

AFASIAS

Autores

Dr. Luis Álvarez Lami
Dra. Ana Cecilia Bermúdez Mendoza

Colaboradores

Lic. María Esther Muñoz Hermida
Lic. Raiza Gata Pérez

Servicio

Logopedia y Foniatría

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es una herramienta para la actividad intelectual, para la comunicación de la información y, a la vez, un método de regular u organizar los procesos mentales humanos. Sus alteraciones dependen de lesiones en áreas asociativas del hemisferio dominante y se denominan *afasias* (etimológicamente significa ausencia del lenguaje: del griego **a**: negación y **phasis**: lenguaje).

La afasia es un trastorno del lenguaje que se caracteriza por la pérdida total o parcial de la capacidad de comprender o utilizar el lenguaje ya formado, lo cual está dado por una dificultad de carácter sensorial o motriz, que tiene como causa una alteración o lesión orgánica a nivel cortical en las áreas correspondientes a los analizadores auditivo-verbal y verbo- motriz. Está presente la afectación de los tres componentes del lenguaje con la particularidad que se conservan algunos eslabones de este en su aspecto expresivo e impresivo en dependencia de la patología específica.

Los accidentes cerebro vasculares son la primera causa de una afasia. Aproximadamente 30 % de las personas que sobreviven a un accidente cerebro vascular presentan afasia. La alteración del lenguaje secundaria a una lesión cerebral ha sido considerada como el principal determinante de la calidad de vida del individuo por lo que el volumen de casos ha sido significativo y justifica nuestra rehabilitación, con la que se espera mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

En la actualidad se asume que ante cualquier persona que presente alteraciones de la comunicación después de un accidente cerebro vascular se debe:

- Evaluar en su discapacidad de lenguaje y de comunicación.
- Ofrecer tratamiento apropiado, con supervisión de esos progresos, si se identifican metas factibles y se demuestra un progreso continuado

- El equipo y sus familiares informarle de las técnicas de comunicación específicas para atenuar o resolver sus dificultades de comunicación
- Los logofoniatras médicos, y licenciados, han de formar parte del equipo de rehabilitación.

Muchos son los factores que inciden en la rehabilitación satisfactoria de un paciente afásico. El lenguaje es quizás el más determinante como objetivo fundamental para su integración social; sumándose entre otros factores, el papel de la familia con su aceptación, su apoyo, cooperación y comprensión.

Nuestro servicio consta de una consulta especializada para pacientes afásicos ingresados y externos, conjuntamente con su actividad rehabilitatoria diaria con el fin de apoyarlos directamente en su pronta recuperación.

Hay muchas razones que justifican la evaluación de sus habilidades para la comunicación en los pacientes que han tenido alteraciones en el lenguaje. La valoración clínica es una valoración simple, sencilla y funcional que se realiza a los pies de la cama del enfermo (si esta ingresado), o de forma dinámica en la consulta.

El diagnóstico se fundamenta en dos grandes aspectos:

- Los datos que ofrece la historia clínica.
- Los resultados en la aplicación del test neuropsicológico de Luria en el caso nuestro.

En la anamnesis se recopilan toda una serie de datos suministrados generalmente por el familiar del enfermo que permite no sólo las consideraciones de tipo diagnósticas, sino también pronósticas. Entre ellos, no deben faltar como fuente fundamental de información: la edad, sexo, raza, dominancia hemisférica, etiología de la lesión, tiempo de evolución de la enfermedad, complementarios, estudios realizados y con especial interés, rayos x de cráneo, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), audiometría y laringoscopia en algunos casos, y cualquier otra investigación complementaria. Además, se completa la investigación con los antecedentes patológicos personales y familiares, hábitos tóxicos, ocupación o profesión, nivel cultural y cualquier otra información de interés al respecto.

La segunda condición a considerar son los resultados de la evaluación de la clínica foniatría que resulta de la aplicación de una batería neuropsicológica. Este test neuropsicológico (de Luria) valora el lenguaje expresivo (externo), codificador, que mide las siguientes esferas: lenguaje espontáneo, automático, lenguaje repetitivo, lenguaje nominativo, lenguaje narrativo, así como también el lenguaje decodificador, que se explora con la discriminación de fonemas, estabilidad de las funciones nominativas, la-estructura de los significados (generalizaciones), la comprensión de la estructura gramatical y el aspecto predicativo del lenguaje. La lectura y la escritura también se contemplarán.

Después de aplicar este test es posible llegar, a través de un sencillo algoritmo diagnóstico, a una clasificación clínica sobre el tipo de afasia que presenta el enfermo y la terapia que le corresponde.

Los objetivos del tratamiento de la afasia son:

- Reintegrar o remediar la habilidad del paciente afásico para el habla, la comprensión, la lectura y la escritura
- Ayudar al paciente a desarrollar estrategias que compensen o minimicen los problemas del lenguaje
- Localizar los problemas psicológicos asociados que comprometen la calidad de vida de la persona afásica y de sus familiares
- Ayudar a la familia y a los allegados a involucrarse en la comunicación con el paciente

La rehabilitación del lenguaje del afásico debe comenzar lo antes posible. La fundamentación de este criterio se encuentra en la necesidad de no dar tiempo a que se formen o condicionen reflejos patológicos que frenarían en gran medida el proceso de rehabilitación.

El pronóstico de la rehabilitación de los pacientes afásicos depende de los factores endógenos de la lesión (tipo, tamaño, localización, etiología) y los del paciente (edad, sexo, nivel cultural, social, familiar, ocupación) y de los exógenos, que dependen del tratamiento como tal, el método asumido y la cooperación del paciente y familiares.

Es preciso que las personas cercanas al enfermo, tanto familiares como el personal de rehabilitación, conozcan ciertas normas básicas de acercamiento al paciente con afasia. Que una persona no pueda hablar y ser comprendida (o escuchar y comprender), no significa que no pueda comunicarse. Es un error aislar a la persona afásica ya que necesita comunicarse diariamente y constantemente. Es necesario educar a la familia en el diagnóstico, pronóstico, tratamiento, evolución y recuperación para su incorporación a la sociedad y si es posible a su vida laboral.

La real comprensión de las limitaciones del enfermo, la colaboración, la estimulación y el acompañamiento continuo son factores importantes en el proceso evolutivo para recuperar las capacidades del paciente. Con un entorno optimista y dinámico se puede reforzar las motivaciones, indispensables para el buen resultado del período terapéutico.

Es necesario establecer un adiestramiento adecuado a la familia sobre los ejercicios rehabilitatorios, el aspecto personal y socioeconómico del paciente y realizar terapia familiar para conseguir que las labores de rehabilitación puedan tener una continuidad en el resto del tratamiento.

Los tratamientos a los que se han sometido los pacientes están enfocados a proporcionarles el máximo grado posible de independencia, ayudarles a integrar en sus vidas el acontecimiento traumático vivido, y potenciar lo más posible sus capacidades, con psicoterapia, y las terapias a sus familiares.

Técnicas específicas de rehabilitación de la afasia

El tratamiento ha de ajustarse de manera particular a cada tipo de paciente y debe sustentarse en el resultado de:

- Una cuidada evaluación de las alteraciones del lenguaje y de la comunicación
- Una valoración del grado cognitivo del paciente
- La evaluación de las habilidades de comunicación de la familia y allegados.
- El tratamiento ha de administrarse por personal especializado (logopedas) que hayan demostrado su capacidad para ajustar tratamientos específicos de forma individual y basándose en la combinación de estos factores.

La duración ideal de la terapia varía considerablemente. Se evaluará el progreso de cada paciente dentro del proceso de rehabilitación específico.

Existen numerosos métodos específicos de tratamiento. Hemos elegido algunos de los más conocidos y utilizados, clasificándolos según su estrategia de actuación y según el diagnóstico clasificatorio.

Afasias sensoriales

- Sensorial propiamente dicha o acústica gnóstica
- Acústico amnésica
- Semántica

Afasias motrices

- Aferente
- Eferente
- Dinámica

Particularidades de lo que ocurre en cada una de ellas:

Afasia sensorial propiamente dicha

- En los sectores del tercio posterior de la primera circunvolución del lóbulo temporal izquierdo, se realizan los procesos de análisis y síntesis de la identificación de los sonidos del idioma. Esta estructura de la corteza se identifica como oído fonemático; su función consiste en el análisis y síntesis audioarticulatorio. Si se lesionan estos sectores de la corteza cerebral se produce la perturbación del sistema de diferenciación de los sonidos verbales, presentándose este tipo de afasia.

Afasia acústico amnésica

- Surge como resultado de lesión en los sectores medios de la parte convexa del lóbulo temporal izquierdo relacionados con los analizadores auditivos y visuales además de tener relación con el sistema límbico. El síntoma cardinal de esta afasia es la amnesia verbal que se manifiesta por la búsqueda de palabras con relativa buena conservación de la expresión verbal.

Afasia semántica

- Guarda relación con lesiones parieto-temporo-occipital del lóbulo izquierdo y su expresión clínica está dada por anomias y dificultad con la construcción lógico gramatical entre otros síntomas.

Afasias motrices

- **Afasia motriz aferente:** Resulta de afecciones en la parte inferior de la circunvolución post-central, lugar donde se realiza la recodificación de los estereotipos audio-verbales y que al lesionarse se pierde el esquema funcional lógico en la organización cinestésica del movimiento oral. Son características de esta afasia las apraxias orales con presencia de múltiples parafasias sobre todo de tipo literal.
- **Afasia motriz eferente:** aquí se observa una alteración de la estructura cinética o programa motor de la expresión verbal, y que se expresa clínicamente por ruptura en la fluidez oral al presentarse una lesión en los sectores pre-rolándicos del hemisferio izquierdo. La caracteriza clínicamente una imposibilidad del despliegue oral en cualquier orden.

Afasia dinámica

Se presenta lo que se conoce con el nombre de pérdida de la espontaneidad o iniciativa oral y aquí se trastorna fundamentalmente la función psicoreguladora del lenguaje con una traducción clínica de falta de motivación o iniciativa en la predicación.

Dado lo complejo que es el tema de las afasias, tanto por su sintomatología clínica como para encontrar las vías más adecuadas para su tratamiento, y por el hecho de que no hay consenso sobre los mejores caminos rehabilitatorios, decidimos protocolizar esta afección.

OBJETIVOS

- Pautar el tratamiento rehabilitatorio según el tipo de afasia, de acuerdo a la clasificación de Luria.
- Mejorar las perspectivas de mejoría en los pacientes afásicos.

DESARROLLO

El tratamiento logopédico en las afasias se propone básicamente dos enfoques: el tratamiento funcional y el tratamiento psicológico. En el tratamiento funcional se utilizan movimientos biológicos similares al sonido que deseamos desarrollar y se utilizan articulaciones o cualidades articulatorias relacionadas funcionalmente.

Técnicas rehabilitadoras que se emplearan

- Técnicas para restaurar el lenguaje articulado (funcionalismos fonemáticos).
- Técnicas para la restauración gramatical (frases y oraciones marcando los elementos de enlaces).
- Técnicas para la restauración de la capacidad de reconocer y recordar las palabras (denominación).

- Técnicas para la restauración de la comprensión verbal.
- Técnicas para mejorar la socialización, la atención y la concentración (actividades lúdicas, actividades grupales, talleres conversacionales, musicales, de dibujos, etc.).
- Autoayuda.
- Tratamiento al medio familiar.

Procedimientos a utilizar

- Estimulación inicial del afásico.
 - Sigmoterapia inicial [S]
 - Funcionalismo [J].
 - Movimientos linguales en las cuatro direcciones.
 - Vocales desordenadas frente al espejo.
 - Estimulación con láminas.
- Extensión de la estimulación inicial, añadiendo vocales:
 - [S] más vocal.
 - [J] más vocal.
- Conteo numérico directo e inverso.
- Masticación sonora natural, “chasquido”, en forma desatenta y grosera, para mejorar la articulación y la fluidez de los movimientos.
- Repetición de dos, tres y cuatro sílabas sin sentido de igual nivel de articulación y de diferentes niveles articulatorios.
- Repetición de frases y oraciones, marcando articulación, entonación y elementos de enlace.
- Repetir frases habituales. (Buenos días. Hace calor. Tengo sueño).
- Nombrar objetos de una lámina y a partir de estos construir frases u oraciones.

El tratamiento con enfoque psicológico para la rehabilitación tiene en cuenta la naturaleza social del habla y acentúa el restablecimiento de su función comunicativa. Se utilizarán métodos grupales e individuales.

Tratamiento logopédico a utilizar en las afasias motrices.

Tareas

- Desinhibición del lenguaje oral.
- Restablecimiento de la pronunciación de las palabras.
- Rehabilitación del vocabulario activo.
- Rehabilitación de la pronunciación de expresiones.

El desarrollo de estas tareas se utilizará teniendo en cuenta la forma específica de afasia y su sintomatología predominante. La rehabilitación debe tener un

enfoque diferenciador y para ello es necesario la precisión y delimitación diagnóstica del tipo de afasia motriz.

Procedimientos

Para desinhibir el lenguaje oral

- Conteo de los días de la semana, meses del año, números.
- Conteo de objetos.
- Entonar melodías conocidas.
- Completar frases donde falten palabras conocidas.
- Repetición conjunta y refleja de palabras, frases.

Para el restablecimiento de la pronunciación de palabras

- Funcionalismos fonemáticos y automatización
- Presentar láminas donde esté representado un objeto o una acción. El especialista pronuncia varias oraciones simples y cortas en las que aparezca la palabra y el paciente debe relacionar lo leído con la lámina correspondiente. Nombrar objetos.
- Pronunciar palabras a coro con el logopeda en susurro y en voz alta.
- Clasificación de objetos representados en láminas de acuerdo con determinadas características.

Para la rehabilitación del vocabulario activo

- Descripción del objeto y hallar la lámina correspondiente y nombrarlo (puede dibujarlos).
- Tantear objetos con el tacto con los ojos cerrados y nombrarlos (puede dibujarlos).
- Decir frases para que las complete.
- Nombrar objetos que pertenecen a determinadas categorías.

Para la rehabilitación de la pronunciación de expresiones

- Repetición de frases con apoyo en láminas (¿qué hace?).
- Componer oraciones relacionadas con láminas.
- Lectura de textos y después relacionar los elementos de las láminas con expresiones del texto.

Procedimientos específicos para la afasia motriz aferente: se pretende eliminar el trastorno en la aferentación del movimiento, el control y realización voluntario de este.

Para el análisis fono articulatorio de las palabras

- Análisis de la palabra.
- Nombrar la cantidad de sonidos.
- Hallar letras que correspondan a la palabra.

- Copiar la palabra (escribirla).
- Leerla.
- Pronunciar la palabra por sí mismo (de memoria).

Para la rehabilitación de formas propiamente cinestésicas de articulación

- Imitación de poses articulatorias utilizando el espejo.
- Pronunciar el sonido en distintas posiciones dentro de la palabra.
- Grabar al enfermo, para que después se escuche y detecte haciendo conscientes sus defectos (retroalimentación).
- Funcionalismos fonemáticos.
- Bisílabas sin sentido de diferentes niveles articulatorios.
- Bisílabas sin sentido de igual nivel articulatorio.
- Tres sílabas sin sentido.
- Cuatro sílabas sin sentido.
- Sobre articulación de palabras y frases.
- Repetición de palabras de estructura compleja.

Procedimientos específicos para la afasia motriz eferente: se pretende eliminar la inercia patológica que impide la denervación o paso de un sonido hacia otro y por ende, mejorar el esquema dinámico de toda la palabra, frase u oración y mejorar el aspecto gramatical.

Para la alteración del aspecto motor del lenguaje se indicará

- Desinhibición global del mecanismo del lenguaje.
- Repetición pasiva de palabras y series verbales conocidas (puede ser en conjunto).
- Repetición melodiosa.
- Canto.
- Completar frases (método activo): primero muy conocidas. (“a mal tiempo buena...” (ayuda a actualizar la palabra “cara”. “niño que no llora no.....” Después completar frases y oraciones no conocidas.
- Pronunciar activamente palabras aisladas y luego frases alternando con voz alta, susurro, diferentes tonos y entonaciones.
- Conteo de números, días de la semana.
- Alargar los sonidos.
- Repetición de oraciones marcando la entonación, la articulación.
- Método de las tarjetas, con láminas.
- Para el defecto de la estructura gramatical y sintáctica:
 - Actualización de palabras que significan acciones.

- Láminas con una misma acción de jugar (voleibol, ajedrez, fútbol).
- Láminas con diferentes acciones (operaciones intelectuales de generalización) (categorización).
- Juegos de mesa (dame, toma, paso, quiero, voy).
- Versos. Canciones.
- Armar palabras y frases. Terminar pronunciándolas.
- Relaciones gramaticales: tiempo, número, persona.
- Relaciones entre los elementos de enlace en las frases y oraciones (conjunciones, artículos, preposiciones).
- Conjugación verbal.
- Utilización de una misma palabra en diferentes contextos. (“dame el lápiz”, “dibuja con el lápiz”).
- Láminas temáticas que refuercen los enlaces de las palabras (“acérquese a la ventana”, “sepárese de la ventana”, “ponga el cuadro en la ventana”).
- Repetición de oraciones marcando los elementos de enlace.
- Dar diferentes vínculos predicativos para una misma palabra y viceversa.

Procedimientos específicos para la afasia dinámica: se pretende rehabilitar los defectos del lenguaje interior, cuya función es la planificación y programación de la expresión externa. Para ello hay que acudir a la programación externa de la expresión y por otro lado, reemplazar la expresión patológica por la imagen de la palabra (como se hace normalmente a nivel del lenguaje interno).

- Otra tarea consiste en restablecer la posibilidad de actualizar los verbos para facilitar la composición de las frases y mejorar los agramatismos.
- Uso del lenguaje automático conservado-verbos, canciones, versos, refranes.
- Movimientos simples con las manos, piernas, marchas (para actuar sobre la inhibición y la pérdida de la iniciativa). Estos ejercicios gimnásticos pueden realizarse con fondo musical, tarareando o hablando.
- Restablecimiento del componente rítmico melódico del lenguaje (puede comenzar con ayuda de las manos) y después incluir la voz y la entonación.
- Dar situaciones conflictivas que inciten a una conducta verbal activa (el enfermo se ve obligado a preguntar y a tomar decisiones).
- Escoger distintos vínculos predicativos para una misma palabra (preferente-mente verbos) (...voy al cine, a la playa, al parque).
- Distintos vínculos predicativos relacionados con una expresión (el cine es bueno, interesante, está lejos).

- Todo puede ser primero mediante láminas, luego la orden por escrito y después órdenes verbales. Posteriormente se continúa con el incremento de la red de significados aumentando el número de palabras y sus vínculos gramaticales.
- Oraciones a partir de una palabra, dos ó tres relacionadas. (lluvia- la lluvia va a caer temprano.); -hombre-cielo-pájaro- el hombre miró el pájaro que va por el cielo.
- Componer relatos a partir de una lámina, de varias palabras relacionadas o de una expresión.
- Sinónimos y antónimos.
- Completar frases escritas u orales apoyadas o no con láminas.
- Método de tarjetas para cada palabra de la oración.
- Descripción de láminas con temas consecutivos.
- Hacer monólogos a partir de una idea o de forma espontánea.

Todos estos ejercicios pueden ser utilizados también en los pacientes con afasia motriz eferente según el caso y su sintomatología.

Rehabilitación de las afasias sensoriales

Tareas

- Reinstauración del análisis acústico y semántico.
- Rehabilitación de los procesos gnósticos y mnésticos.
- Rehabilitación de la comprensión de las frases, oraciones y el discurso.
- Rehabilitación de los trastornos articulatorios y gramaticales.

La rehabilitación debe tener un enfoque diferenciador y para ello es necesario la precisión y delimitación diagnóstica del tipo de afasia sensorial. El desarrollo de estas tareas se utilizará teniendo en cuenta la forma específica de afasia y su sintomatología predominante.

Procedimientos específicos para la afasia acústico-gnóstica (sensorial propiamente dicha): se pretende la rehabilitación del oído fonemático, el análisis y síntesis de los sonidos del lenguaje.

- Para la diferenciación sonora constante.
 - Programa relacionando sonido-letra.
 - Funcionalismos fonemáticos.
 - Observación de la imagen oral de la palabra (los labios del logopeda).
 - Imitación de la pronunciación en silencio del 1er sonido, del 2do, etc.
 - Hallar la letra que le corresponde, reconocerla al tacto.
 - Decir el nombre de esa letra y colocarla donde va la palabra.
 - Pronunciar dos sílabas sin sentido 2 sss, 3 sss, 4 sss (de diferentes niveles articulatorios y de iguales niveles articulatorios).

- Utilizar formas de trabajos no verbales (dibujos, calado, construcciones, etc.)
- Para mejorar la comprensión, la atención y la memoria.
 - Órdenes verbales cortas. (cierre los ojos, abra la boca), y luego complejas (de los dos cepillos, alcánzame el azul, etc.)
 - Reconocimiento del esquema corporal.
 - Ejercicios de memorización simple
- Para el restablecimiento de las representaciones visuales y auditivas de los objetos y palabras.
- Distribuir objetos en distintas categorías.
- Dibujar un objeto. El especialista nombra la categoría, hallar la letra con que comienza su denominación y completar las letras que faltan con el objeto ya dibujado.
- Repetir palabras, relacionadas con la ilustración, analizar la composición de las palabras, componerlas con letras recortadas, escribirlas, leerlas y de nuevo relacionarla con la lámina.
- Para la rehabilitación de las estructuras lógicos-gramaticales del lenguaje.
 - Relacionar la información verbal con el contenido de láminas (hallar el objeto que se corresponde al texto).
 - Tareas orales cambiando formato gramatical (muestro el lápiz... ¿qué es?)
 - Conversación en forma de preguntas-respuestas leyéndole previamente un texto.
 - Consignas verbales: (“deme la mano”... “siéntese”... “traiga la libreta, etc.”)
 - Dar listas de palabras afines a su entorno y a su profesión.
 - Proveerlos de frases habituales. (“buenos días”... “muchas gracias”. “dame agua”.)
 - Repetir los días de la semana, meses del año, contar números de forma directa e inversa.
 - Trabajo con láminas. (nominación, descripción, etc.).

Procedimientos específicos en la afasia acústico amnésica: deben rehabilitarse el estrechamiento del volumen de percepción y de retención del material verbal (memoria audio verbal), y restablecer además las representaciones visuales estables de los objetos (la palabra no siempre evoca la imagen del objeto), y la representación gráfica de la palabra.

- Clasificación de objetos por categorías diferentes entre sí. (transporte-vegetales-instrumentos.)
- Después más sutiles. (transporte aéreo...terrestre...acuático.)

- Generalizaciones. Análisis visual del aspecto exterior de varios objetos. Extraer luego el rasgo principal con el que se puedan unir en un grupo. Análisis de un objeto en sus diferentes representaciones. Nombrar cada elemento del objeto. Escribirlo. Dibujarlo. Poner las letras que faltan. Análisis literal.
- Inducir las imágenes de los objetos. (mostrar un instrumento musical y pedirle que dibuje otro instrumento musical. Hallar la letra con la que comienza un instrumento musical.
- Dar el campo semántico de una palabra. (jardín y debe de pensar en... flores, césped, regadera, jardinero)
- Trabajo con sustantivos, antónimos, sinónimos.
- Ir del contenido general de una lámina a los detalles, las relaciones. Análisis comparativo de varias láminas.
- Repetir de memoria serie de dos, tres y cuatro palabras.
- Repetir de memoria frases y oraciones.
- Actualizar cada sustantivo. Introducirlos cada uno en diferentes contextos y/o buscarlos en otras láminas temáticas. Decir o redactar oraciones a partir de estos sustantivos.
- Lectura fraseológica.
- Reconocer letras que se diferencien sólo por la orientación espacial; por ejemplo: b-p, b-d, g-q.

Procedimientos específicos para afasia semántica: hay alteración del enlace entre la estructura gramatical del lenguaje y en sentido que en él se expresa.

- En caso de alteraciones importantes de la gnosia espacial se utilizan métodos extra verbales:
 - Reconocimientos de las figuras geométricas; búsqueda de los elementos diferentes y parecidos del objeto, su distribución espacial, la construcción a partir de partes del objeto (juegos).
 - Dibujar o colocar objetos delante – detrás – arriba – abajo, a la izquierda, a la derecha de.
 - Elaborar conceptos comparativos: más – menos, mayor que – menor que, más corto que, más largo que...
- Conciencia del esquema corporal y su situación en el espacio: en dibujos o láminas, en el propio enfermo, acompañándose de acciones (levante la mano derecha, tóquese el ojo izquierdo, tómelo con la mano izquierda, vaya delante, vaya hacia atrás, doble hacia la derecha.
- Para la rehabilitación de la comprensión de estructuras lógico-gramaticales complejas del lenguaje:
 - Comprensión general de un texto simple escrito. Análisis de sus oraciones que pueden ser con el auxilio de láminas.

- Dar tareas orales en la que las palabras denominativas cambien en el contexto de la frase. (muestre el tenedor; coloque la fruta al lado del tenedor; el hombre come la comida con el tenedor)
- Método de pregunta – respuesta según la lámina o el tema: (¿hacia dónde corrió el perro?)
- Ir aumentando el volumen de los textos y complicando su estructura gramatical.
- Análisis del contexto: (las manzanas rojas son más sabrosas que las verdes. Muestre una manzana sabrosa). La niña con trencitas es más bonita que la que tiene pecas... ¿cuál es más bonita?
- Hacer oraciones con grados comparativos: (la palma es más alta que el cocotero, pero más baja que el pino. ¿cuál es más alta?)
- Uso de preposiciones: (la mesa está debajo de la lámpara y sobre el piso.
- Preguntar de una oración: “quién”, “con quién”, “con qué”, “qué”, “a quién”.
- Órdenes complejas como: “señale el mapa y la llave con el puntero”...“La madre de mi hijo; la hermana de mi padre; ¿Qué son míos?
- Solucionar problemas aritméticos simples.
- Métodos grupales (conversación, dramatización, juegos verbales).

Tratamiento grupal:

Taller de conversación

- Promover la comunicación a través de gestos, mímica, lenguaje escrito y/o dibujos como complemento del lenguaje oral y lograr su uso espontáneo.
- Reconocer las posibilidades comunicativas propias.
- Adoptar un rol activo en la conversación.

Temas

- Pedir, informar, aconsejar, preguntar, ordenar, imaginar sobre algún tema específico, la solución de un problema, el tema de una película u otras narraciones.
- Juegos competitivos de preguntas o respuestas.

Taller de dibujo

- Lograr que el dibujo se convierta en recurso auxiliar para la comunicación.
- Desarrollar la observación y el reconocimiento de objetos.

- Desarrollar la síntesis expresada por el dibujo.

Temas

- Observación y dibujo de objetos presentes y ausentes, figuras geométricas y humanas completas e incompletas.
- Descripción de acciones y situaciones presentes en los dibujos.

Taller de música

- Respiración
- Relajación
- Emisión de voz y canto

Taller lúdico

- Trabajar todo a partir de juegos reglados (cartas, parchís, damas, dominó etc.).

Esto mejora la memoria, atención, concentración, la deducción y por ende, la capacidad de aprendizaje.

- De conversación. De dibujos.

Terapia con la computadora

Peña Casanova en su libro sobre rehabilitación de las afasias señala que con el desarrollo sucesivo de la tecnología de la informática se ha incrementado la posibilidad de utilización de ordenadores en el diagnóstico y al terapia logofoniatría de los diferentes tipos de trastornos del lenguaje, el habla y al voz.

Se han diseñado múltiples programas que se utilizan en la mayoría de las clínicas del mundo desarrollado. Estos programas tocan de lo más genérico del problema hasta las necesidades y dificultades más específicas del paciente atendiendo al área de la función sensorial, cognitiva o motriz afectada al diseño de la tarea y al plan terapéutico.

Sin apartarse de los métodos convencionales, el método computarizado implica una ampliación del tratamiento y una mayor complejidad y flexibilidad en su uso. Por medio del mismo se puede hacer un sistema interactivo de imágenes, signos, curvas y juegos en función de la respuesta del paciente y de su conexión. En grandes limitaciones motoras, los cambios eléctricos generados por los ojos o con los labios pueden servir al paciente para intercambiar con su medio. Pueden controlarse el número de aciertos y errores, registrarse los resultados en cada sesión de trabajo logopédico, efectuar feedback correctos ante cada respuesta, etc. En función de ciertas variables puede variar el nivel de dificultad de la tarea y cambiarla por una más sencilla o más difícil.

Se ha demostrado que en pacientes con lesión cerebral, el aprendizaje ocurre solo si se hacen múltiples y repetidas estimulaciones e informaciones que son

más factibles por la computadora. Hay muchas razones para creer que la tecnología informática tiene un importante papel, tanto en el tratamiento de la afasia, como en los métodos de comunicación aumentativa. La principal característica de estos métodos es el fácil acceso y la gran variedad de tareas posibles con una computadora.

Actualmente no se justifica la indicación de medicación específica para mejorar el lenguaje y el rendimiento cognitivo. La farmacoterapia no debe usarse como un sustituto de la terapia del habla.

Evaluación y control

Los pacientes se seguirán por consulta cada quince días los dos primeros meses (si son externos). Después se hará una vez al mes. Se seguirán por el departamento técnico dos veces por semana.

Los pacientes ingresados se verán por consulta una vez por semana y en el departamento técnico todos los días.

Indicadores de estructura		Plan%	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	Logopeda y personal auxiliar con entrenamiento específico	>90	>90	81-89	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	90-94	< 90
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	90-94	< 90
Organizativos	Disponibilidad diseño organizativo para aplicar el PA	95	95	90-94	< 90
	Planilla recogida datos del PA	100	100	-	<100
	Base de datos electrónica	100	100	-	<100
Indicadores de proceso		Plan%	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con afasia que reciben las recomendaciones terapéuticas a partir de la consulta # 2		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con afasia que concurre al departamento técnico		>80	>80	60-79	< 60
% pacientes con afasia con análisis realizados según lo recomienda el PA		>90	>90	80-90	< 80
Indicadores de Resultados		Plan %	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con diagnóstico confirmatorio a partir de la consulta # 4		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con mejoría ostensible de algún parámetro del lenguaje por apreciación clínica y opinión del paciente o familiar después de 6 meses		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con afasia que se manifiestan satisfechos de los resultados obtenidos		>90	>90	80-90	< 80

Información a pacientes y familiares

- Se informará a pacientes y familiares sobre el pronóstico rehabilitatorio según el tipo y severidad de la afasia.
- Se orientará sobre la importancia de la cooperación familiar como premisa para alcanzar una mejoría suficiente que permita insertar de nuevo al paciente a su entorno social y laboral.
- Se le darán por escrito las diferentes técnicas indicadas con la orientación de que se les realicen todos los días varias veces al día.

Bibliografía

1. Albert ML, Velez AJ Aphasia therapy research - Annual update. National Aphasia Association Newsletter. 2000; 12. <http://www.aphasia.org/NAAresearch.html>
2. Bea Muñoz M Diagnóstico y tratamiento de las afasias por el médico rehabilitador. Rehabilitación (Madr) 1995; 29:267-73.
3. Darley .F, Aronson. A, Brown. J.: Differential diagnostic patterns of dysarthria. Journal of speech and hearing research, 12, 462-496, 1969. en: Neurología Para especialistas del habla y del lenguaje. Russell J, Wanda G. edit panam. B. aires. 1992. pág. 142.
4. Luria, A: El cerebro en acción. La Habana. Editorial Pueblo y Educación, 1982
5. Moreno Carretero M Afasia: revisión. Rev Log Fon Audiol 1997; 17:259-76
6. Neurología para especialistas del habla y del lenguaje. Russell J. Wanda G. edit panam. B. aires. 1992.
7. Peña Casanova J. Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados. Barcelona. Masson 1995
8. Small SL Aphasia Rehabilitation. En: Lazar RB, ed. Principles of Neurologic Rehabilitation. Nueva York: McGraw-Hill; 1997. p. 517-51.
9. Vigotsky, S.L. Pensamiento y Lenguaje. Paidós. Barcelona, 1995.
10. Berthier M.L.: Afasia secundaria a accidente cerebrovascular: Epidemiología, fisiopatología y tratamiento. Drugs and Aging 22 (2):163-182, 2005
11. Vendrell J.M: Las Afasias, semiología y tipos clínicos. Rev. Neurol. 2001; 32: 980-6
12. Flores Avalos B.: Las afasias. Conceptos clínicos. Instituto de la Comunicación Humana. Manual de medicina de la comunicación humana No. 7, México, 2002

13. Qué es la afasia: Nacional Aphasia association. [Hht://www.aphasia.org](http://www.aphasia.org) nov. 2005.
14. Afasia, disartria, deterioro del lenguaje: Kenneth Gross, M. D. Enciclopedia médica en español [www. Urac.org](http://www.Urac.org)
15. Berthier, M.L: Afasia Secundaria a Accidente Cerebrovascular. *Drugs and Aging* 22(2): 163-182 [http//www.e.logopedia.net](http://www.e.logopedia.net) 2005

Revisado Junio 2008