellos. Voy a los grupos con los niños a ver qué hacer.

Palabras usadas para evaluación : Denominación

Primera evaluación	Segunda evaluación	Tercera evaluación
Vaca: Sepiente: bua, boa Barco: un cab...un baco...blanco...carro...banco...baco... balco...barco Cuchara: cuchan...cuchan...chu...cu...una ca...cucha... Bicicleta: una b...una...paravueltas...corren. Cama: cama Tienda de campaña: casa de comi...casa de car...camilla...camalla Avión : para que vuele Botella: ay...para tomar Televisor: un tviolin Payaso: para que rie...paya..caba Caballo Camión: carrón...un carro grande Grúa : una gúa.	Tijeras, cuchara, camión, reloj, lápiz, salero, coche, vaca, peine, caballo, mariposa, zapato, martillo, teléfono, pala, pescado, avión, escoba, bicicleta, pato, llave, camión, cerillo, gallo, pico, gancho, sombrero, camisa. (todas elaboradas exitosamente) Serrucho: reucho, perrucho, cerrillo Cenicero: cere, ceri, cerilero Vela: mela, la...la, la vela. Cigarro: un ci..., cerillo Cuchillo: cochicho, cochillo, cochicho, cochilo Cubeta: Pañuelo: comin...!no! Recogedor: re...un re...rele, recocador Tenedor: re..., reco,...un... Moneda: more, mode, modera Pinzas: pinchas, pinzas Ladrillo: dereye, Larios, la...!no!	Vaca: vaca Serpiente: serpiente Barco: barco Cuchara: cuchara Bicicleta: bicicleta. Cama: cama Tienda de campaña: casa de campaña Avión : avión Botella: botella Televisor: televisor Payaso: payaso Caballo: caballo Camión: camión Grúa : una grúa.

Palabras usadas para evaluación : Repetición de palabras

Primera evaluación	Segunda evaluación	Tercera evaluación
Silla: sija Botella: bacalla, bocallla Cuchara: cu...chacuara...una culla Elefante: elefanto, elefante Serpiente: serpan...serpant...servend Bicicleta: fili...biji...si Felicidad: felifilo, felifari, felifres Remordimiento: reparodor Literatura: edeforo Estupendamente: elefanfón.	Silla: silla Botella: botella Cuchara: cochi...cochi... Elefante: elefente, elefante Serpiente: ser...ser...serpiante Bicicleta: bicicleta Felicidad: feli, fela, fele, Remordimiento: re, re, remor Literatura: Estupendamente:	Silla: silla Botella: botella Cuchara: cuchara Elefante: elefante Serpiente: serpiente Bicicleta: bicicleta Felicidad: felicidad Remordimiento: reje... Literatura: Estupendamente: espes...

Sílabas usadas para evaluación :Repetición de sílabas

Primera evaluación	Segunda evaluación	Tercera evaluación
Pa: pat Ta: sat Ka: ka Sa: sat Fa: sat...fa Ga: pa...sat La: la Ma: ba...pa	Pa: pa Ta: ta Ka: ka Sa: sa Fa: fa Ga: t...ba La: la Ma: pa...na	Pa: pa Ta: ta Ka: ka Sa: sa Fa: fa Ga: ga La: la Ma: ma

Sílabas usadas para evaluación : Repetición de pares de sílabas

Primera evaluación	Segunda evaluación	Tercera evaluación
Pa ma: Na ba: na pac, pa ma Sa pa: sa ma pa Na la: na pac Ta da: ta ta Da ka: na ka Ra la: ra ka ra na La ma: pa ka la ma sa	Pa ma: pa ma Na ba: ba la Sa pa: si pa Na la: la ma	Pa ma: pa ma Na ba: ma pa Sa pa: sa pa Na la: na la Ta da: Da ka: da ka Ra la: ra la La ma: la ma sa

Palabras usadas para evaluación: Repetición de palabras pares mínimos

Primera evaluación	Segunda evaluación	Tercera evaluación
Pala bala: paca paca Seda cera: sema la Bar mar: mar mar Bata pata: vaca, bar, vaca Bota gota: boca, goma moco Mona lona: vaca dona Malla calla: valla capa Ceja deja: casa seca mueca	Pala bala. Bala bala Seda cera: mala Bar mar: la mar	Pala bala: pala pala Seda cera: pera pera Bar mar: mas mar Bata pata: vaca vaca Bota gota: bota boca Mona lona: mona mona Malla calla: Ceja deja:

En general se puede observar que de la primera a la segunda evaluación disminuyeron notablemente las parafasias fonéticas y más aun las anomias y aumentando la capacidad de la paciente para pronunciar palabras conscientemente o mediante el método de el análisis de sus sílabas. Las tareas de repetición de sílabas sin sentido permaneció sin cambio. Esto demuestra que la paciente se fue adueñando del método lo cual le permitió mejorar notablemente el lenguaje expresivo.

En lo que respecta al lenguaje narrativo y conversacional se puede observar que la paciente mantiene más estructura para poder decir lo que desea y que los errores son corregidos favorablemente. Ya no necesita recurrir tanto a la mímica para hacer entender una idea sino que ahora además de ser consciente de los errores que comete es capaz de utilizar un método con el cuál los puede corregir.

8.2 Resultados del programa de intervención

Lo sobresaliente de este programa de intervención es la rehabilitación lograda desde el lenguaje automático para posteriormente proporcionar a la paciente los elementos básicos, de tal manera que las tareas iniciales sirvieran como base de las etapas posteriores y al mismo tiempo fueran de forma gradual con el fin de que la paciente fuera alcanzando logros. Hay que resaltar la ayuda del material visual y auditivo con el cuál se trabajó, ya que estos le permitían apoyarse en eslabones conservados y compensar la función alterada. Con las tareas realizadas mediante las tarjetas con imágenes o las láminas temáticas, se esperaba que la paciente evocara algún aspecto del objeto representado en estas y lo relacionara con lo que el pedagogo le decía acerca del objeto representado para que ella pudiera reelaborar la pronunciación de la palabra. De esta manera se estableció el lenguaje pasivo con el cual la denominación mejoró notablemente.

Al tener la oportunidad de emitir cualquier aspecto del objeto o imagen pedida, la paciente disminuyó las parafasias semánticas y después al concentrarse solamente en el objeto a decir y no en su pronunciación, disminuyeron notablemente las parafasias fonéticas. Finalmente se practicó el método con el cuál, la paciente escuchaba alguna palabra pronunciada por el terapeuta, hacía el análisis correspondiente con el fin de dividirlo en

sílabas y posteriormente lo relacionaba con la representación mental o con la lámina del objeto, para después comenzar la pronunciación correcta de la palabra.

Debido a estos ejercicios, su desempeño mejoró durante la segunda evaluación, logrando un lenguaje más fluido en el cual casi no se observaban las parafasias fonéticas y en el cual las frases eran más largas y con mayor contenido informativo; esto significa que la paciente ya era capaz de emitir más palabras sin confundirlas por o tras o sin detenerse por cambiar algún elemento (fonema) de estas.

Los errores observados en las tareas de repetición de logatomos y repetición de pares de sílabas se deben a que en estas tareas no se puede obtener la ayuda de una imagen visual para su elaboración consciente, lo cual requeriría mayor tiempo, sino que estas son “palabras sin sentido” de las cuales si se relacionan con algún otro objeto, provocarán en la paciente un error que podríamos decir de tipo semántico. Otra de las tareas más complicadas es la repetición de palabras pares mínimos, ya que la semejanza entre la primera y la segunda hace que frecuentemente se cometan parafasias fonológicas. Esto se puede explicar por que la pronunciación de la primera palabra se asemeja a la segunda y con el defecto adquirido es difícil distinguir los movimientos necesarios para hacer la diferencia entre una y otra.

Es así que el porcentaje de errores en la segunda evaluación se ve disminuido por que la paciente puede acudir a la imagen elaborada de la palabra a pronunciar o a tratar de descomponerla en las sílabas componentes pero cuando estas palabras no poseen una imagen clara o cuando las palabras son muy similares tiende a cometer parafasias.

9. DISCUSIÓN

Las abundantes parafasias fonémicas así como en menor grado las anómicias y las parafasias semánticas provocaban que la señora MIIL tuviera dificultades en el lenguaje expresivo, que aunque conservara su intención comunicativa, se encontraba interrumpido por la búsqueda constante de la sílaba o el fonema correcto de la palabra a expresar; la mencionada conducta de acercamiento. El no encontrar el fonema adecuado tras varios intentos provocaba que la señora MIIL desistiera en sus intentos, a lo cuál buscaba compensar por medio de gestos y señales a fin de que le pudieran entender la palabra faltante. De no haber tenido el programa de rehabilitación probablemente hubiera

sílabas y posteriormente lo relacionaba con la representación mental o con la lámina del objeto, para después comenzar la pronunciación correcta de la palabra.

Debido a estos ejercicios, su desempeño mejoró durante la segunda evaluación, logrando un lenguaje más fluido en el cual casi no se observaban las parafasias fonéticas y en el cual las frases eran más largas y con mayor contenido informativo; esto significa que la paciente ya era capaz de emitir más palabras sin confundirlas por otras o sin detenerse por cambiar algún elemento (fonema) de estas.

Los errores observados en las tareas de repetición de logatomos y repetición de pares de sílabas se deben a que en estas tareas no se puede obtener la ayuda de una imagen visual para su elaboración consciente, lo cual requeriría mayor tiempo, sino que estas son “palabras sin sentido” de las cuales si se relacionan con algún otro objeto, provocarían en la paciente un error que podríamos decir de tipo semántico. Otra de las tareas más complicadas es la repetición de palabras pares mínimos, ya que la semejanza entre la primera y la segunda hace que frecuentemente se cometan parafasias fonológicas. Esto se puede explicar por que la pronunciación de la primera palabra se asemeja a la segunda y con el defecto adquirido es difícil distinguir los movimientos necesarios para hacer la diferencia entre una y otra.

Es así que el porcentaje de errores en la segunda evaluación se ve disminuido por que la paciente puede acudir a la imagen elaborada de la palabra a pronunciar o a tratar de descomponerla en las sílabas componentes pero cuando estas palabras no poseen una imagen clara o cuando las palabras son muy similares tiende a cometer parafasias.

9. DISCUSIÓN

Las abundantes parafasias fonémicas así como en menor grado las anórnias y las parafasias semánticas provocaban que la señora MIIL tuviera dificultades en el lenguaje expresivo, que aunque conservara su intención comunicativa, se encontraba interrumpido por la búsqueda constante de la sílaba o el fonema correcto de la palabra a expresar; la mencionada conducta de acercamiento. El no encontrar el fonema adecuado tras varios intentos provocaba que la señora MIIL desistiera en sus intentos, a lo cuál buscaba compensar por medio de gestos y señales a fin de que le pudieran entender la palabra faltante. De no haber tenido el programa de rehabilitación probablemente hubiera

compensado esta falta de palabras con gestos o mímicas a fin de que el oyente pudiera completar la frase o la palabra que le estaba imposibilitada para decir.

En este estudio se mencionó que la condición afásica de MIIL provocaba una dificultad para distinguir algunos fonemas de otros que son muy cercanos a estos en su punto y modo de articulación, de tal manera que ambos surgían con igual probabilidad provocando una desviación de la palabra. Luria resaltó que en este tipo de casos existía una desintegración de todo el sistema de codificación verbal, mientras que el motivo de la expresión y el esquema del contenido semántico de lo que se quería transmitir estaban totalmente intactos. Queda a discusión si los errores observados ocurren durante el proceso de evocación léxico fonológico o en un proceso postlexical (organizar la información en una secuencia correcta). Aunque los hallazgos apoyan mayormente la segunda hipótesis. O lo que Miller y Ellis llamaron ensamble fonológico. Esto explicaría por que en el proceso de rehabilitación la información que proviene de una estimulación o que puede ser apoyada en un material visual o auditivo (que activa las huellas verbomotoras) puede ser fácilmente recuperado y utilizado para la elaboración de la palabra y las pseudo palabras o logatomos sean de mayor dificultad al no tener un apoyo de este tipo.

La rehabilitación del lenguaje debía comenzar desde su forma desplegada, es decir al inicio del proceso de rehabilitación el lenguaje era mediatizado por apoyos externos; la paciente escuchaba largamente al pedagogo y las láminas de objetos o las láminas temáticas le permitían realizar operaciones que por si misma le serían imposibles. El lenguaje se hacía posible debido a que estas ayudas dadas por el examinador, ejercían el papel intermedio en situaciones donde la pronunciación de algunas palabras se dificultaba por el defecto adquirido.

Gracias a la presentación de estas ayudas en forma de estímulos auditivos y visuales fue posible que poco a poco se fueran actualizando las huellas verbomotoras, y conforme el método avanzaba las operaciones intermediarias iban gradualmente disminuyendo.

Había una simplificación de las operaciones intermedias, es decir, un reforzamiento del enlace entre la imagen auditiva y verbomotriz de la palabra. (esto por la práctica de lo que escuchaba y de la actualización de las huellas gracias a las láminas presentadas).

Al final de la rehabilitación se requerían un número significativamente menor de operaciones intermedias, la paciente podía recurrir a la imagen sonora de la palabra y su análisis antes de pronunciarla por ella misma.

10. CONCLUSIONES

La intervención realizada en este caso de afasia buscaba favorecer el aspecto expresivo del lenguaje para que pudiera ser utilizado en actividades cotidianas.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la señora MIIL mejoró en su lenguaje cesando las anomias, las parafasias semánticas y disminuyendo notablemente la presencia de parafasias fonéticas durante tareas de repetición y denominación. En cuanto a el lenguaje conversacional, este se hizo más fluido, con frases más largas y de mayor contenido informativo y solo en ciertas ocasiones se observaron parafasias fonéticas y anomias lo cuál puede superar gracias al método aprendido y practicado.

Gracias al programa de rehabilitación la señora ha podido desempeñarse mejor en actividades cotidianas, ha regresado a su trabajo, se ha vuelto más independiente y esto gracias a que los errores han disminuido notablemente y cuando aparecen la metodología practicada ha servido.

Las mejorías observadas fueron posibles ya que en el proceso de rehabilitación se hizo uso (o se estimularon) de factores indemnes a través del material visual y auditivo que en un principio permitieron mediatizar los eslabones de la función que había sido alterada; y fue gracias a que estas ayudas externas se fueron disminuyendo poco a poco que se reorganizó la función alterada.

El utilizar el material de elección y gusto de la paciente hizo que en las sesiones fuera agradable trabajar con el y diera mejores resultados.

En el proceso de rehabilitación también deben de tomarse en cuenta otros factores como la profesión de educadora de la señora, su constancia y dedicación diarias en los ejercicios que se habían programado y enseñado anteriormente, así como también el apoyo de la familia. (en especial de la hija mas pequeña la cual comenzaba a leer).

En varios estudios se ha comentado que mientras mas tiempo se le dedique a la rehabilitación se obtendrán mejores resultados (Bhogal, Teasell, Foley, y Speechley, 2003).

En el caso de la señora MIIL esto se veía impedido ya que el tiempo que disponía para las

sesiones era poco y también influyó la falta de recursos económicos para trasladarse al lugar donde se brindaba la rehabilitación. Ya que en nuestro país un proceso de rehabilitación es largo y costoso debe dársele mucha importancia a la prevención ya que desafortunadamente es poca la gente que tiene acceso a un proceso como este (y en las instituciones difícilmente se trabaja en la rehabilitación).

En casos como el de la señora se hace de suma importancia la intervención de la familia; esta permite que el tiempo con el terapeuta, neuropsicólogo o pedagogo disminuya y la función de este se reduce a supervisar (y motivar, evaluar los avances y hacer las adecuadas correcciones) las tareas adecuadamente planeadas de acuerdo al enfermo e ir las cambiando según los logros y/o avances que vaya teniendo.

El trabajo de rehabilitación que se hace en conjunto con la familia parece ser una excelente opción ya que además de que la familia aporta el soporte emocional, apoyo y comprensión, puede trabajar constantemente con el enfermo, permitiéndole poco a poco superar el defecto mediante la rehabilitación o habilitación y que esto se haga en un ambiente incluyente y no sobre protector.

11. CONSIDERACIONES FINALES

Quisiera destacar algunos de los aspectos que fueron de incalculable valor dentro de la maestría. En primer lugar, la experiencia clínica adquirida en el hospital, gracias al trabajo tanto de los neuropsicólogos de la maestría así como de los neurólogos y neuropediatras con quienes se compartían las sesiones y clases. El contacto diario con la persona que padece una alteración neurológica, su evaluación, diagnóstico y tratamiento son aspectos que se tienen que desarrollar en la práctica constante. En cada caso que se atiende es necesario un conocimiento exhaustivo de la persona así como de la patología que presenta, y hacer un programa adecuado para ella, y para esto, es necesario mucha creatividad y actitud de servicio. Cada persona presenta un reto diferente al cual hay que dedicarle tiempo y estudio. De esta manera la investigación de la patología, el estudio de su desarrollo y afectación de las funciones cerebrales superiores, y su tratamiento me permitió darme cuenta lo complejo que es la atención en este campo y la gran responsabilidad que representa el poder ofrecerles alguna solución, tanto a la persona enferma como a su familia.

Por otro lado el experimentar el trabajo clínico en un equipo interdisciplinario en donde médicos, psicólogos y terapeutas trabajan en equipo por el bien de la persona es de las experiencias más ricas de aprendizaje y que le dan mayor beneficio a la persona que cursa con una enfermedad.

Por último quisiera mencionar que la tarea del diagnóstico y rehabilitación neuropsicológica es algo que se aprende poco a poco y que se va mejorando con la experiencia cotidiana al aprender algo nuevo de cada persona que se atiende.

REFERENCIAS

Anderson, S. y Fridlund, B. (2002) The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of psychiatric and mental health*. 9, 285-292.

Arauz, A. (2003) *Prevención y el control de las enfermedades del corazón en el XXIII Congreso Nacional de Cardiología*. See www.msd.com.mx/content/corporate/press/mx_corazon.

Ardila, A. y Rosselli, M. (1992) *Neuropsicología Clínica*. Medellín, Colombia. : Prensas creativas.

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

Bhagal, S., Teasell, R., Foley, N. y Speechley, M. (2003) Rehabilitation of Aphasia: More is Better. *Top Stroke Rehabilitation*. 10, 2166-2176.

Carolei, A., Marini, C., Ferranti, E. y Frontoni, A. (1993) A prospective study of cerebral ischemia in the young. Analysis of pathogenic determinants. *Stroke*. 24, 1417-1418.

Damasio, H. y Damasio, A. (1980) The anatomical basis of Conduction aphasia. *Brain*. 103, 337-350.

Davidov, V. y Shuare, M. (1987) *La Psicología Evolutiva y Pedagógica en la URSS*. México: Progreso.

Delazar, M. y Bartha, L. (2001) Transcoding and Calculation in aphasia. *Aphasiology*. 15, 649-679.

De Renzi y Faglioni, (1978) The Token test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Cortex* 78, 14;41-49

Ellis, A.W. y Young A.W. (1992) *Neuropsicología Cognitiva Humana*. Barcelona, España: Masson.

Feinberg, T.E. y Farah, M.J. (2003) *Behavioral neurology and neuropsychology*. (1997) New York, E.U.A.: McGraw-Hill

Franklin, S., Buerk, F., Howard D. (2002) Generalised improvement in speech production for a subject with reproduction conduction aphasia. *Aphasiology*. 16, 1087-1114

Geschwind, N. (1965) Disconnexion syndromes in animals and man. *Brain*. 88, 585-644.

Goodglass, H. y Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. (1996) Filadelfia, E.U.A. : Lea y Febiger.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Heilman, K.M. y Valenstein, E. (2003) *Clinical Neuropsychology*. New York, EE. UU.: Oxford University Press.

Joanette, Y. y Brownell, H.H. (1990) *Discourse Ability and Brain Damage: Theoretical and Empirical Perspectives*. New York, EE. UU.: Springer-Verlag.

Kertesz, A. (1979) *Aphasia and Associated Disorders*. New York, EE. UU.: Grune and Stratton.

Köhler, K., Bartels, C., Herrmann, M., Dittmann, J., Wallesch, C. (1998) Conduction aphasia – 11 classic cases. *Aphasiology*. 12, 865-884.

Lecours, A.R. y Lhermite, F. (1979) *L'Aphasie*. Paris, Francia: Flammarion.

Luria, A.R. (1974). *El cerebro en acción*. (1984). Barcelona, España: Fontanella.

Luria, A.R. (1980). *Fundamentos de Neurolingüística*. Barcelona, España: Toray.

Mohr, J.P. y Michaels, S. Posterior cerebral artery disease. *Stroke: pathophysiology*. 419-437.

OConnor, N. (1967) *Psicología Soviética Contemporánea*. La Habana, Cuba: Serie Ciencia y Técnica.

Peña-Casanova, J. (1988) *Manual de Logopedia*. España. Masson.

Peña-Casanova, J. (1991) *Programa integrado de exploración neuropsicológica Test Barcelona. Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas*. España. Masson.

Peña-Casanova, J. y Pérez, M. (1995) *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados*. (1984). Barcelona, España: Masson.

Rodríguez, R. (2004) Gaceta Médica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

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

Sánchez, M.L. (1990). Alteraciones del procesamiento fonológico en el habla: patrones de error y modelos. Una revisión. *Estudios de psicología*. 41, 95-110.

Snyder, P.J. y Nussbaum, P.D. (1999) *Clinical Neuropsychology*. Washington, DC, E.U.A.: A.P.A.

Tsvetkova, L.S. (1985) *Rehabilitación en casos de lesiones focales del cerebro*. (1972) La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.

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. *Clinical Rehabilitation*. 16, 231-247

Villa R.M. (1999) *Versión mexicana del Test Barcelona abreviado*. Perfiles normales. Tesis de Maestría en Neuropsicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Wilshire, C.E. (2002) Where do aphasical phonological errors come from? Evidence from phoneme movement errors in picture naming. *Aphasiology*. 16, 169-197

Anexo 1

PROGRAMA INTEGRADO DE EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA "TEST BARCELONA". VERSIÓN ABREVIADA ® (J. Peña Casanova)

APELLIDOS:..... **NOMBRE:**..... **EDAD:**.....
OCUPACIÓN: **AÑOS DE ESCOLARIDAD:**..... **DOMINANCIA:**.....
DX NEUROL:..... **TOPOGRAFÍA:**..... **EXAMINADOR:**.....
FECHA DE INICIO:...../...../..... **FECHA EXAM:**...../...../..... **EXPEDIENTE:**.....

Villa (1999)

● 20-49 AÑOS. ESC ALTA (14.53 ± 4.26). SUBPRUEBAS.	Percentiles										PD	OBSERVACIONES-SEMIOLÓGIA									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	95											
FLUENCIA Y GRAMÁTICA.....	0	2	4	6	9						10										
CONTENIDO INFORMATIVO.....	0	2	4	6	9						10										
ORIENTACIÓN PERSONA.....	0	2	4	5	6						7										
ORIENTACIÓN LUGAR.....	0	1	2	3	4						5										
ORIENTACIÓN TIEMPO.....	0	5	11	16	21		22				23										
DÍGITOS DIRECTOS.....	0	1	2	3	4	4		5			6	7	8								
DÍGITOS INVERSOS.....	0	1	2			3		4		5	6										
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										
REPETICIÓN DE LOGATOMOS.....	0	1	2	4	6	7					8										
REPETICIÓN PALABRAS.....	0	2	4	6	8						10										
DENOMINACIÓN IMÁGENES.....	0	4	6	9	12	13					14										
DENOM. IMÁGENES T.....	0	8	16	24	34	39	41				42										
RESPUESTA DENOMINANDO.....	0	2	3	4	5						6										
RESPUESTA DENOMINANDO T.....	0	5	9	13	17						18										
EVOC. CATEG. ANIM. 1m.....	0	2	4	9	14	15	18	19	20	21	22	25	28	32 →							
COMP. REALIZAC ÓRDENES.....	0	1	4	9	15						16										
MATERIAL VERBAL COMPLEJO.....	0	1	2	4	6	7		8			9										
MAT. VERB. COMPLEJO T.....	0	4	6	16	21	22		24	25	26	27										
LECTURA LOGATOMOS.....	0	2	3	4	5						6										
LECTURA LOGATOMOS T.....	0	1	3	10	17						18										
LECTURA TEXTO.....	0	15	30	45	54	55					56										
COMP. LOGATOMOS.....	0	1	2	3	5						6										
COMP. LOGATOMOS T.....	0	4	6	9	17						18										
COMP. FRASES Y TEXTOS.....	0	1	2	4	6	7					8										
COMP. FRASES Y TEXTOS T.....	0	1	7	13	19	20	21	23			24										
MECÁNICA DE LA ESCRITURA.....	0	1	2	3	4						5										
DICTADO LOGATOMOS.....	0	2	5								6										
DICTADO LOGATOMOS T.....	0	2	6	10	14	15	17				18										
DENOMINACIÓN ESCRITA.....	0	2	3	4	5						6										
DENOMINACIÓN ESCRITA T.....	0	3	6	9	17						18										
GESTO SIMBÓLICO ORDEN DERECHA.....	0	2	4	6	9						10										
GESTO SIMBÓLICO ORDEN IZQUIERDA.....	0	2	4	6	9						10										
GESTO SIMBÓLICO IMITAC. DERECHA.....	0	2	4	6	9						10										
GESTO SIMBÓLICO IMITAC. IZQUIERDA.....	0	2	4	6	9						10										
IMITACIÓN POSTURAS BILAT.....	0	1	2	4	7						8										
SECUENCIA DE POSTURAS DERECHA.....	0	1	3	5	7						8										
SECUENCIA DE POSTURAS IZQUIERDA.....	0	1	2	4	6	7					8										
PRAXIS CONST. COPIA.....	0	2	4	8	12	13	16	17			18										
PRAXIS CONST. COPIA T.....	0	3	7	15	29	30	34	35			36										
IMÁGENES SUPERPUESTAS.....	0	4	6	9	18	19					20										
IMÁG. SUPERPUESTAS T.....	0	3	6	9	12	31	34				35										
MEMORIA TEXTOS.....	0	1	4	7	10	11	13	15	16	17	18	19	21	22							
MEMORIA TEXTOS PREG.....	0	2	6	10	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23							
MEMORIA TEXTOS DIFERIDA.....	0	1	2	6	10	11	12	14	15	16	17	19	21	22							
MEMORIA TEXTOS DIF. PREG.....	0	2	4	5	6	15	16	17	18	19	20	21	22	23							
MEMORIA VIS. REPRODUCCIÓN.....	0	3	5	7	9	10	12	14	15		16										
PROBLEMAS ARITMÉTICOS.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
PROBLEM ARITMÉTICOS T.....	0	2	4	6	8	9	11	12	14	15	17	18	20								
SEMEJANZAS-ABSTRACCIÓN.....	0	1	2	3	4	5	8			10	12										
CLAVE DE NÚMEROS.....	0	5	10	15	20	21	26	29	31	36	37	40	43	45	48 →						
CUBOS.....	0	1	2	3	4	5					6										
CUBOS T.....	0	1	3	6	9	10	12	13	14	15	16	18									
SUBPRUEBAS.	Percentiles										10	20	30	40	50	60	70	80	90	95	PD

OBSERVACIONES:

Anexo 2

Nombre del paciente: _____ Fecha de evaluación: _____

Evaluación efectuada por: _____

ESCALA DE SEVERIDAD

0. Ausencia de habla o comprensión auditiva.
1. La comunicación se efectúa totalmente a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es limitado y el peso de la conversación recae sobre el oyente.
2. El paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracaso frecuente al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con el examinador.
3. El paciente puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella. Sin embargo, la reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas.
4. Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o su forma de expresión.
5. Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DEL HABLA

	1	2	3	4	5	6	7	
LÍNEA MELÓDICA (entonación)	Ausente			Limitada a frases cortas y expresiones estereotipadas		Abarca la totalidad de la oración		
LONGITUD DE LA FRASE, emisión ocasional más larga ininterrumpida de palabras	1 palabra		4 palabras			7 palabras		
AGILIDAD ARTICULATORIA, facilidad a nivel fonémico y silábico	Siempre defectuosa o imposible			Normal sólo en palabras o frases familiares		Nunca defectuosa		
FORMA GRAMATICAL, variedad de construcciones gramaticales, aunque fueran incompletas	Ninguna			Limitada a enunciativas y estereotipos		Normal		
PARAFASIA EN HABLA SEGUIDA	Presente en cada emisión			Una por minuto de conversación		Ausente		
REPETICIÓN, puntuación del subtest de alta probabilidad	0	0	1	2	4	6	8	
ENCONTRAR PALABRAS, contenido informativo en relación a fluidez	Fluida sin información		Información proporcional a fluidez			Habla con palabras de contenido		
COMPRESIÓN AUDITIVA media de percentiles en los subtests de comprensión auditiva	1	15	30	45	60	75	90	
VOLUMEN:			Hipofónico	Normal		Elevado		(subrayar el término apropiado)
VOZ:			Susurrada	Ronca		Normal		
VELOCIDAD:			Lenta	Normal		Rápida		
OTROS COMENTARIOS:								

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA



TOKEN TEST (De Renzi y Faglioni, 1978)

NOMBRE:				APELLIDOS:			
SEXO:	EDAD:	ESC:	EXP:	FECHA DE APLICACIÓN:			2004
COLOCACION DE LAS FICHAS:			CORRECCION POR ESCOLARIDAD		RESULTADO		
<i>Circ. Grandes</i>	R N A B V		3 - 4 años =	+1	00 - 08	MUY SEVERO	
<i>Cuad. Grandes</i>	N R B V A		5 - 9 años =	0	09 - 16	SEVERO	
<i>Circ. Pequeños</i>	B N A R V		10 - 14 años =	-1	17 - 24	MODERADO	
<i>Cuad.. Pequeños</i>	A V R N B		15 - 17 años =	-2	25 - 28	LEVE	
					29 - 36	NORMAL	

PRIMERA PARTE (Todas las fichas)

1. Toque un círculo	0	½	1
2. Toque un cuadrado	0	½	1
3. Toque una ficha amarilla	0	½	1
4. Toque una roja	0	½	1
5. Toque una negra	0	½	1
6. Toque una verde	0	½	1
7. Toque una blanca	0	½	1

SEGUNDA PARTE (Sólo fichas grandes)

8. Toque el cuadrado amarillo	0	½	1
9. Toque el círculo verde	0	½	1
10. Toque el círculo negro	0	½	1
11. Toque el cuadrado blanco	0	½	1

TERCERA PARTE (Todas las fichas)

12. Toque el círculo blanco pequeño	0	½	1
13. Toque el cuadrado amarillo grande	0	½	1
14. Toque el cuadrado verde grande	0	½	1
15. Toque el círculo negro pequeño	0	½	1

CUARTA PARTE (Sólo fichas grandes)

16. Toque el círculo rojo y el cuadrado verde	0	½	1
17. Toque el cuadrado amarillo y el cuadrado negro	0	½	1
18. Toque el cuadrado blanco y el círculo verde	0	½	1
19. Toque el círculo blanco y el círculo rojo	0	½	1

QUINTA PARTE (Todas las fichas) De aquí en adelante no se repite la instrucción

20. Toque el círculo blanco grande y el cuadrado verde pequeño	0		1
21. Toque el círculo negro pequeño y el cuadrado amarillo grande	0		1
22. Toque el cuadrado verde grande y el cuadrado amarillo grande	0		1
23. Toque el cuadrado blanco grande y el círculo verde pequeño	0		1

SEXTA PARTE (Sólo fichas grandes)

24. Ponga el círculo rojo sobre el cuadrado verde	0		1
25. Toque el círculo negro con el cuadrado rojo	0		1
26. Toque el círculo negro y el cuadrado rojo	0		1
27. Toque el círculo negro o el cuadrado rojo	0		1
28. Separe el cuadrado verde del cuadrado amarillo	0		1
29. Si hay un círculo azul, toque el cuadrado rojo	0		1
30. Coloque el cuadrado verde al lado del círculo rojo	0		1
31. Toque <input type="checkbox"/> xcepto <input type="checkbox"/> nt los cuadrados y <input type="checkbox"/> xcepto <input type="checkbox"/> nte los círculos	0		1
32. Coloque el círculo rojo, entre el cuadrado amarillo y el cuadrado verde	0		1
33. Toque todos los círculos, <input type="checkbox"/> xcepto el verde	0		1
34. Toque el círculo rojo, ¡No! el cuadrado blanco	0		1
35. En lugar del cuadrado blanco, toque el círculo amarillo	0		1
36. Además de tocar el círculo amarillo, toque el círculo negro	0		1

SUMA:	
CORRECCIÓN POR ESCOLARIDAD:	
TOTAL:	

DIAGNOSTICO Y CONCLUSIONES:

MANUAL DE EJERCICIOS PARA LA REHABILITACIÓN DE LA AFASIA DE CONDUCCIÓN.

(Basado en las observaciones hechas por Tsvetkova (1972/1985), Peña (1988) y Peña y Paines (1995), acerca de la rehabilitación del lenguaje).

Etapa preliminar

Antes de empezar.

- Hacer análisis detallado de las particularidades del defecto verbal y tener claro el factor fundamental que yace en la base de la disolución del habla.
- Tomar en cuenta el grado de expresividad dados los defectos verbales y las peculiaridades individuales por la personalidad del paciente.
- Tomar en cuenta sus intereses, profesión, edad y escolaridad.

Ejercicios de desinhibición.

Objetivos:

- Encontrar la palabra correspondiente (entre las que se encuentran escritas y ubicadas ante el paciente) en calidad de respuesta a una pregunta del examinador.
- Ejercitar la capacidad de poder extraer una palabra de una serie consecutiva (primer paso hacia el lenguaje activo).
- Crear situaciones para que aparezcan en el enfermo las condiciones de palabras que se han conservado, relacionadas con su experiencia pasada en determinado tipo de actividad.
- Ejercicios para la articulación de vocales manteniendo su tono e intensidad.

Modo:

Juegos de mesa, dibujos, operaciones del uso ordinario, láminas de contenido emocional, cantos, palabras de uso común en el hogar.

Conteo.

Material: tarjetas impresas con la serie numérica del 1 al 10

Aplicación: se le pide al individuo que vea las tarjetas impresas y a continuación el pedagogo va nombrando una por una mientras el paciente va colocando su dedo sobre el número dicho. Primeramente se leerán en orden ascendente y después descendente.

Se le pide que vaya emitiendo los números al unísono con el pedagogo y al mismo tiempo señalando la tarjeta.

El paciente realiza por si solo la emisión de las series.

A continuación se repite el ejercicio pero esta vez el pedagogo va diciendo números de forma aleatoria solicitando al paciente que señale los requeridos. Posteriormente el pedagogo señalará cualquiera de los números y le solicitará al paciente que emita el número señalado, primeramente al unísono con el pedagogo y eventualmente solo el paciente.

Conteo de los objetos.

Material: cualquiera de los objetos que se encuentren a la vista del enfermo.

Aplicación: se le solicita al individuo que diga el número de objetos que el pedagogo le solicite. Ejemplo: número de objetos que se encuentran sobre la mesa.

Días de la semana.

Material: tarjetas impresas con los días de la semana

Aplicación: similar al ejercicio anterior, se le pide al individuo que vea las tarjetas impresas y a continuación el pedagogo va nombrando una por una mientras el paciente va colocando su dedo sobre el día que se ha dicho. Primeramente se leerán en orden y después de manera inversa.

Se le pide que vaya emitiendo los días al unísono con el pedagogo y al mismo tiempo señalando la tarjeta.

El paciente realiza por sí solo la emisión de las series, natural e inversa.

A continuación se repite el ejercicio pero esta vez el pedagogo va diciendo un día de forma aleatoria solicitando al paciente que señale el requerido. Posteriormente el pedagogo señalará cualquier día y le solicitará al paciente que emita el día señalado, primeramente al unísono con el pedagogo y eventualmente solo el paciente.

Meses del año:

Similar al ejercicio anterior.

Juego integrador:

Los ejercicios antes descritos fueron retomados en forma de juego de memoria

Entonando melodías:

Material: canciones, versos u material melódico impreso.

Aplicación: se le pide a la persona que escuche al pedagogo mientras sigue con su dedo el curso de la canción. Posteriormente se le pide a la persona que vaya golpeteando con la mano al mismo tiempo que el pedagogo va marcando la entonación de la canción.

Se le pide que vaya emitiendo la canción al unísono con el pedagogo y al mismo tiempo llevando su estructura rítmica de la pronunciación.

El paciente realizará por sí solo la emisión de la canción.

Recreación del esquema tonal del habla

Material: láminas de contenido emocional.

Aplicación: se le pide a la persona que imite las entonaciones interrogativas, afirmativas, exclamativas, etc. (ah¡, oh¡, vaya¡) que vaya haciendo el pedagogo. Se puede realizar primero al unísono con el paciente y después a continuación de él.

Se pueden enlazar estímulos con alguna reacción emocional a fin de que la expresión facilite la emisión de un fonema. Ejemplo: ¡ah! En forma de exclamación para la vocal "a".

PRIMERA ETAPA

La organización de una actividad articulatoria consciente constituye el eslabón principal en este método.

Objetivos:

- Preparar la pronunciación de la palabra, mediante su inclusión en un sistema de la mayoría de los vínculos semánticos posibles (apoyo de imágenes auditivo-verbales y figuras de los objetos que las representan).
- Crear la pronunciación de la palabra mediante la estimulación auditiva y semántica de esta, es decir, apoyándola en los componentes auditivo verbal y visual conservados, activando el aspecto semántico del lenguaje.
- Dirigir su atención a adquirir y utilizar los movimientos de los labios y la lengua en el proceso de comunicación verbal.
- Ejercitar la pronunciación de la palabra completa, sin hacer énfasis en su articulación precisa desviando la atención del enfermo desde el aspecto articulatorio del lenguaje hasta la estructura semántica y sonora general de la palabra.

Modo: delante del paciente se colocan láminas en las cuales está reproducido un objeto o una acción.

Escuchar- atender- recordar.

Material: láminas de varios objetos o acciones.

Aplicación: se le pide a la persona que escuche atentamente diversas oraciones simples que son emitidas por el pedagogo, en las que la palabra que se está elaborando, aparece en distintas concordancias gramaticales con otras palabras y porta una carga semántica diversa. Cuando se emita la oración debe procurarse de que la palabra conserve una misma estructura rítmico melódica. Se le pide al enfermo que escuche atentamente y relacione lo oído con la lámina que le corresponde.

La atención del paciente se debe de fijar en los enlaces semánticos de la palabra, en su dibujo sonoro y en la imagen visual del objeto (ocultar los labios) (pueden usarse las sensaciones táctiles).

ESCUCHA cómo suena la palabra

ATIENDE a la característica semántica que da el pedagogo

RECUERDA sus propios conocimientos acerca del objeto.

Clasificación en concepto general

Se le solicita al enfermo que seleccione de entre varias láminas la relacionada con la palabra que anteriormente ha trabajado.

Esta lámina debe de ubicarla dentro de un concepto general a la cual pertenece para después encontrar todas las láminas que se pudieran incluir en este concepto.

Nota: es muy importante que en estos ejercicios se le pida al enfermo escuchar en silencio y en caso de querer pronunciar la palabra, lo haga en forma de cuchicheo.

Después de estos ejercicios se intentará la pronunciación de la palabra trabajada únicamente después de oírsele al pedagogo.

Clasificación de objetos II

Material: láminas de varios objetos o acciones que compartan alguna característica (visual, morfológica) particular.

Aplicación: se le pide al paciente que clasifique las láminas según un rasgo morfológico dado. (Ejemplo: diferenciar los objetos cuyas denominaciones tienen la raíz "tin" de los objetos que tienen la raíz "azúcar").

SEGUNDA ETAPA

Rehabilitación de un vocabulario activo sobre la rehabilitación del pasivo, así como la desinhibición del habla.

Objetivos:

- Crear las condiciones para que el paciente pueda pronunciar la palabra que ha sido elaborada. A diferencia del proceso anterior (lenguaje pasivo) la palabra ya no es dicha por el pedagogo.
- Elaborar la pronunciación activa de aquellas palabras que se ensayaron de manera pasiva e iniciar la elaboración de la pronunciación activa de nuevas palabras.
- Reforzar la activación verbal de búsqueda de los pacientes.

Objeto, rasgo o propiedad

Material: láminas de varios objetos o acciones.

Aplicación: se le pide al paciente la pronunciación de cualquier palabra que se halle relacionada con la imagen de la lámina, es decir una palabra que designe cualquier rasgo o propiedad del objeto que se ha elegido. Lo importante no es la pronunciación del objeto sino el inicio de la pronunciación activa (voluntaria) del objeto o de uno de sus rasgos.

¿Qué es, qué podría ser? *Pronunciación del objeto percibido por sensaciones cinestésicas.*

Material: varios objetos de uso frecuente o familiares.

Aplicación: se le vendan los ojos al paciente y seguido de esto se le pone uno de los objetos en la mano con la finalidad de que logre decir algún rasgo o el nombre del objeto mismo. En caso de fracaso para encontrar la palabra se le pide que lo dibuje.

Es importante que el enfermo pueda decir el nombre del objeto, sus características o el grupo al cuál pertenece.

Juego de lotería.

Material: juego de lotería o imágenes impresas en tarjetas.

Aplicación: a manera similar del juego de lotería se saca una tarjeta con una imagen. El pedagogo deberá decir la mayoría de cualidades de la imagen mostrada al paciente con el fin de que este intente nombrar la imagen o alguno de los rasgos de ella.

TERCERA ETAPA

Objetivos:

- Análisis sono-articulatorio de los elementos constituyentes de la palabra.
- Restituir la actitud consciente hacia la palabra y hacia su estructura rítmico melódica.
- Análisis de los elementos rítmicos y la composición sonoliteral de la palabra.

Cantando palabras (silabeando).

Material: palabras de interés para el paciente (en imágenes o impresas en tarjetas).

Aplicación: se trata de que el paciente pueda ir separando en sílabas la palabra dada y que con su mano vaya acompañando su estructura silábica, es decir al mismo tiempo que las canta acompaña la sílaba con un golpe en la mesa. Al principio se realiza con palabras sencillas constituidas por dos sílabas abiertas (ma-ma) después se puede pasar a palabras en donde solo cambia un sonido vocal (mi-ma). Posteriormente se elabora la pronunciación de términos que

incluyen sonidos diversos (li-ta) y por último se incorporan poco a poco palabras complejas constituidas por tres o más sílabas (ca-re-ta).

**Nota: este ejercicio restituye la actitud consciente hacia la palabra y hacia su estructura rítmico melódica.*

- *Cuando los pacientes hacen suyo este modo de actualización y pronunciación y de forma independiente, lo pueden utilizar para pronunciar las palabras que han escuchado.*
- *En esta etapa es donde toma importancia la lectura y la escritura. Estas se convierten en el apoyo principal para la rehabilitación de la pronunciación de las palabras.*

Después de esto se puede comenzar el análisis consciente de la composición sonoliteral de las palabras.

Ejercicio integrador

Material: similar al ejercicio anterior, se utilizan palabras de interés para el paciente (en imágenes o impresas en tarjetas). Letras impresas en material manipulable.

Aplicación:

1. Analizar la composición sonoliteral de la palabra oída (sin pronunciar sonidos aislados)
2. Nombrar la cantidad de sonidos que la componen.
3. Hallar las letras que corresponden (en el material) y con ellas componer la palabra requerida.
4. Una vez formada con el material, copiarla por escrito.
5. Retirar las letras impresas e intentar escribirla de memoria (por las huellas que han quedado).
6. Leer lo que se ha escrito.
7. En caso de ser correcta, pronunciar la palabra (solo el paciente), de lo contrario repetir el procedimiento.

CUARTA ETAPA

Rehabilitación de las formas propiamente cinestésicas de la articulación

Objetivos:

- Darle al paciente la posibilidad de pasar desde la habilidad de descomponer los elementos gráfico sonoros de la palabra hasta su articulación.
- Perfeccionar la pronunciación de sonidos sueltos.

Imitación de poses en el espejo.

Material: palabras y sonidos sueltos de interés para el paciente.

Aplicación: el pedagogo se coloca delante del paciente y le pide que ponga el espejo delante de él, de tal manera que pueda tener a la vista la boca del pedagogo y el espejo donde se refleje su propia boca.

Se puede extraer un sonido de una palabra que ya pertenece al vocabulario activo del paciente o pedir un sonido que emite un artefacto o algún animal. Este ejercicio tiene la finalidad de que el paciente use el espejo como medio de control sobre sus propias posiciones de los labios y de la lengua ante la emisión de algún sonido particular.

Posteriormente se puede hacer una grabación de la ejecución del paciente, la cual escuchará posterior al ejercicio y esta servirá como retroalimentación para detectar y hacer consciente los defectos y hacer más precisa la pronunciación del sonido.

QUINTA ETAPA

Rehabilitación del lenguaje conversacional

Comenzar el trabajo especial sobre las oraciones habladas, desde la repetición activa de frases cortas, con apoyo en láminas de argumentos sencillos (i.e. ¿qué hace?).

Inicio de pronunciación activa de oraciones

El paciente, por si mismo, compone una oración simple de tres o cuatro palabras relacionadas con una lámina sencilla; para esto se le facilitan todas las palabras necesarias, en forma neutra.

Una vez compuesta la oración, el paciente lee, y para esto coloca las palabras en las dependencias gramaticales necesarias.

Escribe y pronuncia la palabra en voz alta hasta lograr decirla de memoria y apoyarse solo en la lamina. Después de adquirir este modo de acción las condiciones de la pronunciación se hacen más complicadas, lo que provoca una gran activación verbal del enfermo. Se omite una de las palabras. El paciente deberá, por si mismo, encontrar esa palabra, y pronunciarla dentro del sistema de la oración. La cantidad de palabras presentadas se reduce, poco a poco, al mínimo. Esta fase se termina con ejercicios de composición de oraciones oralmente, a continuación, una lámina sin apoyo en palabras dadas de antemano, y por último, según un tema dado, sin apoyo en la lámina.