



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

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



Código:
MG-SAF-35



Fecha:
DIC 20

Rev. 04

Hoja: 1 de 13

GUÍA CLÍNICA DE LA AFASIA 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-35
	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 Afasia Motora Eferente 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 manera que la atención del paciente por los diferentes Médicos o Servicios Interconsultados 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 del tipo de trastorno de lenguaje que presente cada uno de los pacientes que acuden al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, con criterios de ingreso y permanencia.

3. Responsabilidades

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

4. Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-35
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 3 de 13		

5. Definición del Padecimiento

La afasia se puede definir como una perturbación en la comunicación verbal causada por lesiones cerebrales circunscritas (Hécaen, 1977). Basándose en criterios más clínicos Kertesz (1985) la define como una alteración del lenguaje consecutiva a algún tipo de 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 cortical focal. (Ardila, 1983).

La Afasia Amnésica se puede definir como el trastorno de lenguaje secundario a un daño cortical focal en el área terciaria temporo-parieto-occipital, que puede extenderse hasta la región de la circunvolución angular izquierda, (más sensible a las alteraciones del lenguaje escrito) y caracterizado por fallas en la denominación.

5.1 Epidemiología

Se calcula que del 1 al 1.5% de la población sufre algún Accidente Cerebrovascular, y el 40% de ellos tendrá 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.

5.2 Sitio de Lesión



El sitio de lesión es a nivel de regiones temporo-occipitales izquierdas. Aun cuando existen casos reportados de dificultades de denominación en pacientes con lesiones temporales antero-inferiores izquierdas.

5.3 Sinónimos

Es conocida como Afasia Anómica (Kertesz 1979 y Benson 1988), Afasia Amnésica por Luria (1970) y Hécaen y Albert (1978).

5.4 Fisiopatología

Hay una dificultad básica en la denominación en éste tipo de Afasia, se producen dificultades para encontrar el nombre de los objetos, una dificultad para dar con la palabra adecuada en el contexto de un habla fluida y gramaticalmente bien formada. Según algunos autores se trata de una perturbación en la recuperación léxica. Poseen una disminución en la capacidad para comprender y utilizar los sustantivos y como estos son categorizadores tiene sentido encontrarlos dependientes de las áreas del cerebro que controlan el reconocimiento y la clasificación. Hay por tanto una dificultad en la categorización de los objetos. La ayuda fonológica les es generalmente útil, la razón según Luria radica en que no hay pérdida de palabras sino dificultad para elegir la correcta en el sistema paradigmático del lenguaje. Cuando la lesión alcanza la circunvolución angular aparecerán alteraciones de la lectura y la escritura dentro de un amplio rango.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-35
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 4 de 13		

5.5 Etiología



Una variable importante que incide en los resultados de una evaluación neuropsicológica, 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. 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, la American Stroke Association define el accidente cerebrovascular como una afectación de los vasos sanguíneos que van al cerebro, causando daños temporales o permanentes en la función sensitiva y/o motora, 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. 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 izquierda, existiendo una notable correlación de estas áreas que conllevan a alteraciones de tipo afásico.

En Estados Unidos la prevalencia del ACV es de 11% en personas entre los 55 y 64 años; se incrementa a 22% de los 65 a los 69; a 28% de 70 a 74; a 32% de 75 a 79; a 40% de 80 a 85 y en un 43% en mayores de 85 años de edad. Uno de los efectos residuales comunes del ACV es la afasia. Un 12% de las personas que sobreviven al ACV pueden tener afasia luego de seis meses. Actualmente en Estados Unidos cerca de un millón de personas presentan desordenes del lenguaje de origen neurológico.

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. Existen diferentes criterios para clasificar el TC, 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 tejido cerebral.
3. Tumores Cerebrales, una proporción importante de ellos se derivan del tejido glial y se conocen como Gliomas, los cuales 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

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-35
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 5 de 13

su acción se deben a la presión que ejercen sobre las estructuras cerebrales adyacentes y la deformación de las mismas así como a la hipertensión asociada. Un 75 a 80% de los tumores observados en el Sistema nervioso Central lo constituyen los gliomas, tumores metastásicos y meningiomas.

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 infecciones en el Sistema Nervioso Central, crisis convulsivas mal controladas, hidrocefalia, intoxicación de diversas causas, en nuestro medio el alcohol, el cual 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 encontrada será más o menos florida.



5.6 Factores de Riesgo

Los antecedentes heredo-familiares; hipertensión arterial, diabetes, obesidad, entre otros. Antecedentes personales como: tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia, 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 la Función Cortical Superior que es el lenguaje.

5.7 Manifestaciones Clínicas

La anomia es común en todos los pacientes con afasia, en mayor o menor medida e independientemente del tipo de síndrome, todos muestran dificultades para recuperar las palabras durante la expresión verbal. Las causas que originan las anomias pueden ser muy variadas, ya que la producción oral de palabras es una tarea muy compleja que exige la participación de múltiples procesos cognitivos, los cuales tienen que funcionar adecuadamente para hablar correctamente (Levelt, 1992).

El lenguaje espontáneo es fluente, con anomias caracterizada por la incapacidad para extraer del repertorio léxico el vocablo nominal correspondiente principalmente ausencia de sustantivos, utiliza palabras semánticamente próximas (parafasias verbales) o de un alto nivel de generalidad. La expresión verbal puede estar llena de circunloquios e intentos fallidos para denominar, la presentación de claves fonológicas le conduce invariablemente a la producción correcta de la palabra, es posible que el paciente pueda describir el uso del objeto, frecuentemente interrumpen las expresiones que están produciendo, lo que puede reducir los niveles de integridad de la frase.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-35
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 6 de 13

La comprensión verbal, la repetición, el lenguaje automático, están conservados. La lectura, escritura y cálculo se conservan en aquellos casos en los que no se lesiona la región de la circunvolución angular.

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.

5.8 Diagnóstico



Requiere la realización de una nota inicial que incluya: un interrogatorio lo más veraz y completo posible, recordar que en estos casos se trata de un interrogatorio indirecto, por lo que lo recomendable es que se trate de una persona cercana al paciente y que conozca los pormenores de lo acontecido. La nota inicial deberá incluir la anamnesis del padecimiento actual, los antecedentes de importancia relacionados con la patología, la escolaridad, ocupación, lateralidad, estado pre-mórbido, personales patológicos, una exploración física, neurológica incluida y un estudio audiológico.

La aplicación de una Batería Neuropsicológica que evalúe las Funciones Cerebrales Superiores: lenguaje, praxias, gnosias, memoria, procesos intelectuales, lectura, escritura y cálculo. En la actualidad 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 emitir un pronóstico de cada paciente. Existen otras pruebas Neuropsicológicas que permiten realizar esta evaluación como la Evaluación Clínico Neuropsicológica de la Afasia "Puebla-Sevilla", la cual también fue diseñada y estandarizada en sujetos que hablan el castellano; el Test Barcelona, entre otras.

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 Existen técnicas experimentales para evaluar el reconocimiento visual de palabras como la tarea de decisión léxica (TDL), la cual consiste en decidir entre estímulos de palabras y no palabras, existe también la tarea de deletreo en la cual al sujeto se le muestra un estímulo en forma auditiva y luego debe deletrearlo, ambas tareas pueden ser utilizadas como predictores del procesamiento interno del lenguaje. 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.

5.9 Tratamiento

Al concluir el proceso de diagnóstico y evaluación, posterior a: la Nota Inicial, la Evaluación Neuropsicológica, y de reunir comentar y analizar los estudios solicitados y los reportes de las inter-consultas, se proporcionará un Informe Clínico indicando el diagnóstico y el plan de

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-35
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 7 de 13		

tratamiento a seguir, este incluye iniciar terapia de Comunicación Humana que trabaje los aspectos comprometidos de las diferentes funciones evaluadas como el lenguaje en sus diferentes modalidades, la atención, la memoria, las gnosias, los procesos de abstracción, la lectura; etc. Así como control médico estricto de su patología de base y 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, el menciona que posterior a una lesión vascular la recuperación es menor en relación a las lesiones traumáticas, éstas últimas revelaron una recuperación más rápida, sin embargo, todo dependerá de la severidad y localización del daño. 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, entre otros).

El tipo de rehabilitación debe ser determinado con base a los resultados de la evaluación. Al ser indicada, la intervención puede maximizar la recuperación de las habilidades comunicativas y prevenir el aprendizaje de conductas compensatorias inapropiadas. F. Cuetos diseñó un programa informático para la rehabilitación de este tipo de afasia el cual consiste que se le presenta al paciente en la computadora un objeto que tendrá que denominar, si tiene dificultad se le da la primera sílaba (clave fonológica) si lo recuerda se pasa al siguiente lámina; con este programa también se puede trabajar (clave semántica) presentando 4 palabras escritas que aparecen justo debajo del dibujo: la palabra correspondiente al dibujo y 3 distractores semánticos, el paciente debe señalar la palabra que le corresponde y si acierta se colorea el dibujo, este método tiene como finalidad asociar la palabra con su significado.

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 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 el tratamiento rehabilitatorio de acuerdo a este tipo de afasia, así como el seguimiento de las indicaciones de los Servicios Inter-consultados. Dentro de la Institución se

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-35
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 8 de 13

cuenta con un equipo multidisciplinario en el que destaca la labor de la Terapeuta de Lenguaje, quién informa de los avances que el paciente presenta, lo que permite llevar un mejor seguimiento del caso.

6. Criterios de Inclusión

- Pacientes que acudan e ingresen a la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje, con sintomatología caracterizada por problema de lenguaje 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, aplicación e interpretación de una Batería Neuropsicológica integrando un diagnóstico Presuncional o Definitivo.

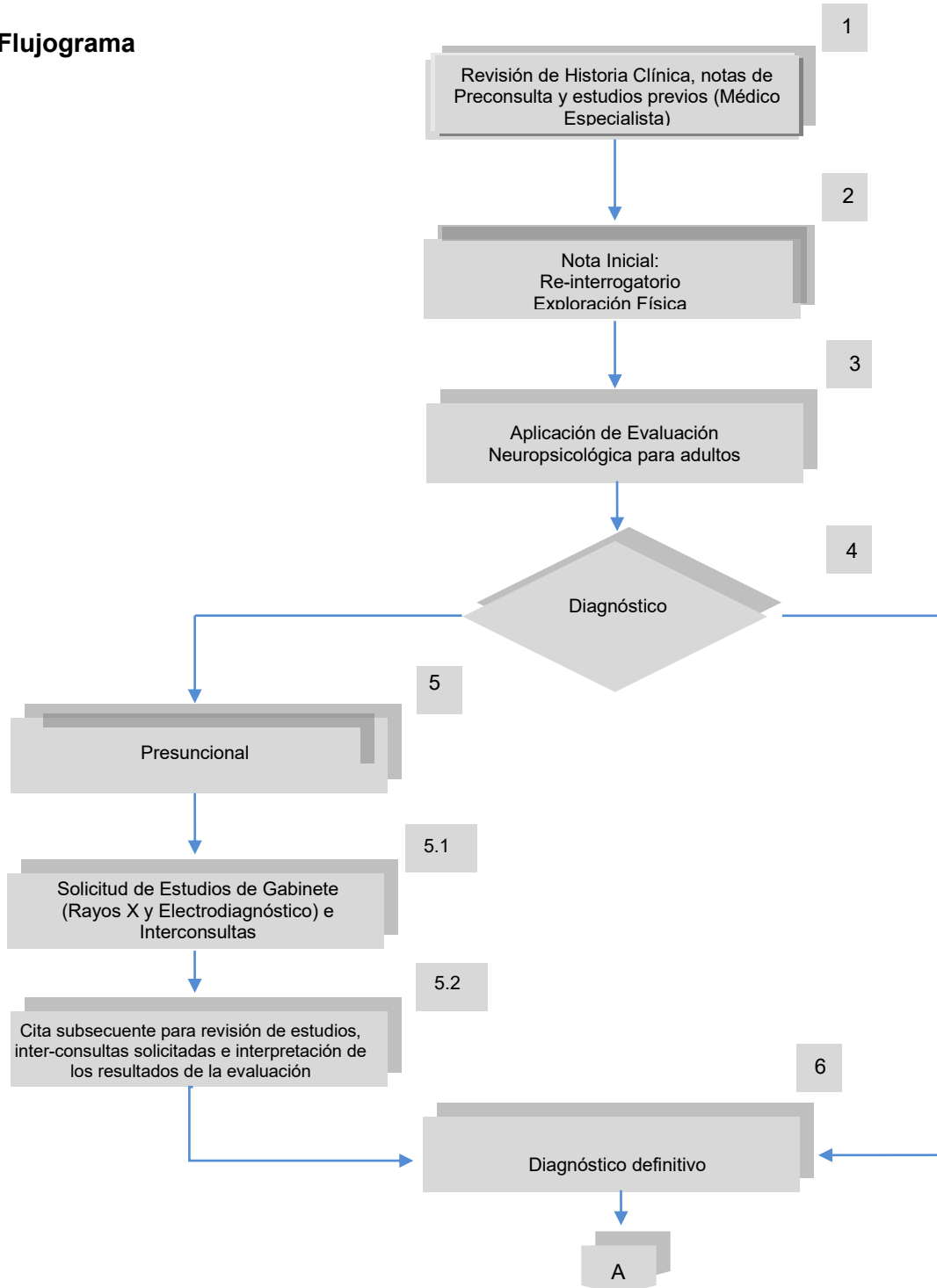
En caso de que sea Presuncional se solicitarán las Inter-consultas a los Servicios que sea necesario: Audiología, Otoneurología, Foniatría, Medicina Interna y se solicitarán estudios de laboratorio y gabinete.

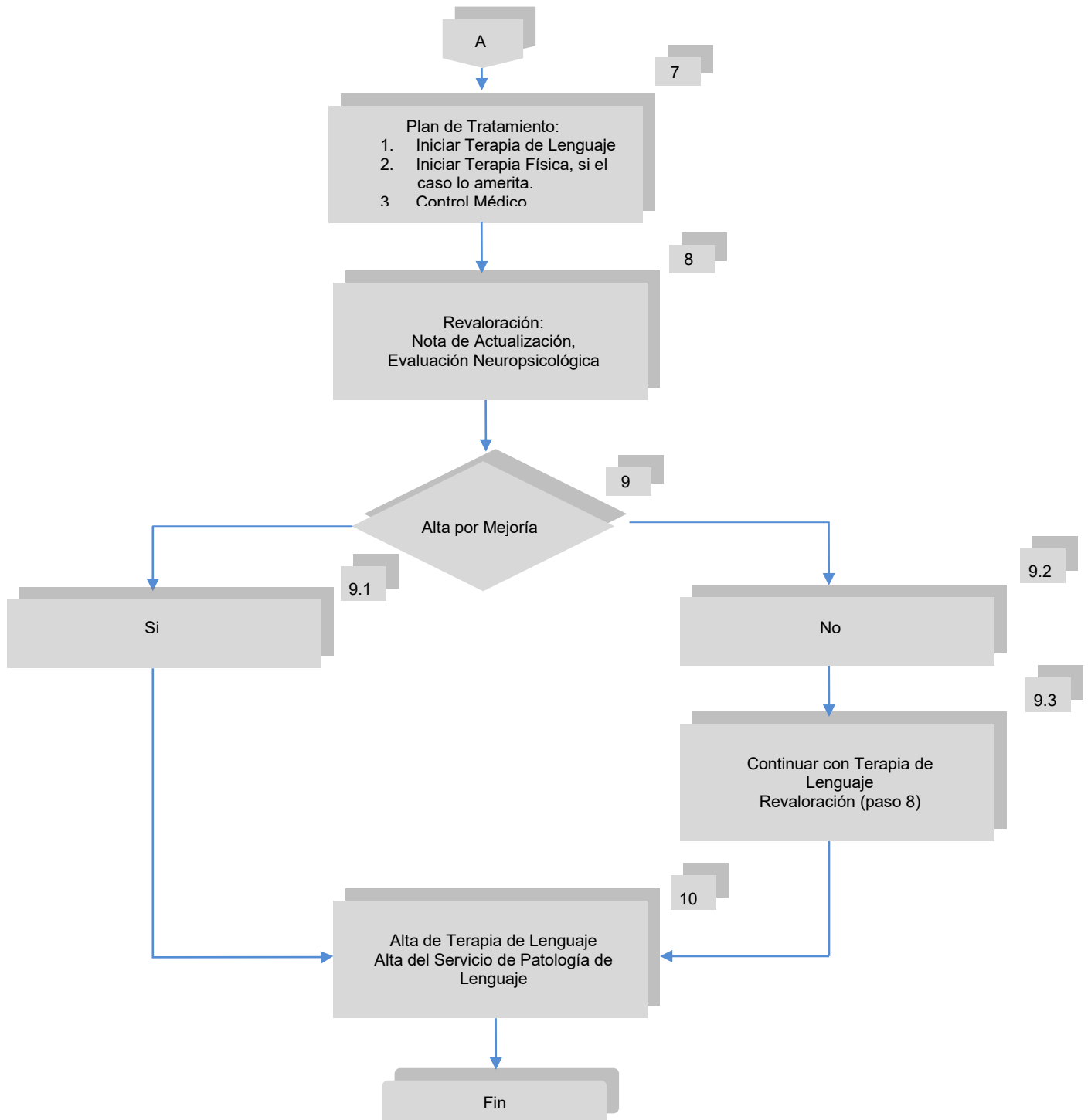
Se dará una consulta subsecuente para revisar las notas de los Servicios Inter-consultados, los resultados de laboratorio y gabinete, para posteriormente dar un diagnóstico definitivo en un Informe Clínico con las indicaciones de acudir a terapia de lenguaje, control médico y cita a revaloración de acuerdo 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 cuando se alcance una meseta en la condición funcional del paciente o cuando se alcance una meseta en la condición funcional del paciente.

8. Flujoograma









	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-35
	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. Andreetta Sara, Cantagallo Ana, Marini Andrea. Narrative discourse in anomic aphasia. University of Udine. Italia. Neuropsychologia. 2012.
2. Arango Lasprilla Juan Carlos, Rehabilitación Neuropsicológica. Manual Moderno, 2006.
3. Ardila Alfredo, Ostrosky S. Feggy; Diagnóstico del Daño Cerebral, Enfoque Neuropsicológico; Editorial Trillas, 2009.
4. Ardila Alfredo, Rosselli Mónica; Neuropsicología Clínica Tomo I; Prensa Creativa, Medellín, Colombia, 1992.
5. Ardila Alfredo; Psicobiología del Lenguaje; Editorial Trillas, 1983.
6. Ardila Alfredo; Neurolingüística; Editorial Trillas, 1984.
7. Ardila Alfredo, Orígenes del Lenguaje: un análisis desde la perspectiva de las afasias. Rev. Neurol. 2006 Dec 1-15; 43(11):690-8
8. Ardila Alfredo, Las Afasias, capítulo 4. Universidad de Guadalajara, 2005 Primera Edición.
9. Barbosa A. C., Medeiros L. S., Duarte N., Morais J. D. N., Mendes M., Meneses C.: Afasia y depresión post-ictus: una relación predictiva. Rehabilitación (Mad). 2012; 46(1):36-40
10. Borregon Sanz Santos, González Calero Agustina; La Afasia, Exploración, Diagnóstico y Tratamiento; CEPE, 1993.
11. Bungo O. Keita K. Hisao T, Minoru S. Harumi T., Postencephalitic pure anomic aphasia: 2-year follow-up. College of Medicine, Nishinomiya, Japan. Journal of the Neurological Sciences. 2001.
12. 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.
13. Cuetos F.: Rehabilitación de la anomia mediante un programa informático. Revista Española de Neuropsicología 5, 3-4:199-211 (2003).
14. Cuetos F., González Nosti M., Sánchez Cortes N., Griffith H., Cabezas C., García P., Sánchez Alemay N.: Tipos de trastornos anómicos en las afasias. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología 2010, Vol. 30, No. 1, 16-22.
15. Gallardo B., Hernández C., Moreno V., López Lozano D.M.: Alexia pura y Afasia Anomica en un caso de Evento Vascular Cerebral. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 1: Investigación e intervención en patologías del lenguaje. Valencia: Universitat, 2012.
16. García Silvia, Villagómez Asisclo 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 Dichi 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.
20. Goodglass Harold, Kaplan Edith; La evaluación de la Afasia y de Trastornos relacionados; Editorial Médica Panamericana, 1986.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-35
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 12 de 13		

21. Hernández J., Avendaño A., Rojas J.: Efecto de la frecuencia lexica y silábica en afasia anomica Rev Cienc Salud 2012; 10 (3): 337-346
22. Junqué C., Bruna O. y M. Mataró, Neuropsicología del Lenguaje, MASSON, Barcelona, 2004.
23. Kolb B., Whishaw I. Q., Neuropsicología Humana, University of Lethbridge, 5ta. Edición, Editorial Médica Panamericana, 2003
24. Lesser Ruth; Investigaciones Lingüísticas sobre la Afasia; Editorial Médica y Técnica, 1983.
25. Luria A., R. Las Funciones Corticales Superiores del Hombre; Distribuciones Fontamara, 1986.
26. Luria A., R. Fundamentos de Neurolingüística; Editorial MASSON.
27. Luria A., R., Cerebro y Lenguaje, Editorial Fontanella, 1978.
28. Ostrosky F., Ardila A., Chayo R., Rehabilitación Neuropsicológica, Conceptos y tratamientos básicos para la rehabilitación del daño cerebral. Editorial Planeta m.r. técnicos, 1996.
29. Ortiz Alonso Tomas; Neuropsicología del Lenguaje; CEPE, 1995.
30. Parkin Alan J., Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva. Editorial Médica Panamericana.
31. Peña Casanova Jordi; Manual de Logopedia; 3ra. Edición; Editorial MASSON.
32. Peña Casanova Jordi, Barraquer Bordas LI; Neuropsicología; Ediciones Toray S. A., Barcelona, España.
33. Peña Casanova J., y M. Pérez, Rehabilitación de la Afasia y Trastornos Asociados, MASSON, Barcelona, 1995.
34. Peña Casanova J., Garamunt Fombuena N., Gich Fullá J., Test Neuropsicológicos, Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias. Editorial MASSON, 2004
35. Peña Casanova J., Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica "Test Barcelona", MASSON1991.
36. Quintanar Rojas L., López Cortés A., Lázaro García E., Solovieva Y., Evaluación Neuropsicológica de la Afasia Puebla-Sevilla. Datos en Población Normal.
37. Quintanar Rojas Luis; Modelos Neuropsicológicos en Afasiología, Aspectos Teóricos y Metodológicos; Facultad de Psicología de la BUAP; 1994.
38. Quintanar Luis, Solovieva Yulia, León-Carrión José, Evaluación Clínico Neuropsicológica de la Afasia Puebla-Sevilla. Universidad Autónoma de Puebla. 2011.
39. Rius Umpierrez Elisa, Guía Práctica Clínica, Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas. 2da.Edición, enero 2007, Barcelona.
10. 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
41. Villodre C., R., Morant G., A., Intervención multidisciplinaria en Afasias. Instituto de Neuro-Rehabilitación y Afasia INIA NEURAL, Valencia, España

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-35
	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