



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

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



Código:
MG-SAF-34



Fecha:
DIC 20

Rev. 04

Hoja: 1 de 15

GUÍA CLÍNICA DE LA AFASIA ACÚSTICO AMNÉSICA

	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-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 2 de 15

1. Propósito

Establecer los lineamientos para elaborar de forma sistemática el proceso de atención que se sigue en cada uno de los pacientes afectados de Afasia Acústico Amnésica, describiendo la enfermedad, el proceso de diagnóstico, las inter-consultas necesarias, los estudios auxiliares de diagnóstico y el tratamiento rehabilitatorio; así como las citas de revaloración, los criterios de alta, de manera que se eviten desviaciones en la atención del paciente por los diferentes Médicos o Servicios Inter-consultados 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.

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-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 3 de 15

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 se puede definir basándose en criterios clínicos como una alteración del lenguaje consecutiva a algún tipo de daño cerebral, caracterizado por dificultades en la producción (agramatismo y/o parafasias), disminución en la comprensión y errores en la denominación (anomias). Kertesz (1985).

Tsvetkova (1988) define la afasia 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 que conducen a la desintegración de toda la esfera psíquica del hombre alterando en primer lugar la función comunicativa del lenguaje.



En particular la Afasia Acústico Amnésica se define como un trastorno del lenguaje verbal, secundario a un daño cortical focal que compromete la memoria verbal. Bajo esta concepción la afasia incluye cuatro componentes: la alteración propia del lenguaje y de la comunicación verbal, la alteración de otros procesos psíquicos, cambios en la personalidad y la reacción hacia la enfermedad (Quintanar, 1999).

5.1 Epidemiología

Es una patología frecuente. Se calcula que del 1 al 1.5% de la población sufre algún Accidente Cerebrovascular, el 40% de ellos presentará algún tipo de Afasia. Se considera la mayor secuela o invalidez desde el punto de vista personal, social o económico causada por algún tipo de daño cerebral. La afasia acústico amnésica es la causa número 7 de atención en la División de Patología de Lenguaje con un 5.76%.

5.2 Sitio de Lesión

Se presenta como consecuencia de lesión en la 2da. Circunvolución Temporal Izquierda, (región secundaria medial izquierda). En la región temporal medial secundaria izquierda (área 37 de Brodman principalmente, en ocasiones con involucro del área 21).

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 4 de 15		

5.3 Sinónimos

Se le conoce también como afasia de conducción aferente (Kertesz, 1979), afasia acústico amnésica (Luria, 1964), afasia transcortical sensorial o afasia extrasilviana sensorial.

5.4 Fisiopatología

La afasia acústico amnésica se caracteriza por una comprensión auditiva deficiente, con repetición intacta y lenguaje fluente. (Lichtheim, 1885; Goldstein, 1948). La capacidad de repetición indemne la distingue de otras afasias receptivas. Tanto la comprensión como la repetición dependen de un procesamiento fonológico intacto, por lo que se considera que en este tipo de afasia se encuentra parcialmente lesionado.

Las áreas relacionadas con procesamiento fonológico se ubican tradicionalmente en los dos tercios posteriores del giro superior y medial temporal izquierdos. Adicional al procesamiento fonológico, la comprensión del lenguaje requiere acceso a la información léxico-semántica, incluida la memoria verbal. (Luria, 1976; Pisoni and Luce, 1987). La habilidad de personas sanas de repetir no-palabras sugiere que la mediación léxico semántica no se requiere para la repetición. (McCarthy and Warrington, 1984; Coslett et al., 1987).



En la afasia acústico amnésica se acepta como causante de los síntomas el modelo de desconexión, que estipula una desconexión bidireccional entre el procesamiento fonológico y el léxico-semántico. (Lichtheim, 1885; Goldstein, 1948; Geschwind, 1965). La repetición intacta, con comprensión afectada, se atribuye al aislamiento del área de Wernicke de las léxico semánticas (Geschwind et al., 1968; Heilman et al., 1981; Kertesz et al., 1982).

Existe una dificultad para retener información verbal, por lo tanto el núcleo central de la alteración está constituido por una disminución de la memoria verbal operativa lo cual conduce a una desintegración en el contenido fonológico, así como la imposibilidad de hallar la correcta secuencia fonológica de las palabras. (Shallice, Warrington)

Luria observó que las dificultades en el lenguaje son en particular evidentes cuando se incrementa la cantidad de información verbal y por esto consideró que el mecanismo central de esta forma de afasia es la alteración en la memoria acústico-verbal operativa, es decir, la capacidad de mantener informaciones verbales en la memoria operativa y su manipulación.

5.5 Etiología

Una de las variables más importantes que inciden en los resultados de una evaluación neuropsicológica, lo es 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.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 5 de 15



A continuación se enumeran las principales causas:

1. **Accidentes Cerebro-Vasculares:** Los estimativos de incidencia, prevalencia e impacto de la afasia secundaria a un accidente vascular cerebral (ACV) varían y son inciertos (Mackenzie 1992). Un número estimado de 11.400 personas se torna afásico después de ACV cada año en la Gran Bretaña (Enderby 1986). Wade (Wade 1986) encontró que se presentó afasia en una cuarta parte de pacientes conscientes que habían sufrido un ACV en los siete días previos. La sintomatología que presentan los pacientes dependerá de la extensión y de la zona afectada. El área implicada se localiza en la zona vascular entre los territorios de las arterias cerebral media y cerebral anterior o posterior.
2. **Traumatismos Craneoencefálicos (TC),** debido a la configuración del cráneo, el impacto de un golpe generalmente tiende a transmitirse hacia estructuras de la base del lóbulo frontal y hacia la parte anterior y medial del lóbulo temporal. Es un problema social de salud que suele producir una serie de importantes afecciones como incapacidades motoras, problemas comportamentales y cognitivo-intelectuales.

Las consecuencias neuropsicológicas de pacientes que han sufrido TCE usualmente se clasifican en tres categorías:

- a) déficits cognoscitivo-intelectuales;
- b) amnesia anterógrada;
- c) cambios de personalidad (puerilidad, desinhibición, agresividad, etc.) o por el contrario apatía, depresión y alteraciones en el juicio, entre otros.
3. **Tumores Cerebrales,** una proporción importante de ellos se derivan del tejido glial, representan el 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 y a la deformación de las mismas así como a la hipertensión asociada. Los gliomas, tumores metastásicos y meningiomas son los tumores más frecuentemente observados y constituyen 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. Existe otro grupo de causas que puede ocasionar algún tipo de daño cerebral como son las neuroinfecciones, crisis convulsivas, hidrocefalia, intoxicación alcoholismo y antecedentes de drogadicción.

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

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 6 de 15		

5.6 Factores de Riesgo

Los antecedentes heredo-familiares como la hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, malformaciones arteriovenosas entre otras. Antecedentes personales como tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia, las adicciones, el sedentarismo, las enfermedades sistémicas, metabólicas, autoinmunes, están entre las causas que ocasionan algún tipo de compromiso en el sistema nervioso central y que secundariamente afectan el lenguaje.

5.7 Manifestaciones Clínicas

El cuadro clínico se manifiesta como una alteración en la comprensión del lenguaje y una pérdida del sentido de las palabras; imposibilidad para denominar objetos, una desintegración del lenguaje espontáneo. (Tsvetkova, 1996).



La expresión verbal mantiene la fluidez en el lenguaje espontáneo es fluente, con anomias, parafasias semánticas y literales, con frecuentes aproximaciones fonológicas a la palabra buscada. La ayuda fonológica no le es útil, la presentación de claves fonológicas no le ayuda a encontrar la palabra buscada, lo que señala que la estructura fonológica de la palabra se encuentra alterada.

La comprensión suele estar comprometida. La repetición está preservada y contrasta con el déficit en la comprensión verbal. El paciente puede repetir sílabas y palabras, pero al aumentar el volumen utilizando frases para su repetición, comete errores a causa de su ordenación inadecuada y al rápido olvido de la información verbal. No logra comprender secuencias verbales largas; o frases y oraciones complejas, dada la disminución de su memoria verbal, que le dificulta reconocer la relación existente entre los elementos presentes de la oración. Retienen solo lo inicial o el final del enunciado al estar conversando, algunos autores sugieren que esto puede obedecer a un deterioro léxico semántico y de comprensión lexical.

La lectura y la escritura se presentan con dificultades. La capacidad lectora está preservada, pero la realizan produciendo errores múltiples, destacando principalmente la alteración en la comprensión lectora y la capacidad para expresarse por medio de la escritura.

El déficit de lenguaje se suele acompañar de diferentes trastornos neurológicos, principalmente los motores que afectan el hemisferio derecho. El déficit sensorial más frecuente son los visuoespaciales.

Hackett y Anderson demostraron en una revisión sistemática, que la depresión es la complicación neuropsiquiátrica más común en este tipo de pacientes (incidencia del 33%), lo cual está asociado a un peor pronóstico. Existe incerteza en cuanto a su etiología y factores de riesgo; algunos factores son reconocidos: gravedad del ictus, grado de discapacidad y déficit cognitivo.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 7 de 15		

Kouwenhoven et al demuestra una correlación entre síntomas depresivos y la mortalidad entre los 12 y 24/12 de evolución del cuadro. De tal manera que es necesario tener un diagnóstico temprano, lo cual puede disminuir los efectos negativos sobre el proceso de rehabilitación.

5.8 Diagnóstico

Se realiza una evaluación neuropsicológica para determinar la presencia de cambios cognoscitivos y comportamentales en individuos en los que se sospecha de algún tipo de alteración o disfunción cerebral. La evaluación neuropsicológica se realiza buscando diferentes objetivos, entre ellos, determinar la actividad cognoscitiva de un paciente, analizar los síntomas, signos y síndromes fundamentales, proveer información adicional para efectuar un diagnóstico diferencial, sugerir procedimientos terapéuticos y de rehabilitación, así como determinar la eficiencia de algún tratamiento en particular.



En la evaluación del paciente se consideran tres etapas, la primera es la realización de un interrogatorio completo y el establecimiento de una relación positiva con el paciente. Los datos del interrogatorio se obtienen a través de un informante, generalmente un familiar. Dentro del diagnóstico neuropsicológico es muy importante precisar y definir el motivo de consulta o de remisión con detalladas descripciones de las condiciones actuales. Para la obtención de resultados confiables dentro de la evaluación es indispensable el desarrollo de una relación buena con el paciente. Se realiza además una exploración física, con énfasis en cabeza y cuello, pero además se explora la coordinación motora, la lateralidad, gnosias y praxias del paciente.

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 completa incluyendo una exploración neurológica.

La segunda etapa está definida por la aplicación y calificación de las pruebas. Actualmente existen diversas pruebas que evalúan las funciones cerebrales superiores (praxias, gnosias, memoria, lenguaje, procesos intelectuales, lectura, escritura y cálculo).

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 sobre estos pacientes.

La Evaluación Neuropsicológica Breve para Adultos (Quintanar & Solovieva, 2009), el protocolo "Diagnóstico Clínico Neuropsicológico de la Afasia Puebla-Sevilla" (Quintanar, Solovieva & León-Carrión, 2002; 2011), la cual también fue diseñada y estandarizada en sujetos que hablan el castellano.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 8 de 15		

El Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) (Goodglass y Kaplan, 1983) consiste en 23 subtests que evalúan fluencia, comprensión auditiva, denominación, repetición, articulación, lectura, lenguaje automático, comprensión lectora, escritura. La puntuación obtenida entra en un perfil que es comparado a un perfil representativo de cada síndrome afásico. La puntuación está basada en un sistema de suma/resta por cada ítem del test, con puntos por rapidez y exactitud de respuesta. Se usa una escala de 6 puntos para evaluar la severidad global para ayudar al clínico a establecer la línea base de ejecución. El test completo necesita entre 1 y 4 horas para su administración.

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

La tercera y última etapa está marcada por el análisis de los resultados, la elaboración del informe y devolución de los resultados a los familiares del paciente.



5.9 Tratamiento

Al concluir el proceso de diagnóstico y evaluación, se proporciona un informe clínico indicando el diagnóstico y el plan de tratamiento.

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. El tipo de rehabilitación debe ser determinado con base a los resultados de la evaluación. De ser indicada, la intervención puede maximizar la recuperación de las habilidades comunicativas y prevenir el aprendizaje de conductas compensatorias inapropiadas.

El objetivo de terapia tiene como objetivo general la superación de los efectos reductivos del volumen de percepción y retención del material discursivo. 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. Tsvétkova y otros autores aconsejan para este tipo de afasia que la estructura del material verbal se debe adaptar a las capacidades del paciente y así mejoran su repetición y comprensión lexicales.

Jamile Chastinet et al (2011) diseñaron un protocolo de rehabilitación que consiste en tres etapas: la primera tiene como objetivo la rehabilitación del vocabulario activo formado por denominaciones objetales trabajando con la relación “imagen-palabra”, con lo cual se pretende incrementar el volumen de percepción y retención del material discursivo; la segunda tiene como objetivo la rehabilitación de la retención de palabras presentadas oralmente y la tercera es incrementar la retención y la comprensión de textos.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 9 de 15		

Sánchez Cortez y cols. (2013) Diseñaron un Programa de Reforzamiento de la Memoria y del Lenguaje para la rehabilitación de los problemas de la memoria, el cual consiste en 20 categorías supraordinadas (palabra-tema) con 200 ítems subordinados, se presentan tarjetas con la imagen de un objeto, posteriormente se les presentan otras tarjetas con una imagen central y 4 palabras que describan su significado, tres palabras cercanas a su concepto y un elemento distractor. Se propone aplicarlo durante 3/12 recibiendo apoyo en forma diaria en casa, con lo cual se pretende que al concluirlo el paciente pueda realizar alrededor de 210 frases y oraciones; además de mejorar la consolidación de la información de la memoria de trabajo, mediata y de la de largo plazo.

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 para ver evolución e indicar las medidas necesarias para decidir si debe o no continuar el tratamiento Rehabilitatorio de acuerdo al tipo de afasia y los resultados obtenidos así como decidir la necesidad o no de solicitar Inter-consulta a otros Servicios.



En la Institución se cuenta con un equipo multidisciplinario y en él juegan un papel preponderante los y las diferentes Terapistas en Comunicación Humana quienes informan de los avances que el paciente presenta, con la finalidad de llevar un mejor seguimiento del caso

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.
- Pacientes enviados de otros Servicios del Instituto.
- 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, aplicación e interpretación de una Bateria Neuropsicológica integrando un diagnóstico Presuncional o Definitivo.

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

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 10 de 15		

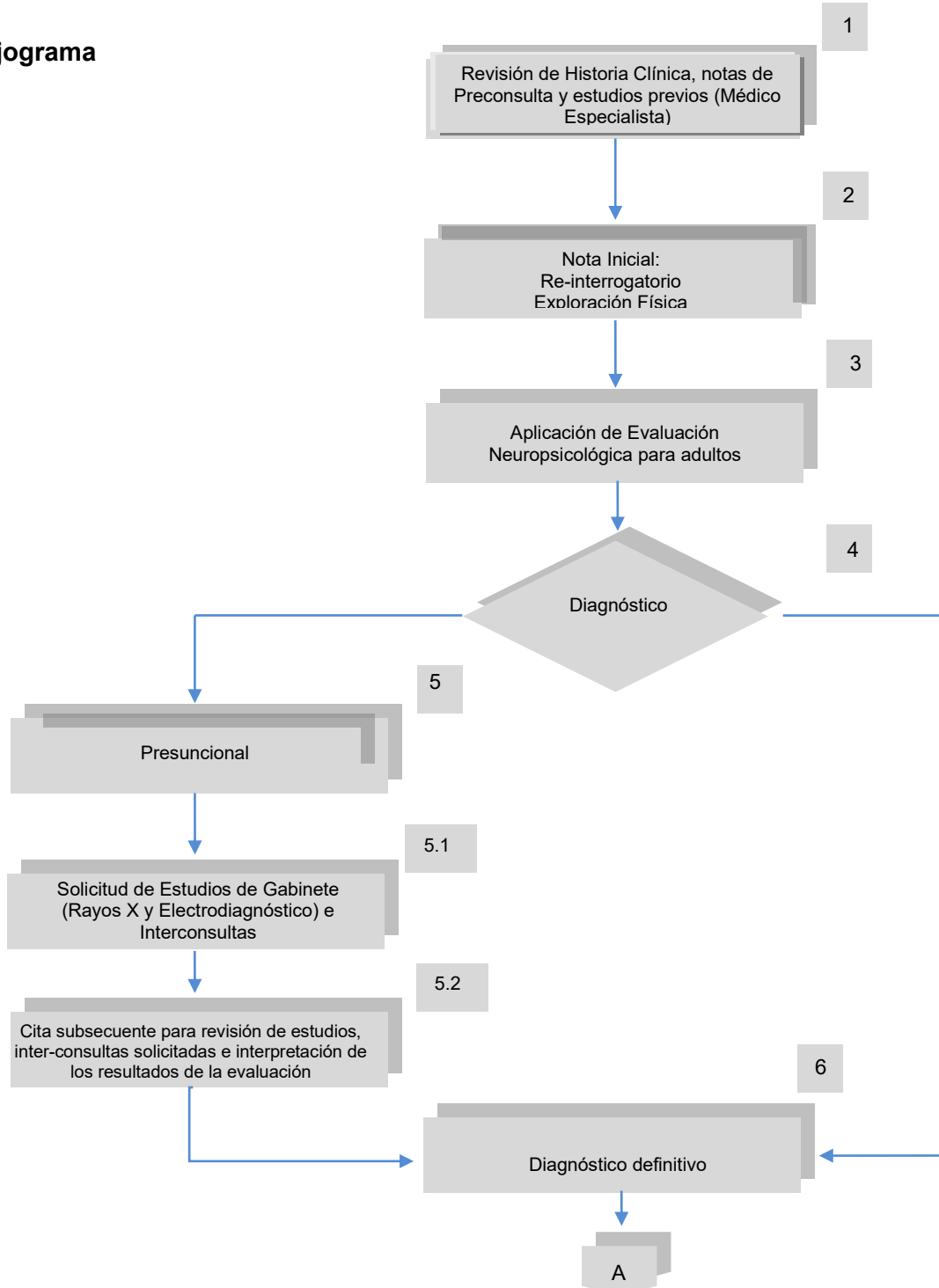
Se dará una consulta subsecuente para revisar las notas de los Servicios Inter-consultados, los resultados de laboratorio y gabinete, para posteriormente dar un diagnóstico definitivo en un Informe Clínico con las indicaciones de acudir a terapia de lenguaje, control médico y cita a revaloración de acuerdo a cada caso.

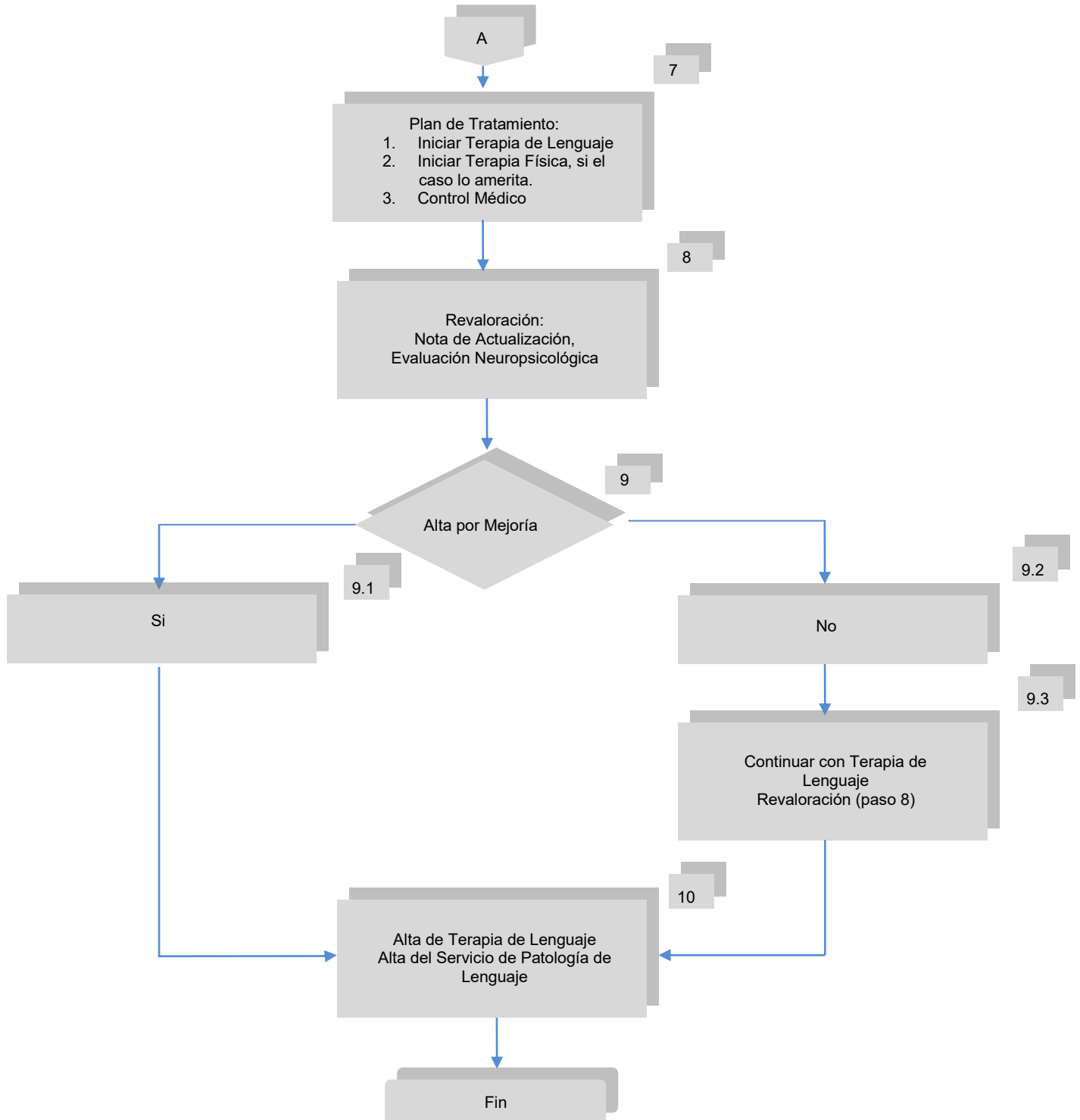
7. Criterios de Alta



Pacientes que hayan recibido Terapia de Lenguaje por 6 a 24 meses dependiendo el caso y que estos avances le permitan reincorporarse a sus actividades de la vida cotidiana y/o laboral. O quienes hayan alcanzado una meseta en su recuperación.



8. Flujoograma









	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 13 de 15		

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, Primera Edición, 2005.
8. Boatman D, Gordon B. Hart J, Miglioretti D. Transcortical sensory aphasia: revisited and revised. Brain (2000) 123 (8): 1634-1642
9. Borregon Sanz Santos, González Calero Agustina; La Afasia, Exploración, Diagnóstico y Tratamiento; CEPE, 1993.
10. 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.
11. Camoes Barbosa A., Sequeira Medeiros L., Duarte N., Morais J., Mendes M., Meneses C.: Afasia y depresión post-ictus: una relación predictiva Rehabilitación (Madr). 2012; 46(1):36-40.
12. Chastinet J., Morais C., Solovieva Y.: Rehabilitación de un caso de afasia acústico-mnésica como resultado de un trauma craneoencefálico: un abordaje Luriano. Revista Neuropsicología Latinoamericana Vol 3. No. 1. 2011, 27-39
13. Comprehensive supplement to the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014.
14. Corbett F, Jefferies E, Ralph L. The use of cueing to alleviate recurrent verbal perseverations: Evidence from transcortical sensory aphasia. Aphasiology, 2008 Aphasiology, 2010 376-386
15. Eleanor M Saffran, Oscar S. M. Marin, Immediate memory for Word lists and sentences in a patient with deficient auditory short-term memory. Baltimore City Hospitals and the Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore Maryland. Brain and Language. 1975.
16. 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.
17. González Ortuño B, Ostrosky Solís F., Chayo Dichy R., Problemas de Lenguaje, Un Programa para su estimulación y para su rehabilitación. LP Editorial, marzo 2007.
18. Guía Clínica Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Rotura de Aneurismas Cerebrales, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Serie de Guías Clínicas Minsal No. 42, Junio 2007.
19. Guía Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto, serie de Guías Clínicas Minsal No. 37, Septiembre 2007, República de Chile, Ministerio de Salud.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 14 de 15		

20. Goodglass Harold, Kaplan Edith; La evaluación de la Afasia y de Trastornos relacionados; Editorial Médica Panamericana, 1986.
21. Greener J, Enderby P, Whurr R. Terapia del habla y lenguaje para la afasia después de accidente cerebrovascular. La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
22. Junqué C., Bruna O. y M. Mataró, Neuropsicología del Lenguaje, Masson, Barcelona, 2004.
23. Kaplan E, Goodglass H, Weintraub S. Boston Naming Test. Philadelphia: Lea & Febiger; 1983.
24. Kolb B., Whishaw I. Q., Neuropsicología Humana, University of Lethbridge, 5ta. Edición, Editorial Médica Panamericana, 2003
25. Lesser Ruth; Investigaciones Lingüísticas sobre la Afasia; Editorial Médica y Técnica, 1983.
26. Luria A., R. Las Funciones Corticales Superiores del Hombre; Distribuciones Fontamara, 1986.
27. Luria A., R. Fundamentos de Neurolingüística; Editorial Masson. 1980.
28. Luria A., R., Cerebro y Lenguaje, Editorial Fontanella, 1978.
29. Nadine Martin, Eleanor M. Saffran, Repetition and verbal STM in transcortical sensory aphasia: A case study. University School of Medicine USA. Brain and Language 1990
30. Ostrosky F., Ardila A., Chayo R., Rehabilitación Neuropsicológica, Conceptos y tratamientos básicos para la rehabilitación del daño cerebral. Editorial Planeta m.r. técnicos, 1996.
31. Ortiz Alonso Tomas; Neuropsicología del Lenguaje; CEPE, 1995.
32. Parkin Alan J., Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva. Editorial Médica Panamericana.
33. Peña Casanova Jordi; Manual de Logopedia; 3ra. Edición; Editorial Masson.
34. Peña Casanova Jordi, Barraquer Bordas LI, Neuropsicología; Ediciones Toray S. A., Barcelona, España. 1984.
35. Peña Casanova J., y M. Pérez, Rehabilitación de la Afasia y Trastornos Asociados, Masson, Barcelona, 1995.
36. Peña Casanova J., Garamunt Fombuena N., Gich Fullá J., Test Neuropsicológicos, Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias. Editorial Masson, 2004
37. Peña Casanova J., Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica "Test Barcelona", Masson, 1991.
38. Quintanar Rojas L., López Cortés A., Lázaro García E., Solovieva Y., Evaluación Neuropsicológica de la Afasia Puebla-Sevilla. Datos en Población Normal. 2009.
39. Quintanar Rojas Luis; Modelos Neuropsicológicos en Afasiología, Aspectos Teóricos y Metodológicos; Facultad de Psicología de la BUAP; 1994.
40. Quintanar R. L. Solovieva Y. Carrión J. L., Evaluación Clínico Neuropsicológica de la Afasia Puebla-Sevilla. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2011.
41. Quintanar R. Solovieva Y. Análisis neuropsicológico de las alteraciones del lenguaje. Revista de Psicología General y Aplicada, 2002, 55 (1), 67-87

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-34
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 15 de 15		

42. Sánchez Cortes NA, Pérez Mendoza M.: Afasia Acústico Amnésica: alteración de la memoria en la producción del discurso y su rehabilitación. Presentación de caso. Anales de Otorrinolaringología México Vol. 51, No 2, 2006.
43. Sánchez Cortés NA., Reyna Cervantes KP., Poblano A.: Intervención neuropsicológica en la consolidación de la memoria en pacientes con afasia acústico-amnésica.” Estudio exploratorio y preliminar. Investigación Clínica 2013; 54(4): 360 – 372
44. Rius Umpierrez Elisa, Guía Práctica Clínica, Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas. 2da.Edición, Barcelona, enero 2007.
45. 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 núm. 1 – 2, Enero – Dic. 2007
46. Tim Shallice, Elizabeth K. Warrington. Auditory-verbal short-term memory impairment and conduction aphasia. Brain and Language, 1977.
47. Tsvétkova, L. S. Sobre los mecanismos de los trastornos de la repetición y de la comprensión del lenguaje en la afasia acústico-amnésica. Universidad de Moscú. 1976.
48. Villodre C. R., Morant G. A., Intervención multidisciplinaria en Afasias. Instituto de Neuro-Rehabilitación y Afasia INIA NEURAL, Valencia, España.
49. Zahn R , Huber W, Drews E, Specht K, Kemeny S, Reith W. Recovery of Semantic Word Processing in Transcortical Sensory Aphasia: a Functional Magnetic Resonance Imaging Study. Aphasiology, 2010 376-386

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