



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



**Código:**  
MG-SAF-23



**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 03**

**Hoja:** 1 de 39

# GUÍA CLÍNICA DE TERAPIA PARA AFASIA

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura Servicio de Terapia de Voz, Habla y Deglucion	Jefatura de División de Terapia de Comunicación Humana	Subdirección de Audiología, Foniatria y Patologia del Lenguaje
Firma			

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
		<b>Hoja: 2 de 39</b>	

## 1 Propósito

Elaborar y aplicar criterios y/o lineamientos para la evaluación y rehabilitación de las funciones corticales superiores comprometidas en el paciente con afasia. Estableciendo métodos, estrategias y técnicas, con el objetivo de optimizar el proceso de atención.

## 2 Alcance

El presente procedimiento es de observancia general y obligatoria para el personal del Servicio de Terapia de Voz, Habla y Deglución del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

## 3 Responsabilidades

- **Directora:**

- ✓ Verificar el cumplimiento del procedimiento
- ✓ Proporcionar los recursos necesarios para llevarla a cabo

- **Subdirector:**

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

- **Jefe de Servicio:**



- ✓ Elaborar la guía del padecimiento
- ✓ Supervisar el cumplimiento de la misma
- ✓ Procurar el cumplimiento de la misma

- **Licenciado Terapeuta Adscrito:**

- ✓ Ejecutar la guía
- ✓ Participar en la revisión

## 4 Políticas de operación y normas Control de Cambios

Del presente documento se hará cada dos años o antes si fuera necesario, por lo cual las sugerencias y comentarios deberán dirigirse a la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje.



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 3 de 39

## 5 Definición Afasia

La afasia es una alteración del lenguaje, que surge como consecuencia de un daño cerebral (Luria, 1947, Goodglass y Kaplan, 1972, Hecaen 1979, Xomskaya 1987, Benson y Ardila 1996). Basándose en criterios más clínicos Kertesz (1985) la define como una alteración del lenguaje, consecuencia al daño cerebral, caracterizada por dificultades en la producción (Agramatismo, y/o parafasias), disminución en la comprensión y errores en la denominación (anomias). Por lo tanto la afasia se presenta como una alteración del lenguaje producida por una lesión focal. (Ardila 1983). Diversos autores (Goldstein, 1948; Goodglass, Kaplan, 1972) han realizado grandes aportaciones para el estudio de pacientes con afasia. Cada uno de ellos ha realizado propuestas, no sólo relacionadas con la naturaleza de la afasia, sus mecanismos, su clasificación, su relación con las estructuras nerviosas y con la alteración de otros procesos psicológicos, sino también con los métodos de evaluación y rehabilitación.

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

- Luria (1947) entiende por afasia la alteración sistémica del lenguaje que surge ante lesiones corticales locales del hemisferio izquierdo (en sujetos diestros), las cuales conducen a la desaparición de uno u otro eslabón o factor (defecto primario que se relaciona con la función propia de una estructura cerebral dada) y que se manifiesta en síndromes específicos que caracterizan a los diferentes tipos de alteraciones del lenguaje. El lenguaje es un sistema funcional complejo, factor importante en el desarrollo y formación de conceptos. El lenguaje no es solo un medio de generalización, sino que, al mismo tiempo, es producto del pensamiento. Es decir, adquiere una función reguladora de la conducta y tiene el poder de coordinar, establecer y facilitar otros comportamientos. Cuando se ve alterado como en el caso de la afasia no solo se altera éste sino además otras funciones corticales superiores.
- Goodglass y Kaplan (1972) definen las afasias como las perturbaciones del lenguaje oral y escrito que se producen por lesiones de ciertas áreas cerebrales.
- Hecaen (1979) define la afasia como las alteraciones en la comunicación verbal debidas a lesiones cerebrales circunscritas. El autor aclara que esta definición no es satisfactoria porque la alteración del lenguaje está definida por la lesión focal que la ocasiona, más que por cualquier característica especial de la alteración en sí misma.
- Tsvetkova (1988) Demostró que la afasia no es simplemente una alteración del lenguaje sino un síndrome complejo en donde se alteran otros procesos como la percepción, la memoria, el pensamiento, etc. esto permitió llegar a una definición más exacta del concepto de afasia a la cual considera como: "Una alteración sistémica del lenguaje que resulta de lesiones locales del cerebro, involucrando diferentes niveles de su organización que influyen sobre sus relaciones con otros procesos psíquicos del hombre, alterando en primer lugar la función comunicativa del lenguaje; la afasia incluye cuatro componentes: La alteración propia del lenguaje y de la

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja: 4 de 39</b>

comunicación verbal, la alteración de otros procesos psíquicos, cambios en la personalidad y la reacción ante la enfermedad”.

## 6 Diagnóstico

### 6.1 Cuadro Clínico

Considerando al lenguaje como el resultado de la actividad de una organización neuronal responsable de la integración y la emisión de los mensajes lingüísticos. La desorganización de esta actividad como resultado de una lesión cerebral es lo que constituye el síndrome afásico, la exploración de estos pacientes debe poner en evidencia aquellos aspectos lingüísticos que están conservados, los que están destruidos y los que están alterados.

Debemos considerar que el lenguaje del paciente afásico es la resultante de las actividades globales del cerebro, al igual que para los sujetos normales; si bien, por efecto de la lesión, estas actividades responden a una forma de organización que depende de la interacción entre supresiones, desviaciones, inhibiciones o liberaciones de los múltiples sistemas funcionales afectados por la lesión cerebral.

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



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

### 6.2 Clasificación

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

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

Luria dividió los síndromes afásicos en dos grandes grupos, los anteriores y los posteriores, y así clasifica los mismos en:

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja: 5 de 39</b>

### 6.2.1 Afasia Dinámica.

- Por lesión en el lóbulo frontal del hemisferio dominante área 47 de Brodmann

#### Sintomas:

- Adinamia verbal y grafica
- Alteraciones en la iniciativa y/o en la continuación activa de una conversación.
- Pérdida del esquema lineal de la frase
- Lenguaje no fluente
- Ecolalia
- Comprensión intacta
- Fallas en lectura, escritura y cálculo

### 6.2.2 Afasia Motora Eferente

- Por lesión en la región inferior de la zona premotora del hemisferio dominante, en las áreas 44 y 45 de Brodmann.

#### Sintomas:



- Desorganización de la base *cinética* del acto motor del lenguaje.
- Perseveraciones o estereotipos
- Lenguaje no fluente
- Parafasias fonológicas
- Lenguaje con agramatismo
- Fallas en lectura, escritura y cálculo

### 6.2.3 Afasia Motora Aferente.

- Por lesión en la región postcentral inferior del hemisferio dominante, en área 43 de Brodmann.

#### Sintomas:

- Alteraciones en la organización cinestésica del lenguaje.
- Problemas en la estructuras propiocepticas y espaciales de los movimientos del articulema. El paciente no encuentra o no sabe hacia donde dirigir los organos articulatorios. Problemas en el manejo de los "engramas cinestésicos", se altera la inervación aferente de los actos articulatorios lo que hace que se pierda la selectividad. La manifestación es la sustitución de fonemas por otros de rasgos distintivos próximos, el paciente "busca" la posición correcta.
- Dificultades en las praxias bucofonatorias.
- Lenguaje no fluente
- Parafasias fonológicas
- Fallas en lectura, escritura y cálculo de acuerdo a los síntomas del síndrome.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 6 de 39

#### 6.2.4 Afasia Acústico Agnósica.

- Por lesión en la región posterior de la circunvolución temporal superior izquierda del área 21, 22 de Brodmann.

##### Sintomas:

- Alteraciones del oído fonemático, dificultades para reconocer, identificar o diferenciar los sonidos acústicos fonológicos del lenguaje. falta de unión y/o concordancia del fonema con un significado.
- Lenguaje fluente
- Parafasias fonológicas
- Parafasias semánticas
- Fallas en la repetición
- Dificultades en la denominación
- Jergafasia
- Fallas en la comprensión
- Fallas en lectura, escritura y cálculo.

#### 6.2.5 Afasia Acústico Amnésica



- Por lesión en la región de la circunvolución temporal medial izquierda áreas 21 y 37 de Brodmann.

##### Sintomas:

- Alteraciones del volumen de la memoria verbal, la capacidad de retener el volumen verbal de información audioverbal.
- Lenguaje fluente
- Anomias
- Parafasias semánticas
- Parafasias fonológicas
- Fallas en la comprensión del lenguaje
- Fallas en lectura, escritura y cálculo

#### 6.2.6 Afasia Amnésica

- Por lesión en la región temporo-occipital áreas 39, 40 de Brodmann.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja: 7 de 39</b>

**Sintomas:**

- Dificultad para denominar objetos. En la percepción de los objetos con sus características dominantes, una imagen visual (conceptual) íntegra, un sistema de asociaciones y relaciones multimodales, un sistema de conexiones léxicosemánticas y morfosintácticas.
- Alteraciones del sentido de la palabra
- Fallas en lectura, escritura y cálculo

**6.2.7 Afasia Semántica**

- Por lesión en la región temporo-parieto-occipital áreas 39, 40, 37de Brodmann.

**Sintomas:**

- Alteraciones en la comprensión y producción de las estructuras lógico-gramaticales.
- Dificultades en la ubicación espacial y temporal
- *Apraxia* construccional
- *Anomias*
- Parafasias semánticas
- Parafasias fonológicas
- Fallas en la comprensión del lenguaje
- Fallas en lectura, escritura y cálculo Dificultad en la solución de problemas matemáticos



**7 Tratamiento**

**RECOMENDACIONES**

Grado	Recomendación	Referencia
✓ R	En el paciente con afasia, el uso de medios alternativos y aumentativos de comunicación (gestos, dibujo, etc.) incrementan la comunicación verbal funcional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ National Stroke Foundation (2010).</li> <li>➤ Rose et al, 2006</li> <li>➤ Rose et al, 2012</li> <li>➤ Rose et al, 2013</li> </ul>

<b>C</b>	Todos los pacientes que presenten un déficit de comunicación deben ser examinados por herramientas de evaluación que sean estandarizadas, validas y confiables	➤ (Salter et al, 2006)
<b>D</b>	Toda la información escrita sobre el diagnostico y sintomatología de la afasia, debe estar disponible en un formato	➤ Brennan et al, 2005 ➤ Rose et al, 2003
<b>B</b>	La agudeza visual, los campos visuales, negligencia visual necesitan considerarse para la lectura.	➤ Taylor-Goh, S., ed. (2005).
<b>B</b>	El tratamiento debe centrarse en la discriminación de los sonidos de lenguaje en pacientes con alteraciones receptivas en las afasias y en los significados de las palabras, apoyándose en la comunicación del individuo y su entorno.	➤ Taylor-Goh, S., ed. (2005).
<b>C</b>	El tratamiento del lenguaje debe tomarse en cuenta los aspectos fonológicos, semánticos, lectura, escritura, comprensión de oraciones, deberán ser sobre la base de modelos derivados de la neuropsicología	➤ Taylor-Goh, S., ed. (2005), ➤ Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group (2010).



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 9 de 39



B	Para las dificultades del lenguaje expresivo deben incluirse tareas para la producción del lenguaje, como repeticiones, rimas, y lectura en voz alta	➤ Taylor-Goh, S., ed. (2005).
---	--	-------------------------------

## EVIDENCIAS

NIVEL	DESCRIPCIÓN	REFERENCIA
Nivel 1b	La terapia semántica y fonológica mejora el lenguaje del paciente con afasia	➤ Teasell, R. W., Foley, N. C., et al. (2011).
Nivel 1b	El tratamiento cognitivo y lingüístico con aspectos semánticos y fonológicos mejoran la fluidez y escritura	➤ Teasell, R. W., Foley, N. C., et al. (2011).
NIVEL 2	Las estrategias semánticas y fonológicas por la vía auditiva mejoran la precisión y la recuperación de la palabra.	➤ Teasell, R. W., Foley, N. C., et al. (2011).

### 7.1 Evaluación Inicial de la LTCH

La Terapeuta recibe al paciente con diagnóstico de afasia. El Servicio de Patología del Lenguaje, ha elaborado un resumen Clínico, donde se desglosa cada una de las evaluaciones realizadas así como el o los diagnósticos y las recomendaciones que se deberán observar y cumplir.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 10 de 39

El proceso rehabilitatorio comienza con una entrevista con la participación de algún familiar, que permita conocer los aspectos médicos, sociales y emocionales más relevantes del paciente. Posteriormente se realiza el proceso de evaluación, para establecer las características y la gravedad del cuadro que aqueja al paciente.

## 7.2 Rehabilitación

Para la rehabilitación deben tomarse en cuenta nuevos sistemas funcionales que incorporen nuevas eferentaciones y aferentaciones, las cuales antes participaban de modo directo en la relación de esa función ahora afectada.

Se debe construir la enseñanza rehabilitatoria sobre la base que quedó en reserva. Se considera la creación de nuevos sistemas funcionales, los cuales incorporen nuevos eslabones que antes no participaban directamente en la realización de una función.

Se debe precisar la estructura, sintomatología, áreas indemnes, procesos neuropsicológicos y neurolingüísticos, estrategias y habilidades presentadas por el paciente, ello para planear y precisar el proceso rehabilitatorio.



La enseñanza rehabilitatoria se organiza para crear nuevos sistemas funcionales asentados en aferencias intactas y con una estructura polirreceptiva de las funciones. Deberán utilizarse diferentes niveles en los que pueda ejecutarse la función dañada.

Es notorio que al lesionarse la corteza cerebral, sufren ante todo los niveles superiores en los que se cumplen las funciones con la máxima voluntariedad y quedan más intactos los niveles en que las funciones transcurren de manera automatizada.

El restablecimiento de las funciones no deberá hacerse de forma pasiva, sino activa y autorregulable. Es de primordial importancia conocer el funcionamiento del cerebro para rehabilitar las alteraciones neuropsicológicas y neurolingüísticas del paciente con afasia. Es fundamental para la rehabilitación una estimulación multirreceptiva desde el inicio, basada en los aspectos intactos del paciente, quien tiene del pasado gran experiencia laboral, social, intelectual, emocional y familiar, ya que esta no desaparece y queda indemne en diversas formas de actividad. Esto permite transferir provisionalmente la función dañada a otro nivel de su ejecución accesible al paciente.

A continuación se mencionan algunas técnicas y métodos que han mostrado su eficacia en la rehabilitación del paciente afásico. Muy importante al iniciar un proceso rehabilitatorio son los objetivos básicos que deben ser considerados para el paciente adulto:

- Reducir la ansiedad ante el fracaso.
- Mejorar el procesamiento de la información lingüística.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 11 de 39

- Dar opciones comunicativas.
- Aumentar al máximo su capacidad de comunicación independiente.

## 7.2.1 Las Técnicas de facilitación de estímulos.

### 7.2.1.1 Desbloqueo

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

#### 7.2.1.2 Programa de Estimulación Base-10

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



#### 7.2.1.3 Reorganización del sistema funcional

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

La rehabilitación del lenguaje usualmente comienza con la actualización de este: el paciente debe producir tanto lenguaje como sea posible, una vez que se produzca una palabra o frase se incrementa la probabilidad de que se repita. El punto de partida de este enfoque, es que en cada síndrome afásico, se encuentra alterado cierto nivel específico del lenguaje. Es posible superar este nivel alterado valiéndose de los niveles mejor conservados.

#### 7.2.1.4 Terapia Melódica Entonacional

Propuesta por Sparks, Helm & Albert, (1974). Consiste en entrenar al paciente a llevar el ritmo de la palabra o frase (golpeando con la mano) a medida que la palabra o frase es entonada por el terapeuta, y mientras mantiene el patrón rítmico el paciente también intenta entonar la palabra o frase. A medida que la entonación tiene efecto sobre el lenguaje del paciente, el terapeuta gradualmente suprime la estimulación y más tarde el paciente suspende el ritmo pero continúa con la entonación. Este procedimiento sólo es útil con un grupo limitado de pacientes afásicos, Aquellos con limitaciones importantes en la producción, incluyendo una agilidad verbal pobre, comprensión relativamente conservada y pobre repetición (básicamente, pacientes con afasia motora eferente).

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 12 de 39

### **7.2.1.5 Tratamiento de respuesta contingente a pequeños pasos.**

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

### **7.2.1.6 Métodos de Estimulación**

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

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

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

### **7.2.1.8 Lenguaje Erichment Therapy. (LET)**



Introducido por Lesser en 1986 se fundamenta en la teoría de Luria, según la cual la readquisición del lenguaje se basa en la reorganización de los sistemas complejos y la interacción entre el lenguaje y otras capacidades mentales. Consiste en un programa jerárquico que estimula al paciente en las tareas y procesos tales como la comprensión, repetición, construcción de frases, denominación, lectura y escritura.

### **7.2.1.9 Estimulación audiovisual y tratamiento de producción directa.**

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

### **7.2.1.10 Repetición de frases**

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

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 13 de 39

### 7.2.1.11 Aproximaciones orientadas al lenguaje

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

### 7.2.1.12 Tablero de construcción de frases

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

### 7.2.1.13 Terapia de acción visual



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

### 7.2.1.14 Estimulación Sintáctica de Helm

Tiene como finalidad reducir los agramatismos (incorrecta construcción de frases) se utiliza en la afasia dinámica y motora eferente. Las técnicas utilizadas permiten a los pacientes mediante la lectura y la conversación con el terapeuta formar oraciones espontáneas y bien construidas. Para utilizar correctamente cada una de estas técnicas y métodos se debe considerar que la mejor forma de rehabilitar a un paciente afásico adulto es la que permite incidir en todos los trastornos observados y no en uno determinado. Al hacerlo de esta manera se consigue una más rápida restauración de las funciones cerebrales, al ser estimulada mayor extensión de corteza cerebral. Bajo esta premisa deben considerarse los trastornos más comunes que se presentan en el lenguaje y demás funciones afectadas, en cada paciente afásico con el objetivo de planear, personalizado, el proceso rehabilitatorio idóneo.

### 7.2.1.15 Otros

El desarrollo alcanzado por las neurociencias y la informática ha permitido que los métodos convencionales de rehabilitación se complementen paulatinamente con programas informáticos que proporcionan innumerables ventajas al proceso de rehabilitación, entre estas nuevas herramientas se encuentra el programa Lexia 3.0 para Windows, se emplea como complemento de tratamiento de la afasia el cual es recomendado, sin embargo en Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra no se emplea. Se pueden elegir parámetros ya ajustados a los diferentes tipos de afasia. El lexia 3.0 esta desarrollado teniendo en cuenta los últimos avances sobre investigación de las afasias, además desde una perspectiva

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 14 de 39

neurolingüística adoptando una postura logopedica-pedagógica, con Lexia 3.0 se puede estimular comprensión de palabras, de frases, de textos y de construcciones gramaticales. Casi todos los ejercicios permiten trabajar con habla digitalizada o sintetizada.

#### **7.2.1.16 La rehabilitación de los trastornos afásicos de predominio motor incluye:**

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

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

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



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

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

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

#### **7.2.1.17 La rehabilitación de los trastornos afásicos de predominio receptivo o sensorial**

Tiene como objetivo fundamental, restablecer la correcta percepción de los sonidos y la comprensión acústica del lenguaje, realizando actividades que incidan en los problemas de expresión que corren paralelos al déficit comprensivo.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 15 de 39

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

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

En la tercer etapa de la rehabilitación, cuando el paciente no tiene problemas de reconocimiento de sonidos, se le pedirá que realice ejercicios de discriminación de palabras, donde la diferencia de un sonido hace variar el significado, para complementar la rehabilitación del déficit comprensivo y una vez que el paciente reconoce sonidos, se trabajara con frases pidiéndole que relacione las frases oídas con laminas que se le presentan, el leerle relatos o cuentos, haciéndole preguntas, permitirá afianzar la comprensión de su lenguaje.

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

### **7.3 Rehabilitación de los diferentes tipos de Afasia:**

#### **7.3.1 Afasia Dinámica**

##### **Objetivo General:**

Superación del proceso adinámico del lenguaje, restablecer la iniciativa verbal, la superación de la ecolalia, reorganizar los procesos del lenguaje interno, así como la regulación de los programas lingüísticos y la organización lineal de las frases.



##### **Primera Etapa**

##### **Objetivo:**

Lograr el proceso de desbloqueo, para superar el proceso adinámico del lenguaje y así restablecer la iniciativa verbal.

##### **Recursos, Estrategias y Técnicas:**

- Ejercitar el lenguaje automático: Que consiste en utilizar técnicas del lenguaje automatizado, donde las funciones del hemisferio derecho participan en forma importante, ya que este tipo de

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja:</b> 16 de 39		

lenguaje no requiere de una organización y planeación lingüística. Como serían días de la semana, meses del año, seriaciones, canciones, refranes, poesía, proverbios.

- Favorecer la iniciativa verbal y la fluidez verbal por medio de la actualización de la dicción de los verbos
- Desbloqueo de los movimientos. Realizar movimientos de brazos manos, pies etc. Realizar órdenes sencillas con acompañamientos musicales, posteriormente el paciente realizara una serie de movimientos cantando esa melodía.
- Técnicas rítmico melódico-entonacionales, marcar el ritmo y entonación de palabras o frases con las manos, insertar posteriormente la voz y seguir con el canto con la voz de terapeuta y por ultimo independiente.
- Técnicas del método reflejo. El terapeuta organizara una frase con un componente gramatical y semántico de tal forma que el paciente solamente pueda, completar o dar una respuesta única a esa frase y la mayoría de la población daría esa respuesta.

Ejemplo:

- ✓ **En la noche sale la \_\_\_\_\_, En la noche salen las \_\_\_\_\_.** En ambas frases se organizo la estructura gramatical y semántica de tal forma que el paciente solo pueda contestar con una palabra especifica y en forma refleja. Donde el cambio de artículos y los tiempos verbales hace que varíen las respuestas.
- ✓ **Fúmate un \_\_\_\_\_**
- ✓ Me como la sopa con la \_\_\_\_\_
- ✓ Cortamos la carne con el \_\_\_\_\_

## Segunda Etapa

### Objetivo:

Lograr el lenguaje predicativo y el lenguaje interno y coherente.

### Recursos, Estrategias y Técnicas:

- Técnicas de descripción
- Técnica de análisis de situaciones.
- Una organización de temporo-espacial de situaciones. Secuencias cronológicas.
- Procesos deductivos, analogía y diferencias, inclusión, exclusión. Etc.
- Descripción de temáticas.
- Juicio y razonamiento.
- Escenas que represente Acciones o fenómenos. Realizar una polisemia de las palabras

Ejemplo:

	La lata
--	---------





<p style="text-align: center;">ABRE</p> <p style="text-align: center;">¿Qué?    ¿Quién?</p>	La escena
	La cuenta
	La marcha nupcial
	El fuego
	La cancha
	La botella
	La manos
<p style="text-align: center;">CORTO</p> <p style="text-align: center;">¿Qué?    ¿Quién?</p>	El pan
	El aire
	A corto plazo / En corto plazo
	La carne
	Se corto la leche
	El agua
	El pasto
	El listón
	A mi novio

- Red de conexiones polisémicas para realizar una función predicativa de un objeto Ejemplo:

<p style="text-align: center;">LA LECHE</p> <p style="text-align: center;">¿Qué hace?    ¿Qué?</p>	Evaporada
	Materna
	Condensada
	Potable
	Pasteurizada
	Se corta
	Se evapora
	Se filtra
	Se corta



- Técnicas de conexiones semánticas y acepciones de palabras.

Poner	Disponer	Ana Laura dispone de tiempo
	Imponer	Una mujer impone su voluntad
	Transponer	Los niños transponen el limite señalado
	Poner	Un hombre pone la silla en orden

**Tercera Etapa****Objetivo:**

Restablecer el esquema lineal de la oración.

**Recursos, Estrategias y Técnicas:**

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 18 de 39

- Completar frases. Me senté a la mesa, acerque el plato de sopa y empecé a \_\_\_\_\_
- Sacar el esquema sintáctico de la oración, construir una oración según lo que hay en la lamina y después ir preguntándole al paciente. Ej. Hoy hace buen tiempo. ¿Qué hace hoy?
- Descripción de narraciones y posteriormente hacer preguntas donde el paciente realice un proceso deductivo, analogías y diferencias, inclusión, exclusión.
- Lectura de textos, posteriormente el paciente narrara lo leído utilizando soportes de fichas o tarjetas para ir realizando el esquema lineal de la frase y favorecer la fluidez verbal.
- Restablecer la función predicativa del lenguaje, a través del lenguaje espontaneo, narraciones, lecturas, análisis de oraciones, asociaciones de palabras e ir formando frases organizadas y estructuradas

### 7.3.2 Afasia Motora Eferente

#### Objetivo General:

Superar los procesos de la inervación-denervación de la base cinética del lenguaje, es decir, las dificultades para pasar de un movimiento a otro de manera fluida, así como las perseveraciones y el agramatismo verbal y/o grafico.

#### Primera Etapa

##### Objetivo:

Lograr el proceso de desinhibición del lenguaje, para superar las perseveraciones y la inercia verbal mediante los procesos automáticos y cinéticos del discurso

##### Recursos, Estrategias y Técnicas:

- Técnica del lenguaje automatizado.
- Técnicas de la repetición rítmico-melódica entonacional, dentro de una serie discursiva.
- Técnicas de inflexiones tonales.
- Técnicas de frases estereotipadas.
- Técnicas de complementación de frases.
- Técnicas del lenguaje emocional.



#### Segunda Etapa

##### Objetivo:

Restablecer la fonación activa de las palabras sueltas

##### Recursos, Estrategias y Técnicas:

- Técnicas de estimulación semántica.
- Técnicas globales de pronunciación activa de las palabras.
- Técnicas de complementación semántica y sintácticas.
- Actualización de palabras que expresen acción.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 19 de 39

- Relación de verbos a una cadena articularia, clasificación por campos semánticos, con los verbos, Ej. Verbos relacionados alimentos. Comer, comprar, vender, tomar, servir, ¿Qué hace el señor?, ¿Qué come el señor?, ¿Cómo es la salsa?, se deberá hacer con un apoyo de imágenes visuales.

### **Tercera Etapa:**

**Objetivo:** Superar el agramatismo verbal y grafico.

### **Recursos, Estrategias y Técnicas:**

- Trabajar con oraciones adverbiales de tiempo: Cuando, desde, hasta, apenas que, siempre que de la misma manera que, antes que, después que.
- Trabajar con oraciones de lugar o locativas: donde, desde donde, de donde, hasta donde, en donde.
- Trabajar con oraciones modales: Como, tal como, lo mismo que, conforme, de la misma manera que, según.
- Oraciones Cuantitativas comparativas: Cuanto, tan tanto como, mas que, menos que, igual que.
- Oraciones Consecutivas: Tanto que, tan que, de manera que.
- Oraciones Condicional: ¿Bajo qué condición, siempre que, a menos que, con tal que?
- Oraciones Causales: ¿Por qué, ya que, dado que, puesto que?
- Oraciones de fin: Trabajar la finalidad de la acción ¿Para qué, con el fin que, con que?
- Oraciones de compañía: ¿Con quién?
- Oraciones de instrumento: ¿Con que?
- Oraciones de medio de transportarse, ¿En qué?
- Oraciones de Temas o argumentos indica de que trata la acción. ¿Sobre, De qué?
- Oraciones de límites. Indica la distancia o extensión en que se encuentran dos cosas entre sí. ¿A qué distancia + Verbo?
- Comprensión de oraciones que se diferencian en base al género y número.
- Elaboración de oraciones simples a complejas utilizando planes narrativos



### **7.3.3 Afasia Motora Aferente**

#### **Objetivo General:**

Rehabilitar el lenguaje expresivo por medio de la base cinestésica, habilitar el proceso sónico-articulario, los procesos práxico bucofonatorios, empleando el esquema externo de los analizadores visuales y auditivos.

#### **Primera Etapa**

**Objetivo:**

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 20 de 39

Lograr el proceso de deshibición del lenguaje, para facilitar el inicio de los mecanismos cinestésicos articulatorios.

**Recursos, Estrategias y Técnicas:**

- Técnica del lenguaje automatizado.
- Técnicas de la repetición rítmico-melódica entonacional, dentro de una serie discursiva.
- Técnicas de inflexiones tonales.
- Técnicas de frases estereotipadas.
- Técnicas de complementación de frases.
- Técnicas del lenguaje emocional.

**Segunda Etapa**

**Objetivo:**

Rehabilitar la fonación entera de la palabra mediante el estímulo auditivo y semántico de la palabra.

**Recursos, Estrategias y Técnicas:**

- Clasificación de objetos, fenómenos y acciones en láminas.
- Clasificación de procesos gnósticos.
- Organización de procesos morfológicos.
- Organización semántica, sensoperceptual y gráfico

**Tercera Etapa**

**Objetivo:**

Rehabilitar el caudal léxico activo sobre el fondo del vocabulario pasivo, asociado a un proceso cinestésico.

**Recursos, Estrategias y Técnicas:**



- Técnicas de actualización de las conexiones polisemánticas de las palabras en diferentes contextos, así como cinestésicos

**Cuarta Etapa**

**Objetivo:**

Que el paciente logre el proceso de la organización cinestésica y el análisis sónico-articulatorio de los elementos que componen la palabra.

- Método logopédico visual-cinestésico.
- Técnicas de los procesos prácticos bucofonatorios.
- Separación rítmico-melódica de la palabra.
- Análisis sónico-literal de la palabra.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 21 de 39

- Repetición de pares de sílabas que contienen sonidos consonánticos cercanos por punto y modo de articulación
- Repetición de pares de palabras que contienen sonidos consonánticos cercanos por punto y modo de articulación.
- Discriminación de sonidos consonánticos cercanos por punto y modo de articulación
- Comprensión de palabras (con sonidos consonánticos cercanos por punto y modo de articulación).

### Quita Etapa



#### Objetivo:

Rehabilitar las formas cinestésicas de la articulación dando posibilidades de disociar los elementos sónico-literales de la palabra a la facultad de articular los sonidos.

- Técnicas pasivas a través del masaje para dar los rasgos distintivos de los fonemas.
- Técnicas activas para dar los rasgos distintivos de los fonemas.
- Técnicas de superación del agramatismo verbal y grafico a través de:
- Trabajar con oraciones adverbiales de tiempo: Cuando, desde, hasta, apenas que, siempre que, de la misma manera que, antes que, después que.
- Trabajar con oraciones de lugar o locativas: donde, desde donde, de donde, hasta donde, en donde.
- Trabajar con oraciones modales: Como, tal como, lo mismo que, conforme, de la misma manera que, según.
- Oraciones Cuantitativas comparativas: Cuanto, tan tanto como, mas que, menos que, igual que.
- Oraciones Consecutivas: Tanto que, tan que, de manera que.
- Oraciones Condicional: ¿Bajo qué condición, siempre que, a menos que, con tal que?
- Oraciones Causales: ¿Por qué, ya que, dado que, puesto que?
- Oraciones de fin: Trabajar la finalidad de la acción ¿Para qué, con el fin que, con que?
- Oraciones de compañía: ¿Con quién?
- Oraciones de instrumento: ¿Con que?
- Oraciones de medio de transportarse, ¿En qué?
- Oraciones de Temas o argumentos indica de que trata la acción. ¿Sobre, De qué?
- Oraciones de límites. Indica la distancia o extensión en que se encuentran dos cosas entre sí. ¿A qué distancia + Verbo?
- Comprensión de oraciones que se diferencian en base al género y número.
- Elaboración de oraciones simples a complejas utilizando planes narrativos.

### 7.3.4 Afasia Acústico Agnósica

#### Objetivo General:

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 22 de 39

Lograr la diferenciación acústica de los fonemas. El restablecimiento de las parafasias semántica y fonológicamente. Superar la jergoafasia y la comprensión del lenguaje

### Primera Etapa

#### Objetivo:

Lograr una actitud consciente ante los sonidos del lenguaje

#### Recursos, Estrategias y Técnicas:

- Técnicas de reconocimiento de sonidos con instrumentos musicales.
- Reconocimiento con sonidos ambientales.
- Concientización de instrucciones verbales relacionadas con situaciones usuales. Ordenes que vayan de lo sencillo a lo complejo.
- Técnicas de atención auditiva verbal y no verbal
- Localización de la fuente sonora verbal y no verbal

### Segunda Etapa

#### Objetivo:

Lograr la diferenciación acústica de los fonemas.

#### Recursos, Estrategias y Técnicas:



- Método sónico-discriminativo. Que el paciente logre incorporar las imágenes cinestésicas y visuales del sonido del discurso.
- Técnicas de integración de palabras al dibujo
- Técnicas de diferenciación acústica unida a imágenes visuales y acústicas
- Técnicas semánticas- discriminativas
- Identificar el concepto trabajo de categorización, empezando por conceptos generales y poco a poco ir destacando rasgos de conceptos más concretos, a través del proceso de discriminación auditiva
- Realizaremos ejercicios centrados en los rasgos y en las relaciones entre palabras para afianzar los conceptos que pueda tener erróneos, a través del proceso de discriminación auditiva y con apoyo visual
- Diferenciar diferentes tipos de voces, niños, mujeres, adultos

### Tercera Etapa

#### Objetivo:

Restablecer la relación consciente de los sonidos fonológicos y las palabras del discurso extrayéndolos de un plan narrativo.

#### Recursos, Estrategias y Técnicas:

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
		<b>Hoja: 23 de 39</b>	

- Análisis cuantitativo y cualitativo de frases, palabras, sílabas y letras.
- Discriminación de sonidos consonánticos opuestos.
- Repetición de pares de sílabas que contienen sonidos consonánticos opuestos. Repetición de pares de palabras que contienen sonidos consonánticos opuestos. Comprensión de palabras que contienen sonidos consonánticos opuestos.
- Comprensión de significados.
- Escucha y repetición de pares de palabras con sonidos cercanos.
- Repetición de sílabas.
- Identificación de fonemas.
- Identificar el primero y el segundo sonidos en palabras.

#### **Cuarta Etapa**

##### **Objetivo:**

Mejorar el reconocimiento y diferenciación acústico-fonológica así como el análisis sónico discriminativo.

##### **Recursos, Estrategias y Técnicas:**

- Técnicas del lenguaje espontáneo.
- Técnicas del lenguaje lecto-gráfico
- Técnicas de comprensión del lenguaje

#### **7.3.5 Afasia Acústico Amnésica**

##### **Objetivo General:**

Lograr la retención del volumen de información verbal y gráfico así como el restablecimiento de la denominación de objetos Superar las parafasias semánticas y fonológicas

#### **Primera Etapa**

##### **Objetivo:**

Reorganizar los procesos perceptuales y los mecanismos de las imágenes visuales de los objetos.



##### **Recursos, Estrategias y Técnicas:**

- Clasificación de objetos y sus representaciones por campos semánticos
- Asociación de objetos a grupos. Ej. Ropa de invierno y verano.
- Correlacionar entre imágenes visuales con la denominación de palabras sacando el rasgo principal semántico y visual

#### **Segunda Etapa**

##### **Objetivo:**

Desarrollar las funciones semánticas y la capacidad para retener el volumen verbal

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 24 de 39

### Recursos, Estrategias y Técnicas:

- Retención audio-verbal involuntaria y voluntaria.
- Retención viso-motora.
- Retención audio-verbal con interferencia heterogénea.

### Tercera Etapa

#### Objetivo:

Incrementar la retención y comprensión de textos. Se utilizaron las diversas opciones en las tareas de esta etapa para fortalecer la superación de los efectos reductivos del volumen y retención del material.

### Recursos, Estrategias y Técnicas:

Comprensión de oraciones largas.

- Repetición de oraciones largas
- Retención de material narrativo y cuestionar
- Retener lenguaje espontáneo
- Retener historietas y cuestionar sobre estas
- Leerle textos, el paciente realizara análisis y síntesis de estos
- Leerle textos, el paciente realizara deducciones, inclusión, exclusión de la información.
- Comprensión de oraciones largas

### 7.3.6 Afasia Amnesica o Anomica

#### Objetivo General:

Superar:

- Las dificultades para denominar los objetos
- La desintegración de la síntesis acústica y visual
- Las alteraciones del sentido de la palabra.



### Primera Etapa

#### Objetivos:

- Procesos gnósticos = Objeto, el paciente reconocerá, identificara, asociara la imágenes visuales, auditivas y somatosensoriales, que conforman el objeto
- Procesos semántico = Significados, el paciente sacara e identificara el significado, función, categorización, clasificación y asociación del objeto
- Procesos acústicos, cinéستicos, motor, verbal y fonológicos = Significante o palabra.

### Recursos, Estrategias y Técnicas:



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 25 de 39

- Los conceptos encierran el significado, la función, la categoría semántica, las relaciones lógicas entre los conceptos, las imágenes mentales y verbales, etc.,
- Procesos gnósticos visuales, auditivos, somatosensoriales de los objetos.
- Empezar con ejercicios de asociación por unidades de vocabularios para que el paciente integre la estructura gráfica y fonética de las palabras con los objetos y conceptos
- Identificación de las partes del cuerpo, estableciendo asociaciones.
- Asociación de objetos.

### **Segunda Etapa**

#### **Objetivo:**

Restablecer la capacidad de almacenar, integrar y evocar la información de:

- Memoria auditiva
- Memoria visual
- Memoria episódica
- Memoria semántica
- Estrategias para el almacenamiento del material.
- Estrategias para la recuperación del material.

### **Tercera Etapa**

#### **Objetivo:**

Restablecer la capacidad de almacenar, integrar y evocar la información en planes narrativos o el lenguaje espontáneo.

#### **Recursos, Estrategias y Técnicas:**



- Descripción de narraciones y posteriormente hacer preguntas donde el paciente realice un proceso de almacenamiento, integración y evocación de la información
- Lectura de textos, posteriormente el paciente narrará este.
- Técnicas de almacenamiento de planes narrativos, después se le realizarán preguntas, involucrando los procesos de deducción, análisis, síntesis, analogías, diferenciación, inclusión y/o exclusión de la información, donde se corrobore que el paciente está almacenando, integrando y evocando la información, utilizando procesos mnésicos.

### **7.3.7 Afasia Semántica**

#### **Objetivo General:**

Recuperar:

- Las estructuras lógico-gramaticales
- La capacidad de integración de procesos gnósticos, prácticos constructivos
- La denominación

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 26 de 39

- Praxia construccional

### Primera Etapa

#### Objetivo:

Superar las alteraciones visoespaciales, a través de los procesos gnósticos y estrategias asociativas

#### Recursos, Estrategias y Técnicas:

- Identificación de figuras
- Identificación de figuras geométricas
- Nociones comparativas
- Trabajo de antónimos y sinónimos
- Conciencia de su esquema corporal.
- Relaciones espaciales
- Rehabilitar la conciencia de las relaciones espaciales de los objetos y del esquema corporal y la transferencia gradual de dichas al nivel discursivo.

### Segunda Etapa

#### Objetivo:

Recuperar los procesos de denominación de objetos.

#### Recursos, Estrategias y Técnicas:

- Trabajar los procesos de denominación a través de los conceptos, el significado, la función, la categoría semántica, las relaciones lógicas entre los conceptos, las imágenes mentales y verbales, etc.
- Procesos gnósticos visuales, auditivos, somatosensoriales de los objetos.
- Empezar con ejercicios de asociación por unidades de vocabularios para que el paciente integre la estructura gráfica y fonética de las palabras con los objetos y conceptos de estos.
- Identificación de las partes del cuerpo, estableciendo asociaciones somatosensoriales, visuales y auditivas



### Tercera Etapa

#### Objetivo:

Comprensión de las estructuras lógico gramaticales verbales y gráficas.

#### Recursos, Estrategias y Técnicas:

- Análisis de oraciones
- Comprensión de las acepciones de las estructuras lógico gramaticales
- Clasificación de objetos por un rasgo absoluto
- Comparación de grupos semánticos
- Resolución de ejercicios gramaticales

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 27 de 39

- Comprensión de órdenes que contienen relaciones espaciales
- Comprensión de oraciones que contienen relaciones cuasi-espaciales, tanto comparativas como temporales.
- Comprensión de oraciones que contienen relaciones cuasi-espaciales, tanto pasivas como genitivas.
- Elaboración de oraciones que incluyan relaciones cuasi-espaciales y de causalidad.
- Comprensión de oraciones con preposiciones
- Comprensión de oraciones enumerativas, descriptivas, narrativas.
- Establecer la comprensión en el nivel de la oración a través del *análisis gramatical*.
- Solución de problemas aritméticos. Para todos los problemas aritméticos se elaboró esquema conceptual que ayuda a identificar la pregunta final, las condiciones, las operaciones, si son suficientes o insuficientes para el logro del objetivo final, así como la dirección imaginaria de las operaciones de suma y multiplicación (derecha) y resta, división (izquierda).
- Problemas aritméticos simples (una sola operación).
- Problemas simples con estructura gramatical inversa.
- Problemas compuestos (incluyen varias operaciones aritméticas).
- Problemas compuestos e inversos (incluyen varias operaciones aritméticas con estructura gramatical inversa).
- Problemas con una parte desconocida que implican un proceso de búsqueda y orientación mayor.



#### 7,4 Etapas de la recuperación

La recuperación espontánea se presenta en todos los pacientes con lesiones cerebrales, organizan y adelantan por sí mismos. Los paciente están expuestos a un medio lingüístico el cual favorece su recuperación. Sin embargo, una proporción importante de la recuperación espontánea es también el resultado de los procesos neurofisiológicos subyacentes que se llevan a cabo en el cerebro luego de alguna condición patológica.

Existe un acuerdo general sobre el curso de la recuperación espontánea, frecuentemente se señala que los tres primeros meses representan el periodo durante el cual se debe esperar el máximo de recuperación; la curva de recuperación usualmente cae luego de seis-siete meses y luego de un año, es muy poca la recuperación que se presenta. Sin embargo, el desarrollo de estrategias por parte del paciente mismo y la exposición a una práctica permanente, podrían dar cuenta de una proporción importante de la recuperación espontánea tardía

Se han distinguido dos estadios diferentes durante la recuperación luego de algún tipo de daño cerebral:

**Etapas 1. Recuperación temprana:** Luego de cualquier patología del cerebro, suceden una serie de procesos neurofisiológicos que podrían explicar la rápida recuperación que inicialmente se observa. Tales procesos incluyen la disminución del edema, la desaparición de las posibles hemorragias y la disminución de los efectos de la lesión.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 28 de 39

Etapa 2. Recuperación tardía: Se supone que existen dos factores responsables por la recuperación observada en una etapa tardía:

- a. Reaprendizaje del lenguaje
- b. Reorganización del lenguaje en el cerebro.

Al iniciar la rehabilitación de la comunicación en los pacientes con afasia, se fomenta las siguientes habilidades representativas:

- La representación de los objetos relacionando el campo visual, con la activación, ello para facilitar el surgimiento de imágenes, ideas y lenguaje que el paciente necesita establecer y relacionar con el objeto que está presente.
- La representación de imágenes mentales para guiar las acciones, aunque el objeto no esté presente.
- La etapa simbólica presentación de palabras y símbolos o signos que se integran y se combinan.

Son varios los autores que coinciden en que podemos encontrar dos fases diferenciadas en el proceso de recuperación del lenguaje. Kertesz 6 (1988) destaca las siguientes:

La primera de ellas corresponde a la recuperación espontánea y está presente en todas las personas que sufren daño cerebral, la recuperación espontánea coincide con la recuperación del cerebro a causa del daño y puede explicarse por dos causas:



La plasticidad cerebral y la restauración del tejido dañado en lo que se incluye, por ejemplo, la reabsorción de las hemorragias o la disminución de los edemas entre otros.

En cuanto a la duración de esta recuperación, los autores no llegan a un acuerdo y muestran varias propuestas que sugieren una duración de uno a seis meses. A pesar del desacuerdo, marcan los tres primeros meses como el periodo máximo de recuperación.

En segundo lugar Kertesz distingue una recuperación tardía o a largo plazo que depende directamente de dos factores: el reaprendizaje del lenguaje y la reorganización del lenguaje en el cerebro.

Este tipo de recuperación es más lenta y los avances son más difíciles de estimar, ya que puede durar meses o años. También González Lázaro y González Ortuño (2012,110) indican que, a pesar de la recuperación lingüística, se observan síntomas residuales normalmente, que hacen que lograr el nivel previo a la afasia sea difícil

El grado de recuperación que el sujeto alcanza depende de varios factores. Ardilla (2006,194-196) destaca los siguientes:

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 29 de 39

Extensión y localización de la lesión: Encontramos una proporción inversa entre el tamaño y la localización de la lesión. “Las lesiones extensas dejan pocas habilidades residuales”, por lo que la recuperación posterior es menor.

Edad: Es un factor crítico en el aprendizaje, por lo que a menor edad, mejor pronóstico. De este modo, el pronóstico será mejor en niños que en adultos y, a su vez, en adultos mejor que en ancianos.

Etiología: Los sujetos con traumatismos y hemorragias, generalmente, presentan una mejor recuperación que aquellos que sufren accidentes vasculares o tumores.

Factores temporales: “Las causas de instalación súbita están asociados con defectos mayores que los de lenta instalación”, por lo que la recuperación en el caso de los primeros es menor.

Tiempo de inicio de la rehabilitación desde el accidente: Si permanece más tiempo sin comenzar la rehabilitación, el grado de recuperación será menor. Además encontramos otros dos factores cuya.

incidencia no ha sido posible confirmar. Por ello se considera que tienen un peso menor que los anteriores en la rehabilitación:

Preferencia lateral: Influye en la recuperación del lenguaje y de otras habilidades cognitivas. Los zurdos tendrán una representación bilateral, por lo que su recuperación será más rápida y mejor.



Diferencias sexuales: Las mujeres poseen una representación más bilateral del lenguaje, lo que hace que su recuperación sea mejor.

También se tienen en cuenta las variables individuales, debido a que pueden afectar de forma significativa a la recuperación. Entre ellos encontramos: personalidad, factores intelectuales, motivación y la existencia de trastornos asociados.

**La recuperación después del daño cerebral**, Se ha distinguido dos estadios diferentes en la recuperación:

La etapa 1 (recuperación temprana- inmediata al daño cerebral), como una serie de procesos neurofisiológicos como la disminución del edema, la desaparición de las posibles hemorragias y la disminución del efecto de diasquisis.

La etapa 2 (recuperación tardía- puede durar meses y años) donde existen dos factores responsables de la recuperación: o el reaprendizaje del lenguaje y o la reorganización del lenguaje en el cerebro (Kertesz, 1988).

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 30 de 39

Se suponía que después de un periodo máximo de 2-3 años, el déficit observado en pacientes que habían sufrido algún daño cerebral se presentaba ya como una secuela permanente e irreversible. En cambio, algunos autores han enfatizado que los cambios que ocurren tras una patología cerebral presentan una gran variabilidad individual, y se pueden observar aún muchos años después de la condición inicial.

La recuperación puede continuar durante varios años, y la rehabilitación puede también ser útiles en pacientes crónicos. En pacientes afásicos recuperados, se ha demostrado la participación del hemisferio derecho en procesos lingüísticos. Estudios recientes con imágenes funcionales cerebrales, apoyan la participación de áreas derechas en la recuperación de las afasias.

Autores como Luria (1973, 1980) han enfatizado la reorganización funcional como mecanismo de recuperación. La reorganización funcional se refiere al desarrollo de nuevas estrategias para compensar los defectos debidos al daño cerebral.

Las funciones no alteradas pueden utilizarse como base para compensar los defectos existentes (Luria, 1966; Tsvetkova, 1973); es decir, se logra al mismo objetivo siguiendo un procedimiento diferente.



Debemos tener en cuenta que hay factores que influyen en una mejor recuperación como la extensión y localización de la lesión, especialmente evidente con relación a la recuperación de la fluidez del lenguaje (Kertesz, 1988), la edad, la etiología, factores temporales de instalación y tiempo desde el accidente.

Existen una serie de variables individuales que puede afectar significativamente la recuperación del lenguaje, como la personalidad.

### 7.5 Afasia y Familia

Podemos establecer una serie de pautas generales para ayudar en la medida de lo posible a las familias de nuestros pacientes, como por ejemplo:

- Simplificar el lenguaje usando frases cortas y simples, no complicadas.
- Repetir el contenido de las palabras, o escriba las palabras claves para clarificar el significado cuando sea necesario y la comprensión.
- Minimizar las distracciones tales como un radio a todo volumen, cuando sea posible.
- Fomente cualquier tipo de comunicación, ya sea hablada, a través de gestos, señales, dibujos.
- Conceda suficiente tiempo a la persona para hablar.
- Ayúdele a la persona a involucrarse en actividades fuera de la casa. Busque Grupos de apoyo, como clubs para pacientes con embolia.
- Mantenga una conversación de manera natural apropiada para adultos.
- Incluya a la persona con afasia en las conversaciones.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>  <b>Hoja:</b> 31 de 39

- Pregunte y valore la opinión la persona con afasia, especialmente en los asuntos de familia.
- Evite corregir la forma de hablar de la persona con afasia.



### 7.5.1 Cosas que SI deben hacerse:

A continuación se muestran una serie de comportamientos aceptados y otros inadecuados a la hora de tratar con un familiar que presenta afasia.

1. Estimular al paciente a comenzar la reeducación del lenguaje.
2. Hacer todo lo posible para que el paciente pueda hablar. Esto se logra haciendo que el hablar parezca una experiencia agradable trate de hablar.
3. Permitir al paciente que comenta errores mientras habla.
4. Dar al paciente todas las oportunidades para oír hablar en casa
5. Dar explicaciones breves y simples y decirlas con lentitud. Si el paciente no comprende, hay que repetir, sin perder nunca la paciencia.
6. Las sesiones terapéuticas deben ser con frecuencia.
7. Ser honesto con la persona con afasia, decirle que “dentro de pocos días podrá hablar” es una mentira que solo servirá para desilusionarlo.
8. Hacer lo posible por mantener una actitud positiva y constructiva.
9. Alentar al paciente en todos sus esfuerzos.
10. Si el paciente es adulto, tratarlo como tal.
11. Permitir al paciente todo lo independiente que quiera en relación a su edad.
12. Seguir siempre el consejo del médico y del fonoaudiólogo.

### 7.5.2 Cosas que NO deben hacerse:

1. No obligar al paciente a empezar la terapia. La preparación psicológica, tiene que ver con el progreso. Si el paciente no quiere empezar probablemente es que no se siente preparado para ello.
2. No obligar al paciente a hablar o ver gente cuando no lo desea.
3. No hablar en lugar del paciente si no es absolutamente necesario.
4. No interrumpir al paciente cuando trata de decir algo.
5. No insistir en que el paciente pronuncie perfectamente las palabras.
6. No reprender al paciente cuando no pueda comunicarse.
7. No asilar al paciente.
8. No exigirle cosas al paciente que no puede cumplir.
9. No interrumpir al paciente con sus actividades aunque nos parezcan fútiles.
10. No esperar el agradecimiento del paciente por cada pequeña atención que se le brinde

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 32 de 39

## 7.6 Factores a considerar en la terapia del lenguaje del paciente afásico según:

Darley señala nueve conclusiones con respecto a la terapia del lenguaje en caso de afasia:

1. La terapia intensiva ejerce un efecto positivo sobre la recuperación,
2. Cuando más temprano se instale la terapia, mejores serán sus resultados,
3. Cuando más joven sea el paciente, mejores los resultados que se pueden esperar,
4. Los resultados obtenidos dependen siempre de la etiología del daño.
5. El déficit menor tienen una evolución más favorable.
6. Hay mejores resultados si el paciente se encuentra libre de complicaciones asociadas.
7. La motivación del paciente, su crítica, y otros factores personales, influyen sobre los resultados,
8. Ningún factor produce por sí solo una influencia negativa suficiente para desistir de la terapia.
9. El valor de la terapia no se limita a los progresos del paciente en el área deficitaria; influye también sobre sus actitudes, valores y relaciones sociales en general

## 8. Evaluación del resultado

### 8.1 Cuantitativo

La entrevista inicial que se realizará, permitirá observar y comparar los cambios más relevantes que ha tenido el paciente.

### 8.2 Cualitativo

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

## 9. Criterios de alta

Se considerará alta del servicio de terapia del lenguaje cuando el paciente haya alcanzado lo esperado de acuerdo a los objetivos planteados, el promedio de permanencia a terapia del lenguaje en el paciente afásico es de 2 años.





**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



**Código:**  
MG-SAF-23

**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 03**

**Hoja:** 33 de 39

**10. Anexos**

**Entrevista Inicial para afásicos**

**VALORACIÓN TERAPEUTICA DEL PACIENTE AFASICO AFÁSICOS**

**I. DATOS PERSONALES**

Nombre:		Edad:
Fecha de nacimiento:	Lugar nacimiento:	de
Dirección:		
Teléfono:	Ocupación:	
Idiomas:	Habilidades:	

**II. DATOS FAMILIARES**

Esposo (a):		
Ocupación:	Edad:	
Hijos		
Nombre	Edad	Ocupación
Observaciones:		

**III. SINTOMATOLOGÍA**

Principales quejas del paciente	(Hormigueo, calor, frío, otros...)
Tono	Flacidez Espasticidad
Polidipsia (sed creciente)	
Bulimia ( hambre creciente)	
Anorexia	
Alteraciones en la vida sexual	
Desordenes metabólicos	Cefalea Vértigo Vomito
Perturbaciones sensoriales	Auditivas: tinitus, grito, música
	Visuales (macropsia, micropsia)
	Gustativas
	Olfativas:

**IV FUNCIONES COGNITIVAS**

Orientación Espacial	
Orientación Temporal	
Orientación Personal	
Atención	
Memoria Auditiva	
Memoria Visual	
Memoria Episódica	
Memoria Semántica	
Memoria Corto y Largo Plazo	

**V. GNOSIAS**

Gnosias Visuales	Constancia de Forma, Tamaño y Color		Cierre Visual	
	Figura Fondo		Discriminación visoespacial	
	Análisis y Síntesis		Asociación Visual	
Gnosia Auditiva	Constancia de Sonidos Acústicos		Palabra corta y larga	
	Figura Fondo Auditivo		Análisis y síntesis acústico fonológico	
	Duración		Discriminación auditiva silabas	
	Tono		Discriminación auditiva palabra	
	Intensidad		Discriminación auditiva frases	
	Cierre auditivo		Discriminación pares minimos	
Gnosias Espaciales				
Gnosias Somatosensoriales				

**VI. PRAXIAS**

Apraxia Bucolinguofacial	
Apraxia Ideomotora	
Apraxia Ideacional	
Apraxia Construccional	
Praxia del Vestir	
Dificultad para alimentarse	
Perdida de la habilidad motora	
Funciones Ejecutivas	

**VII. LENGUAJE**

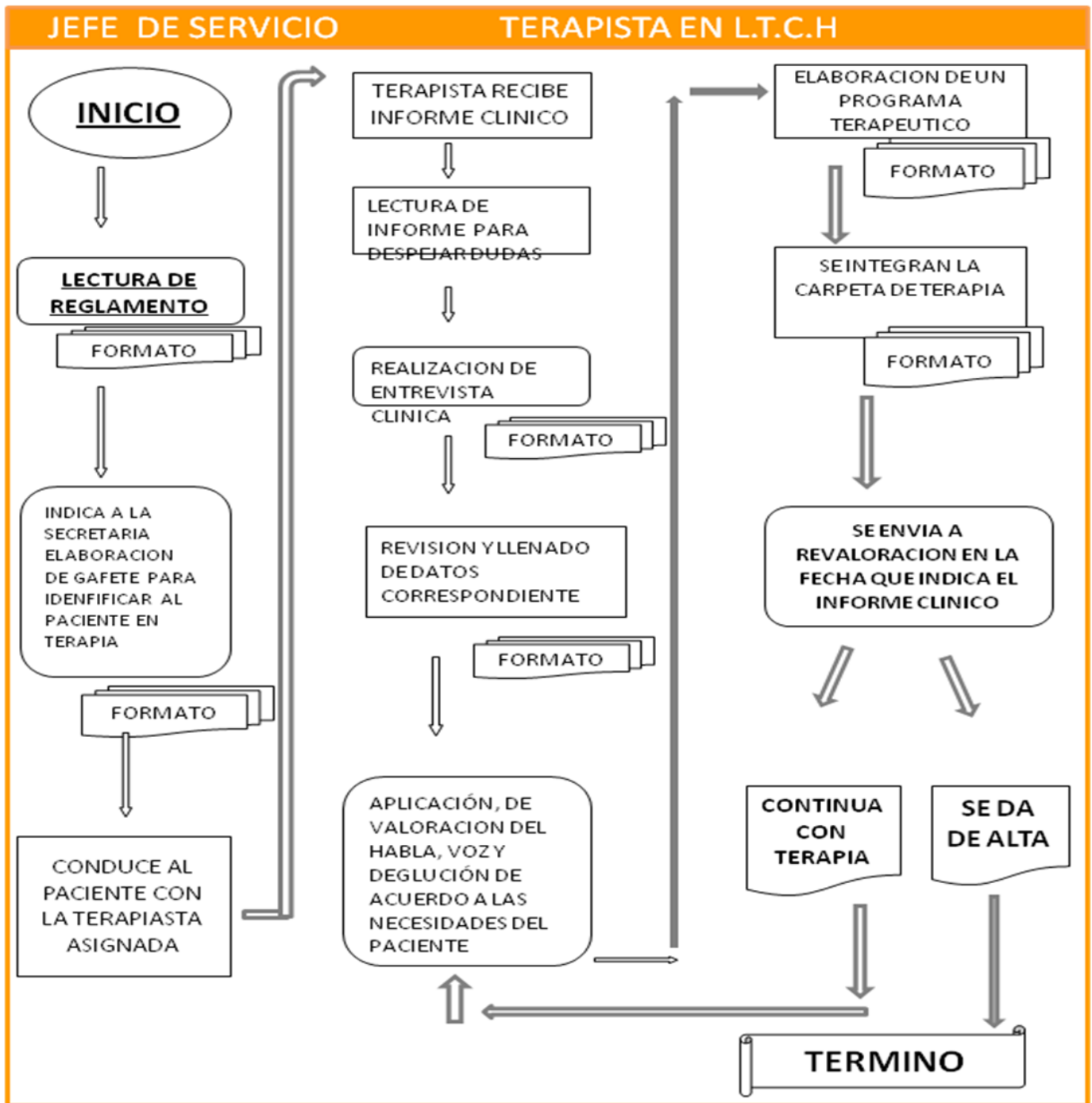
Lenguaje Fonológico	
Lenguaje Semántico	
Lenguaje Morfosintáctico	
Lenguaje Pragmático	
Comprensión del Lenguaje	
Lectura	
Escritura	
Calculo	



**VIII. SOCIOFAMILIAR**

¿Qué actividades ha desempeñado?	
Integración en la familia	
Rol que desempeña dentro del sistema familiar	
Actividades que realiza en casa	
Participación en actividades sociales	
¿Qué deportes ha practicado o son de su agrado?	
¿Qué música prefiere o le gusta?	
¿Qué le gusta comer?	
¿Le gusta ver la tele?	
¿Cuáles son sus programas favoritos?	
¿Le gusta leer?	
¿Qué tipo de lectura?	
En reuniones de amigos o familiares acostumbra jugar	Domino Baraja Uno Damas Chinas Ajedrez Lotería Rummy Otros:
Observaciones: Médicos Tratantes, Medicamentos	
LIC. TCH _____ FECHA DE APLICACIÓN _____	





**10.1 Flujograma**





	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
		<b>Hoja: 37 de 39</b>	

## 10.2 Referencias bibliográficas:

1. **Aguado Gerardo** Trastornos específicos del lenguaje .Retraso del Lenguaje y disfasia. 1ra Edición. Ediciones Aljibe. Málaga. (1999)
2. **Ardila A.** Neurolingüística, Mecanismos cerebrales de la actividad verbal, 1ra. Edición, Ed. Trillas, México, Pág.5. (1984)
3. **Ardila A., Ostrosky-Solís Feggy** Diagnóstico del Daño Cerebral, Enfoque Neuropsicológico, Tercera reimpresión Ed. Trillas, México, pág. 13. ,(1995)
4. **Azcoaga Juan E José A. Derman, Berta Y Otros** Los retardos del lenguaje en el niño.2da Edición. Paidós. Barcelona. (1997)
5. **Barraquer Bordas L.** afasias, apraxia, agnosias. Barcelona Editorial Toray. (1999)
6. **Behrmann,M Y Lieberthal, T:** Category-specific treatment of a lexicalesemantic deficit: A single case study of global aphasia. Brish Journal of Disorders of Communication 24(3) 281-299. (1989)
7. **Brennan, A., Worrall, L., y McKenna, K.** La relación entre las características específicas del material escrito-afasia amable y comprensión de material escrito para las personas con afasia:. Un estudio exploratorio Aphasiology, (2005).
8. **Chávez B. Héctor, Vidal O. Luís Ricardo, Jacobsen Kirsten.** Medicina de la Comunicación Humana, Instituto Nacional de la Comunicación Humana, Capítulo V, pág.146. (1994).
9. **Cores M. Maria Del Carmen Y Negrete V. Adriana.** Rehabilitacion del lenguaje, Lectura, Escritura después de un Daño Cerebral. Ed. Trillas. Mexico. (2008).
10. **Cuetos Vega Fernando.** Evaluación y rehabilitación de las afasias Aproximación cognitiva.1ra Edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid. (1990)
11. **Department of Defense; American Heart Association / American Stroke Association** VA/DOD Department Of Veterans Affairs; Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation Management of Stroke Rehabilitation Working Group. Veterans Health Administration, Department of Defense, 150 pages. (2010).
12. **Doesborgh S., van de Sandt-Koenderman M., D. Dippel, van Harskamp F., Koudstaal P., Visch-Brink E.** Cues sobre pedido: La eficacia de multicue. . un programa de ordenador vaivén wordfinding terapia Aphasiology 18 : 213-222(2004)
13. **Gallardo Beatriz, Hernández Carlos Y Moreno Verónica** (Eds): Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje. Valencia: Universitat, (1998)
14. **Gotzen Busquets Antonia M. M. Climent Giné I Giné.** Evaluación del lenguaje. 2da. Edición. Masson. Barcelona. (2002).
15. **Halliday, M.A.K.** Exploraciones sobre las funciones del lenguaje. Barcelona:medica Técnica. (1982)
16. **Junqué; Bruna; Mataró.** Neuropsicología del lenguaje: Funcionamiento normal y patológico. Rehabilitación. Edit. Masson. Barcelona. (2004).
17. **Katz, R. C., & Wertz, R. T.** The efficacy of computer-provided reading treatment for chronic aphasic adults. Journal of speech, language, and hearing research (1997).
18. **Luria. A.R.** Cerebro y Lenguaje, Ed. Fontanella, Barcelona, (1978)

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>  <b>Hoja:</b> 38 de 39

19. **Luria. A.R** El cerebro en Acción E. Fontanella, Barcelona, (1979).
20. **Luria. A.R** Las Funciones Corticales Superiores, Mexico, (1986).
21. **Narbona Juan Chevríe-Muller Claude.** El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. 1ra. Edición. Masson. Barcelona. (1997).
22. **National Stroke Foundation, Melbourne (Australia):** Australian Government Department Of Health And Ageing, Clinical Guidelines for Acute Stroke Management 2010 National Stroke Foundation, 167 pages. (2010).
23. **Peña Casanova, J.** Manual de logopedia, Barcelona Ed. Masson (2001)
24. **Manning L.** Introducción a la Neuropsicología clásica y cognitiva del lenguaje, Teoría, evaluación y Rehabilitación de la Afasia, Madrid Ed Trotta. (2001).
25. **Quintanar Rojas Luis,** Modelos Neuropsicológicos en Afasiología, Universidad Autónoma de Puebla, 1ra. Edición, Puebla, Puebla, pág. 25-30. (1994).
26. **Rondal, Jean A. Seron Xavier.** Trastornos del lenguaje I y II .2da Edición Paidós. Neurología y conducta. Barcelona. (1995).
27. **Rose, TA, Worrall, LE, Hickson, LM, and Hoffmann, TC** Guiding Principles for printed educational materials. Design preferences of people with aphasia International Journal of Speech-Language Pathology, 14 (1). (2012).
28. **Rose, T., Worrall, L., Hickson, L., and Hoffmann, T.** Do people with stroke and aphasia want written information A verbal survey exploring preferences for when and how to provide stroke and aphasia information. Topics in Rehabilitation Stroke, 17 (2). (2010).
29. **Rose, M.** Releasing the constraints on aphasia therapy: The positive impact of gesture and multi-modality treatments. American Journal of Speech Language Pathology. 22: 227–239. (2013).
30. **R. W., Foley, N. C., Et Al.** Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation Teasell, Retrieved from <http://www.ebrsr.com>. This review meets the criteria for a high-quality evidence-based systematic review. (2011).
31. **Salter, K., Jutai, J., Et Al.** Lesiones Cerebrales, 20 (6), 559-568. (2006).
32. **Stroke: Clinical Practice Guideline** (2nd edition) Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. Barcelona (Spain): Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research, 112 pages. (2007).
33. **Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group:** New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management: Wellington (New Zealand): Stroke Foundation of New Zealand, 347 pages. (2010).
34. **Taylor-Goh, S., ed.** Royal College of Speech & Language Therapists; Department of Health (UK); National Institute for Clinical Excellence (NICE) Royal College of Speech and Language Therapists Clinical Guidelines: 5.12 Aphasia RCSLT Clinical Guidelines. Bicester, Speechmark Publishing Ltd. (2005).
35. **Teasell, R. W., Foley, N. C., et al.** Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation Retrieved from <http://www.ebrsr.com>. (2011).
36. **Tsvetkova, L.S.** Reeducción del lenguaje, lectura, Escritura, Ed. Fontanella, Barcelona. (1977).
37. **Van Hout A.** Afasia del niño. In Narbona J, Chevríe-Muller C, eds. El lenguaje del niño. 2 ed. Barcelona: Masson; p. 277-85. (2001).

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-23
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 39 de 39

38. **Vigotsky, L.S.** El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Ed. Grijalbo, Barcelona, (1979).
39. **Whitney, J, L, Y Goldstein, H,** Using self-monitoring to reduce disfluencies in speakers with mild aphasia .Journal of speech and hearing Disorders 54 (4). (1998).

## 11 Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de la imagen institucional, actualización del nombre del instituto, actualización del contenido	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015. Actualización	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20