

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

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



Código:
MG-SAF-32



Fecha:
DIC 20

Rev. 04

Hoja: 1 de 13

GUÍA CLÍNICA DE LA AFASIA MOTORA AFERENTE

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de División Patología de Lenguaje	Jefatura de División Patología de Lenguaje	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 2 de 13

1. Propósito

Establecer los lineamientos para elaborar de forma sistemática el proceso de atención que se sigue en cada uno de los pacientes afectados por una Afasia Motora Aferente que son atendidos en el Servicio, describiendo la enfermedad, el proceso de diagnóstico, las interconsultas necesarias, los estudios auxiliares de diagnóstico y el tratamiento rehabilitatorio; así como las citas de revaloración, los criterios de alta, de tal forma que no existan desviaciones en la atención del paciente por los diferentes Médicos o Servicios Interconsultados y que ésta corresponda con los estándares de calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

2. Alcance

Establecer los criterios uniformes, con los Médicos Adscritos a la División de Patología de Lenguaje.

Otorgar el servicio con calidad y calidez, partiendo del adecuado abordaje de las diferentes patologías que presentan los pacientes que acuden al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, con criterios de ingreso y permanencia.

3. Responsabilidades

Director:

- 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 División:

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

Médico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 3 de 13

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.

5. Definición del Padecimiento

La afasia hace referencia a la desintegración del lenguaje con base a un daño cerebral, la afasia se presenta como una alteración del lenguaje producida por una lesión cortical focal. (Ardila, 1983). En particular la Afasia Motora Aferente corresponde a un trastorno de lenguaje secundario a daño cortical focal, la lesión corresponde a la región postcentral inferior izquierda (área 40), el lenguaje es “no fluente” y se caracteriza por alteración de la base cinestésica de la articulación (Luria). Se puede comprender que la afasia motora aferente se relaciona con la presencia de lesiones en las regiones parietales inferiores.

En estos casos en mecanismo involuntario es la *integración cinestesia*. La afección de dicho mecanismo conduce a la pérdida de la precisión de los movimientos de la lengua y del aparato articulatorio, por lo que al paciente se le hace complicada encontrar la posición adecuada de los órganos articulatorios para la pronunciación de sonidos de las palabras.

5.1 Epidemiología



Es una patología frecuente en su presentación, afecta a ambos sexos. Se calcula que del 1,0 al 1.5% de la población que sufre algún Accidente Cerebrovascular, el 40% de ellos desarrolla algún tipo de Afasia. Se presenta en un 13% del total de los pacientes atendidos con afasia en la División de Patología de Lenguaje. Se considera la mayor secuela o invalidez, desde el punto de vista personal, social o económico.

5.2 Sitio de Lesión

El sitio de lesión en ésta afasia es la región post-central inferior del hemisferio cerebral izquierdo.

5.3 Sinónimos

A esta afasia se le ha llamado; Afasia Central (Goldstein, (1948), Afasia Motora Aferente (Luria, 1966), Afasia de Conducción Aferente (Kertesz, 1985).

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 4 de 13

5.4 Fisiopatología

En este tipo de afasia hay una perturbación del lenguaje secundaria al compromiso de la integración cinestésica, lo que conduce a la pérdida de la precisión de los movimientos del lenguaje y del aparato fonoarticulador, lo cual dificulta o hace imposible que el paciente encuentre la posición adecuada de los órganos articulatorios para la pronunciación de sonidos y palabras, en consecuencia se altera el articulema (unidad articulatoria). El sujeto carece de la retroalimentación desde su aparato fonador, mostrándose con dificultad para iniciar la elocución. Se reemplazan unas articulaciones por otras cercanas, apareciendo la dificultad en el lenguaje repetitivo. Se sabe que para la pronunciación de cualquier sonido se requiere de una serie de movimientos articulatorios que se caracterizan por su fuerza, amplitud y dirección, además de la información aferente ininterrumpida acerca de la posición de los músculos del aparato fono-articulador aunado a la parte motora (melodía cinética), para que de esta manera haya una producción adecuada del lenguaje.

El cuadro clínico de este tipo de afasia se caracteriza por las dificultades en la repetición y en la pronunciación de sonidos y palabras, el síndrome también incluye alteraciones en la escritura y la lectura. (Luria, 1978; Tsvetkova, 1977) es difícil encontrar el punto y modo de articulación dificultad para articular fonemas cercanos alterando en lenguaje espontáneo, lenguaje repetitivo y la denominación.

5.5 Etiología



Una variable importante que incide en los resultados de una evaluación neuropsicológica, lo constituye la etiología del daño, por lo tanto el déficit en la actividad cognoscitiva de un paciente producido por un accidente cerebrovascular o un tumor o una enfermedad degenerativa no son equivalentes.

Los de instalación súbita producen déficits más floridos que los de instalación progresiva.

Reporta la literatura una incidencia de 22 x 10000 sujetos entre 45 y 54 años y aumenta a 83 x 10000 en sujetos de 65 a 74 años; otro estudio reporta un 57.1% en sujetos de 60 a 80 años.

El determinar la etiología es un factor decisivo para la interpretación de la deficiencia observada. A continuación se enumeran las causas:

1. Accidentes Cerebro-Vasculares: son alteraciones en la irrigación sanguínea del cerebro, adoptando dos modalidades: obstrucción del flujo sanguíneo y hemorragia, presentando características clínicas diferentes. Se reporta una frecuencia del 72.9% para la isquemia y un 20.1% para la hemorragia parenquimatosa. La sintomatología que presentan los pacientes dependerá de la extensión y de la zona afectada. Estadísticamente uno de los territorios en el que existe mayor frecuencia de ésta entidad es la arteria cerebral media

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 5 de 13



izquierda, existiendo una notable correlación de estas áreas que conllevan a alteraciones de tipo afásico. La OMS prevé un incremento del 27% en la incidencia del ictus entre los años 2000 y 2025, en relación con el envejecimiento de la población.

2. **Traumatismos Craneoencefálicos (TCE):** debido a la configuración del cráneo, el impacto de un golpe tiende a transmitirse hacia estructuras de la base del lóbulo frontal y hacia la parte anterior y medial del lóbulo temporal. Existen diferentes criterios para clasificar el TCE, debe considerarse si hay fractura de cráneo, si el traumatismo es abierto o cerrado, si existe solo el efecto conmocional, el efecto del impacto, de la aceleración o desaceleración de la masa encefálica o si por el contrario hay una lesión traumática del propio tejido cerebral. Las secuelas cognitivas del TCE afectan las funciones de la atención, memoria y la función ejecutiva, las cuales interfieren en las actividades que el paciente realizaba con anterioridad teniendo un impacto en la calidad de vida.
3. **Tumores Cerebrales:** una proporción importante de ellos se derivan del tejido glial y se conocen como Gliomas, los cuales representan más del 50% de los tumores del Sistema Nervioso Central, sin embargo la velocidad de crecimiento y su malignidad son muy variables. Cada uno de ellos presentan manifestaciones clínicas diferentes. Los efectos de su acción obedecen a la presión que ejercen en las estructuras cerebrales adyacentes, con la deformación de las mismas y a la hipertensión asociada. los gliomas, tumores metastásicos y meningiomas son los tumores más frecuentes y constituyen entre un 75 a 80% del total.
4. **Demencias:** son síndromes debidos a la disfunción de los hemisferios cerebrales, que producen desintegración de la conducta en los planos intelectual y emocional, alterando significativamente la función social y laboral. Pueden ser reversibles o irreversibles, según la causa del daño y la oportunidad del tratamiento (Rosselli, 1983).
5. **Otras causas que pueden ocasionar algún tipo de daño cerebral son:** las Infecciones en el Sistema Nervioso Central, Crisis Convulsivas mal controladas, Hidrocefalia, Intoxicación de diversas causas, en nuestro medio el alcohol, que produce un decremento importante en tareas de memoria y en aquellas que requieren de altos niveles de abstracción y conceptualización.

Dependiendo de la etiología y la velocidad de instalación del proceso patológico la sintomatología Neuropsicológica encontrada será más o menos florida.

5.6 Factores de Riesgo

Edad mayor a 55 años, antecedentes heredo-familiares, adicciones; farmacodependencia, tabaquismo, alcoholismo, enfermedades sistémicas (hipertensión arterial sistémica, cardiopatías), metabólicas (diabetes mellitus), autoinmunes, están entre las causas que ocasionan algún tipo de

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 6 de 13

compromiso en el sistema nervioso central y que en forma secundaria afecta a la Función Cerebral Superior que es el Lenguaje.

5.7 Manifestaciones Clínicas

Los pacientes afectados de Afasia Motora Aferente presentan, un lenguaje espontáneo en palabra suelta o frases, buscando de manera inicial, el punto y modo de articulación de los fonemas, lo que ocasiona la producción de parafasias literales, en casos severos existe una imposibilidad para la pronunciación de sonidos aislados o de palabras, sustituyen unos sonidos por otros que son cercanos por el modo y lugar de su articulación (p-m, d-l), buscando frecuentemente la posición necesaria del aparato fono-articulador para la pronunciación de los fonemas.

La comprensión y denominación son adecuadas. Presentan fallas en la repetición, dificultad para realizar la lectura. La escritura puede estar afectada de acuerdo a las características del lenguaje espontáneo.



5.8 Diagnóstico

Se inicia con la realización de una nota inicial que incluya: un interrogatorio lo más completo y fiable posible, recordar que este es casi siempre totalmente indirecto, una exploración física, neurológica, un estudio audiológico.

La nota inicial deberá incluir la anamnesis del padecimiento actual, los antecedentes de importancia relacionados con la patología. La escolaridad, ocupación, lateralidad, estado premórbido, personales patológicos, una exploración física y neurológica.

El siguiente paso lo constituye la aplicación de una Batería Neuropsicológica que evalúe las Funciones Cerebrales Superiores: praxias, gnosias, memoria, lenguaje, procesos intelectuales, lectura, escritura y cálculo. Existen diversas pruebas que evalúan estas funciones, en particular en el Servicio de Patología de Lenguaje se utiliza la Evaluación Neuropsicológica de Ardila-Ostrosky-Canseco que fue diseñada y estandarizada en sujetos hispanoparlantes, la cual permite obtener diferentes perfiles, además de establecer las pautas para el manejo rehabilitatorio y de esta manera emitir un pronóstico de los pacientes. Existen otras pruebas Neuropsicológicas que permiten realizar la evaluación de éstos pacientes como la Evaluación Clínico Neuropsicológica de la Afasia Puebla-Sevilla, la cual también fue diseñada y estandarizada en sujetos hispanoparlantes, evalúa 7 factores a detalle, proporcionando datos para establecer el programa de rehabilitación de estos pacientes; el Test Barcelona, entre otras.

La normalización y validación de las pruebas de lenguaje es una preocupación constante del paciente con afasia, Ardila señala que la disponibilidad de normas no sustituye la habilidad electiva para realizar un análisis sindrómico, no puede reemplazar el conocimiento de la organización del lenguaje.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 7 de 13

Si el caso lo amerita se solicitarán estudios de imagen, de electrodiagnóstico, de laboratorio así como las interconsultas a los diferentes Servicios de la Institución para integrar un diagnóstico definitivo.



5.9 Tratamiento

Al concluir el proceso de diagnóstico y evaluación, posterior a la nota inicial, la Evaluación Neuropsicológica, y haber reunido y analizado los estudios solicitados y los reportes de las interconsultas, se proporcionará un Informe Clínico indicando el diagnóstico y el plan de tratamiento a seguir como; iniciar terapia de lenguaje que incluya los aspectos comprometidos de las diferentes funciones evaluadas como el lenguaje en sus diferentes modalidades, la atención, las praxias orolinguales, la memoria, las gnosias, los procesos de abstracción, la lectura; iniciar terapia física, terapia ocupacional; control médico; asistir a reuniones de pacientes y familiares. Existen ensayos clínicos que han investigado el momento de iniciar el tratamiento y su frecuencia, los cuales indican que es más eficaz cuando se inicia en forma temprana.

Kertesz reviso las perspectivas de recuperación después de presentar una afasia, menciona que en una lesión vascular la recuperación es menor en relación a las lesiones traumáticas, éstas últimas revelaron una recuperación más rápida; las deficiencias observadas fueron menos graves en la afasia anómica, más graves en la afasia global; la tasa de recuperación fue bastante similar en los diferentes tipos; ésta recuperación fue más evidente en los primeros tres meses, con alguna mejoría en los 6/12 siguientes y una recuperación menor en los seis meses posteriores; hubo indicios de que los pacientes más jóvenes experimentaron una recuperación mayor, pero esto es cuestionable ya que esta recuperación estará en relación con los diferentes factores pronóstico de la afasia (edad, sitio y extensión de lesión, género, escolaridad, ocupación, tiempo en que se realizó la evaluación, inicio de los diferentes tipos de terapia, etc.).

El tipo de rehabilitación debe ser determinado con base a los resultados de la evaluación. De ser indicado, la intervención debe maximizar la recuperación de las habilidades comunicativas y prevenir el aprendizaje de conductas compensatorias inapropiadas. La rehabilitación cognitiva es un tipo de terapia que puede ser utilizada en este tipo de pacientes, se basa en la intervención de procesos cognitivos alterados a través de estrategias de restitución, sustitución y compensación para mejorar la calidad de vida del paciente al promover un mejor desempeño y una autonomía para las actividades personales, lingüísticas, sociales y familiares.

La rehabilitación es un proceso con enfoque integral e interdisciplinario, la cual pretende disminuir la incidencia de complicaciones prevenibles, apoyar e integrar al paciente y a su familia en el proceso de tratamiento y optimizar los resultados funcionales y la reintegración social del individuo, previene las complicaciones al realizar un diagnóstico en forma precoz. Otro tipo de rehabilitación en la afasia es la Interacción Multimodal, basada en la detección de 3 modalidades de interacción diferente, que pueden ser utilizadas de manera individual o simultánea, incluye la detección y reconocimiento de imágenes, selección de comandos con lápiz infrarrojo y el uso de "trackball" especializado.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 8 de 13

Mostrar la efectividad de programas de rehabilitación neuropsicológica significa buscar la posibilidad de superar las dificultades cognitivas y emocionales que surgen como secuelas del daño cerebral. El plan de rehabilitación deberá concluir cuando se cumplan los objetivos acordados o cuando se alcance una meseta en la condición funcional del paciente.

5.10 Seguimiento

Se realizara una revaloración médica de acuerdo al caso para ver evolución e indicar las medidas necesarias para continuar o concluir el tratamiento Rehabilitatorio de acuerdo al tipo de afasia. La Institución cuenta con un equipo multidisciplinario y en particular con la Terapeuta de Lenguaje, quién informa de los avances que el paciente presenta, lo que permite llevar un mejor seguimiento.

6. Criterios de Inclusión

- Pacientes que acudan e ingresen al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje, con sintomatología caracterizada por problema de lenguaje expresivo secundario a lesión en el sistema nervioso central.
- Género indistinto.
- Cualquier edad
- Serán enviados al Servicio de Patología de Lenguaje, donde se revisará la historia clínica, el estudio audiológico, se elaborará la nota inicial que incluya el padecimiento actual, antecedentes de importancia, exploración física y neurológica, se hará la aplicación e interpretación de una Batería Neuropsicológica integrando un diagnóstico Presuncional o Definitivo.

En caso de que sea Presuncional se solicitarán las Interconsultas a los Servicios que sea necesario: Audiología, Otoneurología, Foniatría, Medicina Interna, Medicina Física y se solicitarán estudios de laboratorio y gabinete.

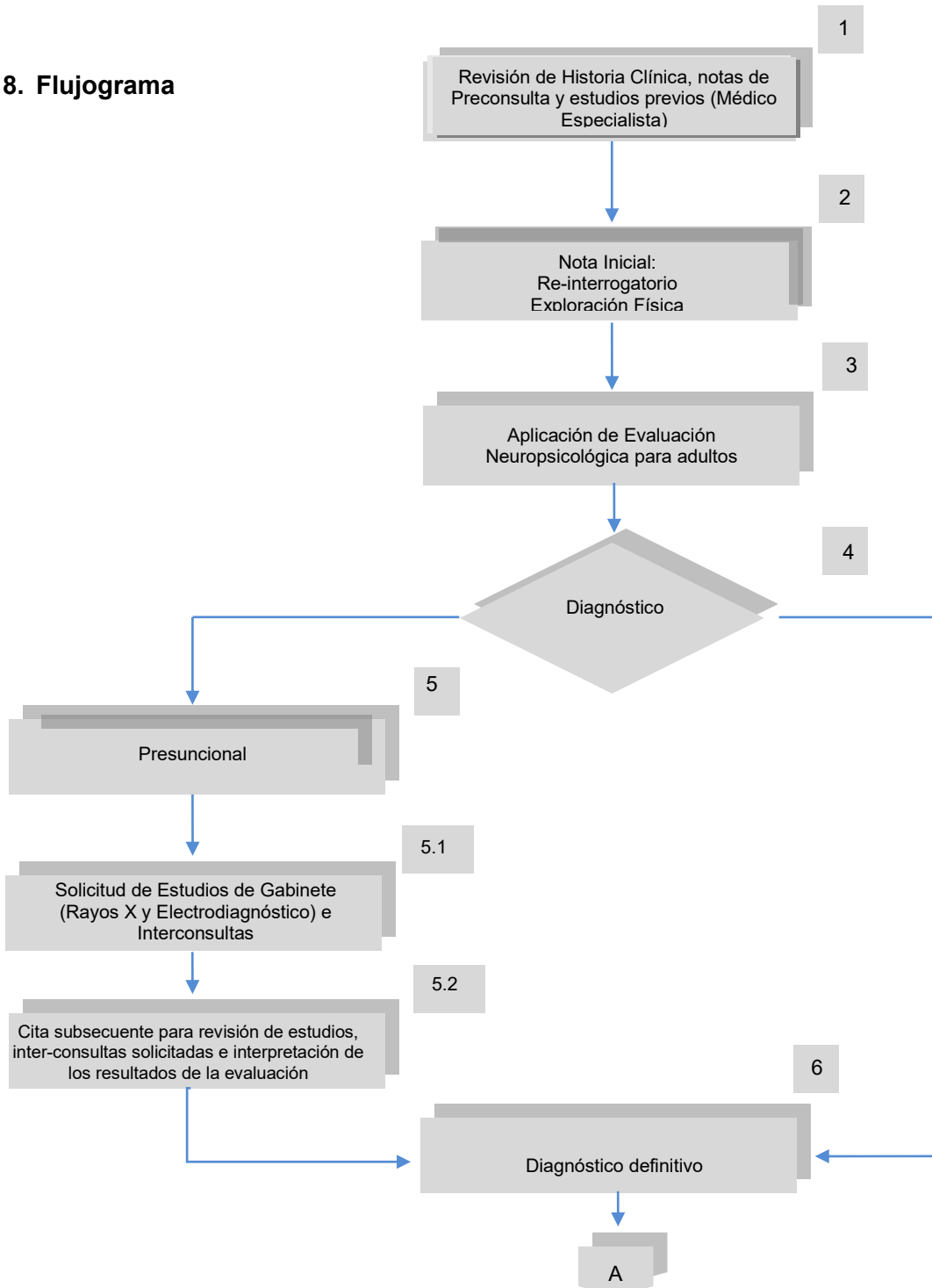
Se dará una consulta subsecuente para revisar las notas de los Servicios Interconsultados, los resultados de laboratorio y gabinete, para posteriormente dar un diagnóstico definitivo en un Informe Clínico con las indicaciones de acudir a terapia de lenguaje, terapia física, ocupacional, control médico estricto de su patología de base y cita a revaloración de acuerdo a cada caso

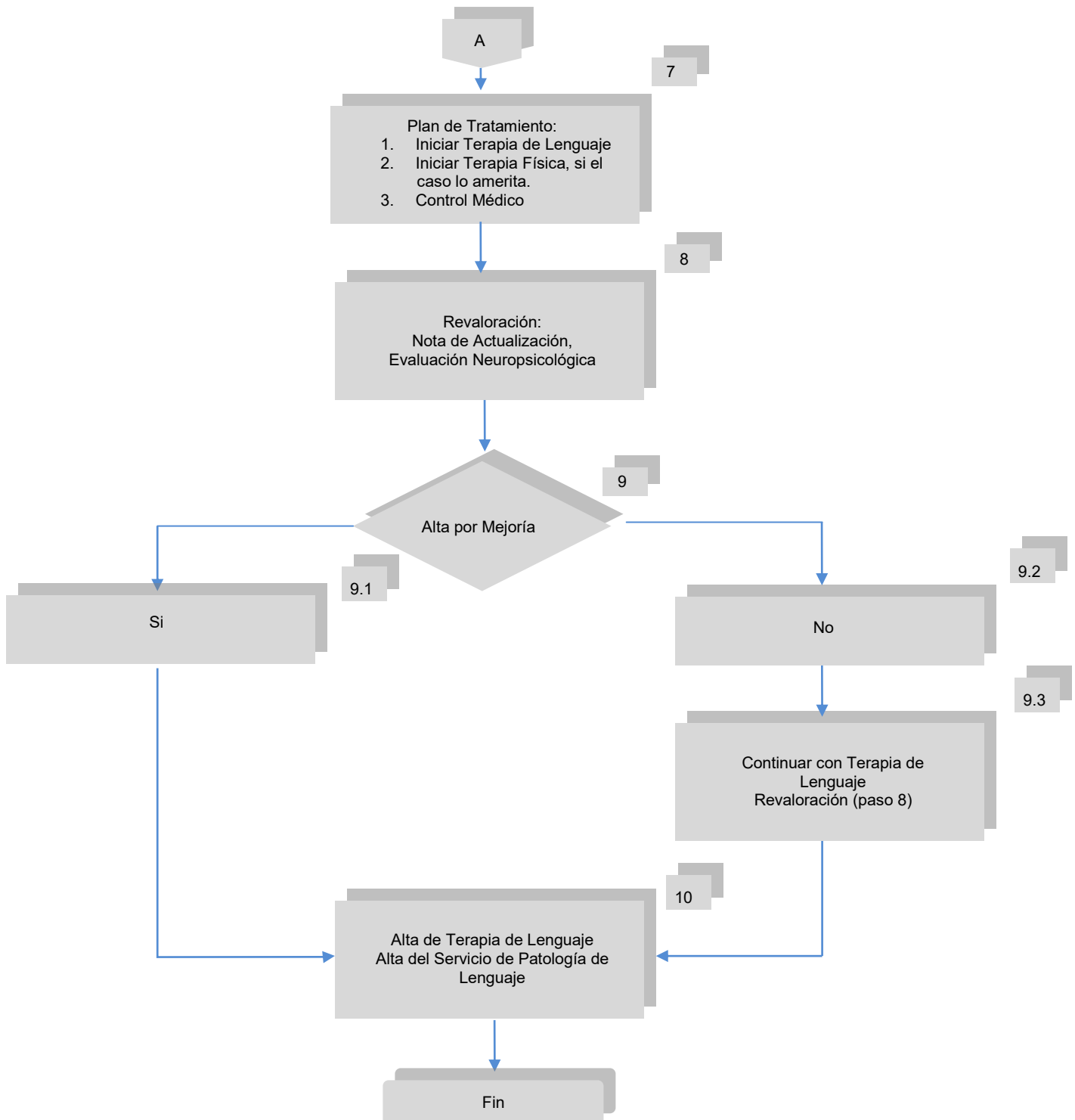
7. Criterios de Alta



Pacientes que hayan recibido Terapia de Lenguaje por 6 a 24 meses y que estos avances le permitan reincorporarse a sus actividades de la vida cotidiana y/o laboral dependiendo el caso.



8. Flujoograma









	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 11 de 13

9. Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

1. Arango Lasprilla Juan Carlos, Rehabilitación Neuropsicológica. Manual Moderno, 2006.
2. Ardila Alfredo, Ostrosky S. Feggy; Diagnóstico del Daño Cerebral, Enfoque Neuropsicológico; Editorial Trillas, 2009.
3. Ardila Alfredo, Rosselli Mónica; Neuropsicología Clínica Tomo I; Prensa Creativa, Medellín, Colombia, 1992.
4. Ardila Alfredo; Psicobiología del Lenguaje; Editorial Trillas, 1983.
5. Ardila Alfredo; Neurolingüística; Editorial Trillas, 1984.
6. Ardila Alfredo, Orígenes del Lenguaje: un análisis desde la perspectiva de las afasias. Rev. Neurol. 2006 Dec 1-15; 43(11):690-8
7. Ardila Alfredo, Las Afasias, capítulo 4. Universidad de Guadalajara, 2005 Primera Edición.
8. Borregon Sanz Santos, González Calero Agustina; La Afasia, Exploración, Diagnóstico y Tratamiento; CEPE, 1993.
9. Cabrera Rayo A., Martínez Olazo O., y cols., "Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en Hospitales de la Ciudad de México, estudio multicéntrico", Revista de Medicina Interna de México, 2008; 24 (2): 98-103.
10. Carbajal Castrillón J., Henao A. E., Uribe P. C., Giraldo C. M., Lopera F. Rehabilitación Cognitiva en un caso de alteraciones Neuropsicológicas y Funcionales por Traumatismo Craneal Severo. Revista Chilena Neuropsicología 2009; 4 (1): 52-63
11. García Silvia, Villagómez Acisclo de Jesús, Enfermedad Vascular Cerebral. Actualidades en Medicina Interna, Número 5, suplemento de la Revista de la Asociación de Medicina Interna de México.
12. González Ortuño B, Ostrosky Solís F., Chayo Dichi R., Problemas de Lenguaje, Un Programa para su estimulación y para su rehabilitación. LP Editorial, marzo 2007.
13. Guía Clínica; Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Ruptura de Aneurismas Cerebrales, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Serie de Guías Clínicas Minsal No. 42, Junio 2007.
14. Guía Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto, serie de Guías Clínicas Minsal No. 37, Septiembre 2007, República de Chile, Ministerio de Salud.
15. Goodglass Harold, Kaplan Edith; La evaluación de la Afasia y de Trastornos relacionados; Editorial Médica Panamericana, 1986.
16. Junqué C., Bruna O. y M. Mataró, Neuropsicología del Lenguaje, Masson, Barcelona, 2004.
17. Kolb B., Whishaw I. Q., Neuropsicología Humana, University of Lethbridge, 5ta. Edición, Editorial Médica Panamericana, 2003.
18. Lesser Ruth; Investigaciones Lingüísticas sobre la Afasia; Editorial Médica y Técnica, 1983.
19. Luria A., R. Las Funciones Corticales Superiores del Hombre; Distribuciones Fontamara, 1986.
20. Luria A., R. Fundamentos de Neurolingüística; Editorial Masson.
21. Luria A., R., Cerebro y Lenguaje, Editorial Fontanella, 1978.
22. Morais Caio, Chastinet Jamile, Quintanar Luis, Solovieva Yulia. Evaluación luriana de la afasia para el portugués brasileño. Revista Neuropsicología Latinoamericana, Vol. 4 No. 3, 2012, 19-37

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32	
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20	
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04	
			Hoja: 12 de 13	

23. Ortiz Alonso Tomas; Neuropsicología del Lenguaje; CEPE, 1995.
24. Ostrosky F., Ardila A., Chayo R., Rehabilitación Neuropsicológica, Conceptos y tratamientos básicos para la rehabilitación del daño cerebral. Editorial Planeta m.r. técnicos, 1996.
25. Parkin Alan J., Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva. Editorial Médica Panamericana. 1999.
26. Peña Casanova Jordi; Manual de Logopedia; 3ra. Edición; Editorial Masson. 1994.
27. Peña Casanova Jordi, Barraquer Bordas LI; Neuropsicología; Ediciones Toray S. A., Barcelona, España. 1983.
28. Peña Casanova J., y M. Pérez, Rehabilitación de la Afasia y Trastornos Asociados, Masson, Barcelona, 1995.
29. Peña Casanova J., Garamunt Fombuena N., Gich Fullá J., Test Neuropsicológicos, Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias. Editorial Masson, 2004
30. Peña Casanova J., Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica "Test Barcelona", Masson1991.
31. Quintanar Rojas L., López Cortés A., Lázaro García E., Solovieva Y., Evaluación Neuropsicológica de la Afasia Puebla-Sevilla. Datos en Población Normal. 2009.
32. Quintanar Rojas Luis; Modelos Neuropsicológicos en Afasiología, Aspectos Teóricos y Metodológicos; Facultad de Psicología de la BUAP; 1994.
33. Quintanar Rojas L., Lázaro García E., Solovieva Y., Diagnóstico Neuropsicológico de la Afasia Motora Aferente, Revista Española de Neuropsicología 8, 1-2:43-61 (2006)
34. Quintanar Rojas L., Solovieva Y., León Carrión J., Evaluación Clínico Neuropsicológica de la Afasia Puebla – Sevilla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Mayo 2011.
35. Rius Umpierrez Elisa, Guía Práctica Clínica, Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas. 2da.Edición, enero 2007, Barcelona.
36. Ruiz A., D., Flores A., B., Leyva C., G., Cores M., C., Aguilar R., F., Manejo Integral del Paciente Afásico. Plasticidad y Restauración Neurológica, Nuevos Horizontes en la Restauración Neurológica, Vol. 6 num. 1 – 2, Enero – Dic. 2007.
37. Stemmer Brigitte & Whitaker Harry A. (2008) Handbook of the Neuroscience of Language. Ed. Elsevier. Printed and bound in the United States of America.
38. Sastoque H. S., Colina M. S., Iregui G. M. Sistema de Interacción Multimodal para uso en Rehabilitación de la Afasia. Nuevas Ideas en Informática Educativa, TISE 2012.
39. Solovieva Yulia., Rehabilitación Neuropsicológica Clínica: casos de adultos y adolescentes. Revista Neuropsicología Latinoamericana Vol. 5, No. 1. 2013.
40. Villodre C., R., Morant G. A., Intervención multidisciplinaria en Afasias. Instituto de Neuro-Rehabilitación y Afasia INIA NEURAL, Valencia, España, ISBN: 84-370-6576-3.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 13 de 13

10. Control de cambios

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