



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MAESTRÍA EN DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN
NEUROPSICOLÓGICA**



**“Efectos neuropsicológicos de la aplicación de un programa de
rehabilitación en un paciente con afasia sensorial”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

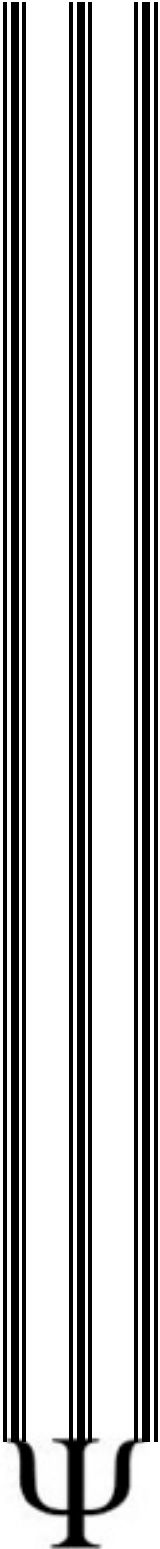
MAESTRA EN DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

PRESENTA:

GABRIELA GUERRERO BENAVIDES

DIRECTOR: DR LUIS QUINTANAR ROJAS
ASESOR METODOLÓGICO: DRA YULIA SOLOVIEVA

PUEBLA, PUE., MARZO 2015



MARZO 2015

MIEMBROS DEL JURADO DEL EXAMEN

DR. Luis Quintanar Rojas

Dra.: Yulia Solovieva

DR Vicente Arturo López Cortes.

RECONOCIMIENTO

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No 512701/286523 durante el periodo de enero de 2013 a diciembre 2014 para la realización de mis estudios de Maestría que concluye con esta tesis como producto final de la Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

A la Vicerrectoría de Investigación de Estudios de Posgrado de (VIEP) de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla por el apoyo otorgado al proyecto “Efectos neuropsicológicos de la aplicación de un programa de rehabilitación en un paciente con afasia sensorial”

Agradecimientos

A mis asesores el Dr. Luis Quintanar, la Dra. Yulia Solovieva y el Dr. Vicente Arturo López Cortés por la orientación y ayuda que me brindaron en la realización de esta tesis. Igualmente a todos los maestros del plantel docente, por su apoyo y amistad que me posibilitaron aprender más de esto que me apasiona.

A mis compañeros de clases quienes de alguna manera me enseñaron algo, si no sobre esta formación, si mucho sobre la vida. A mis compañeros de otros semestres quienes fueron un apoyo de enseñanza y moral en muchas ocasiones, dándole un plus a mi estancia aquí en Puebla (Natalia ,Fernanda, Rubén, Mauricio, Cynthia, Roger, Brenda, etc.).

A mi familia que me ha amado y apoyado incondicionalmente y sin los cuales no lograría mis metas, siendo uno de mis pilares indispensables:

A mis padres que son mi puerto más seguro, por enseñarme a luchar por mis sueños y brindarme toda la seguridad para alcanzar este objetivo más en la vida. A mi papá (Gabriel) que siempre me inspira y me da la fortaleza para levantarme cuando caigo y poder así continuar adelante. A mi mamá (Claudia) que con su ejemplo y amor incondicional me enseña que puedo lograr mis metas.

A mis hermanas (fer y wera) quienes me iluminan en mis días nublados, haciendo los kilómetros de distancia más cortos, siempre depositando en mí, energía y esperanza ante cualquier circunstancia.

A mis abuelos (Julio, Licha, Quetin y Pepe), por apoyar mis decisiones y entender mis múltiples ausencias.

A mis amigos, por su permanencia incansable en el rol que me permitió contar con las fuerzas necesarias durante este periodo de mi vida. Gracias por siempre estar y permanecer.

A Chivis, quien estuvo ahí para regañarnos, ayudarnos y animarnos en este transcurso.

Con profundo respeto y agradecimiento al Sr. JL. y a su familia que depositó su confianza en mi, recordándome el porque elegí este rumbo.

Gracias a todas las personas que me hubiera gustado mencionar pero no fue posible hacerlo.

ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción	7
Descripción del caso clínico.....	10
Descripción del programa de rehabilitación.....	12
Primera Etapa.....	14
Segunda Etapa	15
Tercera Etapa.....	16
Cuarta Etapa.....	17
Resultados del programa de rehabilitación Neuropsicológico.....	19
Discusión.....	33
Conclusiones.....	37
Referencias Bibliográficas.....	38
Anexos.....	41

RESUMEN

El presente trabajo describe los resultados de la aplicación de un programa de rehabilitación a un paciente diagnosticado con afasia sensorial. Se trata de un paciente masculino de 59 años de edad, diestro, con educación formal de secundaria, quien se desempeñaba como encargado del personal del departamento de Ortopedia en un hospital. El paciente sufrió un TCE moderado, presentando hematoma subdural laminar, en el parietal izquierdo, hemorragia subaracnoidea en línea media, cisternas basales, contusiones hemorrágicas temporales bilaterales, aunado con afasia motora. La TAC reveló ; pastas blandas paravertebrales sin alteraciones, estructuras óseas sin lesiones líticas, ni blasticas, ni soluciones de continuidad. A nivel meníngeo se observa zonas de hipodensidad a nivel frontal bilateral en relación a probable higroma, surcos y circunvoluciones con aumento del número y profundidad. Se observa a nivel de parénquima cerebral con adecuada diferencia de la sustancia gris y blanca. En la región temporal izquierda se encuentra una zona de hipodensidad en relación a probable gliosis. Línea media central, núcleos de la base sin alteraciones, sistema ventricular con dilatación fisiológica secundaria y atrofia cortical compensatoria. Estructuras de la fosa posterior, tallo cerebral y cerebelo sin alteraciones.

Al paciente se le realizó una evaluación neuropsicológica, la cual reveló una severa afectación en análisis y síntesis fonemáticas, las cuales conducen a la alteración de la comprensión del lenguaje y a la desintegración de todas las formas del lenguaje oral (espontáneo, repetitivo y denominativo), las cuales se caracterizan por múltiples parafasias y neologismos. También se observó la alteración de todas las formas de lectura y escritura (copia, dictado y espontáneo). En su lenguaje se presentaron dificultades con el significado verbal. Se encontró preservado el sentido de la expresión verbal.

Asimismo se realizó un registro electrofisiológico inicial, revelando; un nivel de madurez de la actividad eléctrica correspondiente con la norma de la edad, se

identificaron ligeros cambios locales de origen córtico-subcortical en el hemisferio izquierdo en la región fronto-central y en el hemisferio derecho, observándose cambios generalizados de origen hipotalámico. No fueron observados cambios funcionales de carácter bilateral o generalizado, así como tampoco cambios funcionales de carácter difuso.

Se elaboró un programa de rehabilitación Neuropsicológica, basado en el modelo histórico cultural, el cual se aplicó durante 110 sesiones. La revaloración Neuropsicológica reveló cambios clínicos caracterizados por un progreso positivo en cuanto a la identificación y discriminación de fonemas en el idioma, aunado a una mejoría en la esfera Afectivo Emocional del paciente. Lo anterior permite concluir que, el método de lectura de Quintanar y Solovieva (2014), basado en los planteamientos de Elkonin (1989) ayudaron a mejorar la producción y comprensión del lenguaje en el paciente, así como a disminuir de manera notable la jergafasia que el paciente presentaba. Se reitera una vez más la importancia de crear un programa de rehabilitación neuropsicológica ante las necesidades específicas de cada paciente y no generalizar las características rehabilitatorias ante un cuadro clínico.

INTRODUCCIÓN

El lenguaje, como una de las formas más complejas de los procesos psicológicos superiores, desempeña un papel fundamental, ya que, ninguna forma de actividad psicológica compleja transcurre sin la participación directa o indirecta del mismo, entonces al mediar los procesos psíquicos, el lenguaje garantiza una adecuada organización de la memoria, percepción y pensamiento.(Quintanar, 1994).

La mayoría de los pacientes que padecieron algún tipo de accidente cerebrovascular o traumatismo craneoencefálico padecen un deterioro en su calidad de vida, esto debido a la incapacidad para realizar sus actividades diarias normales, además de imponer una carga emocional muy fuerte a ellos mismos, también ocurre esto con sus familiares, cuidadores, amigos y a la sociedad en general.

La importancia de contar con un programa de rehabilitación neuropsicológica, recae en la posibilidad de reintegrarse como miembro funcional en la sociedad, teniendo así la libertad de valerse por si mismo. Actualmente existen muy pocos lugares en el país, donde se cuente con la atención necesaria para personas con esta afectación. Siendo así la neuropsicología, la ciencia que se encarga del estudio de las alteraciones de las funciones psicológicas superiores en estrecha relación con las estructuras nerviosas tanto en la normalidad como en la patología en niños y en adultos (Quintanar,1994).

Existen múltiples definiciones de la afasia; la afasia entendida como la alteración del lenguaje debida a lesiones locales en la corteza del hemisferio izquierdo (Luria, 1974); como un trastorno del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral en una persona que previamente podía hablar con normalidad (Vendrell, 2001); como una alteración adquirida del lenguaje oral (Ardila y Roselli, 2007); como una alteración de alguna o todas las habilidades, asociaciones y hábitos del

lenguaje hablado y escrito, producida por una lesión en ciertas áreas cerebrales especializadas en tales funciones (Goodglass, 2005); o bien como un trastorno complejo de la actividad articularia, que trasciende a toda la actividad psíquica del hombre (Tsvetkova,1977).

La pérdida del lenguaje ante lesiones cerebrales es una de las áreas más estudiadas por la afasiología. Trabajos significativos en la rehabilitación neuropsicológica se encuentran en la neuropsicología rusa representada principalmente por A.R. Luria, quien durante el periodo de la segunda guerra mundial, organizó diferentes programas para la atención y rehabilitación de pacientes con herida de bala (Luria, 1978).

Las investigaciones de Luria, han permitido un conocimiento profundo de las alteraciones del lenguaje, planteando además efectivos métodos para la rehabilitación.

La rehabilitación de la afasia en la escuela soviética se basa en el método de la reorganización dinámica y sistémica de las funciones psicológicas superiores, donde se conciben una serie de etapas que plantean tareas específicas para la superación del defecto, contemplando el factor alterado y los eslabones conservados.

En la presente investigación, se abordará una de las siete formas de afasia de acuerdo a la clasificación de Luria, la afasia sensorial (Tsvetkova, 1988). Este tipo de afasia surge ante lesiones en la corteza auditiva del hemisferio izquierdo, en los sectores temporales superiores (Luria, 1995). Al quedar afectada esta zona se pierde la facultad de desglosar los indicios semánticos-discriminativos de los sonidos del lenguaje, es decir, se presentan alteraciones en el análisis y síntesis auditivos, siendo el mecanismo central, la alteración del oído fonemático. La tarea principal de la rehabilitación consiste en organizar y formar los métodos de análisis de los sonidos del lenguaje a fin de restablecer la percepción y la comprensión

acústica diferenciada del lenguaje incluyendo el lenguaje hablado, la lectura y la escritura (Tsvetkova, 1977).

Es posible observar que esta forma de abordar la rehabilitación requiere de métodos cuidadosamente elaborados y una adecuada formulación de tareas que tomen en cuenta la naturaleza, mecanismo y estructura del defecto, debido a que la neuropsicología soviética analiza a los procesos psicológicos como complejos procesos interrelacionados, los cuales pueden compartir diferentes factores en su estructura y al encontrarse comprometido alguno de ellos, afectará necesariamente a las funciones psicológicas que lo incluyan en su estructura.

El objetivo fundamental de este trabajo es establecer el grado de efectividad de un programa rehabilitatorio, en el caso de un paciente con afasia sensorial basado en los planteamientos y fundamentos teóricos de la aproximación soviética, que contempla la reorganización de los sistemas funcionales (Luria, 1978) y lograr en la medida de lo posible la reintegración del paciente a su medio social y a su actividad laboral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El señor JL. se presentó al área de neuropsicología del IMSS, remitido por el especialista neurocirujano, esto, en enero de 2013 por probable afasia como consecuencia de un trauma craneoencefálico (TCE).

El paciente con una edad de 59 años cuenta con literalidad diestra, con una escolaridad de preparatoria. Tenía el cargo de jefe de contraloría en el IMSS, a partir del accidente, por las dificultades presentadas, se encuentra pensionado.

De acuerdo a los datos referidos, se reporta que el señor JL. se encontraba en estado etílico cuando sufrió TCE moderado debido a agresión por terceras personas el 31 de octubre de 2012. Se refiere que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), su diagnóstico de ingreso a urgencias fue hematoma subdural laminar parietal izquierdo, hemorragia subaracnoidea en línea media, cisternas basales, contusiones hemorrágicas temporales bilaterales, junto con afasia motora. El área de neurocirugía le realizó trepanostomía para drenaje de hematoma e higroma.

Como antecedentes médicos se reportó angina de pecho en el año 1999 y consumo crónico de alcohol desde los 25 años de edad. Su motivo de consulta fue incapacidad para comunicarse.

Posterior al evento traumático se le realizó un estudio de electroencefalograma (EEG), el cual dio como resultados ; Lesión temporal izquierda.

Para la evaluación neuropsicológica se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Evaluación Neuropsicológica breve para adultos (Quintanar , Solovieva, 2013).

- Diagnóstico Clínico Neuropsicológico de la Afasia Puebla–Sevilla (Quintanar, Solovieva y León Carrión, 2011).
- Protocolo para la Evaluación de la comprensión del lenguaje oral (Quintanar, Solovieva, 2001).
- Test de Boston para el diagnóstico de la Afasia. (Goodglass, Kaplan y Barresi, 2005).

La valoración fue llevada a cabo entre los meses de enero y febrero del 2013 en la Unidad Universitaria de Neuropsicología de Hospital Universitario.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

La neuropsicología, es la ciencia que permite el estudio de los mecanismos cerebrales de las diferentes formas de actividad psíquica, así como de las alteraciones en caso de lesiones locales del cerebro.

Los propósitos prácticos de la neuropsicología se centran en la descripción científica y el análisis a nivel psicológico de las manifestaciones de la patología de la actividad nerviosa superior, que a su vez va a permitir un diagnóstico clínico neuropsicológico, una aproximación al conocimiento de la fisiopatología de las alteraciones observadas, y sobre todo, el planteamiento del programa de rehabilitación. Por tal motivo, es necesario llevar a cabo una atención adecuada que contribuya a la reorganización del sistema funcional y le permita al paciente reintegrarse nuevamente a su vida social.

La escuela neuropsicológica soviética propone una rehabilitación puntual y específica ante la presencia de lesiones cerebrales que afectan a las funciones psicológicas superiores. La enseñanza debe dirigirse hacia la reeducación, en la cual, se debe reorganizar completamente a las funciones afectadas o crear nuevos sistemas funcionales apoyados en los analizadores intactos o transferir la función afectada al interior de estos sistemas funcionales a otro nivel de ejecución, ya que la utilización de los sistemas cerebrales, modalidades o procesos psíquicos conservados es la vía más idónea para compensar las funciones alteradas.

Sin embargo, es importante señalar que cada tipo de alteración requiere su propio programa de rehabilitación basado en el análisis cualitativo de los defectos subyacentes. En la enseñanza rehabilitatoria, se establecen objetivos generales a partir de un examen neuropsicológico que permite conocer el defecto primario y los eslabones conservados y cuyos métodos rehabilitatorios son adecuados al mecanismo de la alteración. Asimismo, se plantean tareas para la superación del defecto y la rehabilitación de la función dañada.

Con base en lo anterior, el objetivo del presente trabajo de investigación es, determinar la afectividad de un programa de rehabilitación, aplicado durante 110 sesiones a un paciente con afasia sensorial, para ello se tomó como referencia la evaluación neuropsicológica inicial, y los avances del paciente en el lenguaje al término del mismo.

El programa de rehabilitación fue diseñado tomando en cuenta la alteración del factor del oído fonemático que dificulta el análisis y síntesis de los sonidos del lenguaje, para ello se retomó el método propuesto por Elkonin (1989) adaptado por Solovieva y Quintanar (2014), en el cual se realiza el análisis fonético de las palabras con apoyo en la materialización externa (esquemas) de primera instancia, luego se implementa la etapa perceptiva (dibujo), después la verbal externa (expresión verbal) y por último la verbal interna (interiorización de la acción).

Es importante mencionar que durante el tratamiento neuropsicológico se implemento el “susurro” de la palabra que se trabaja, primero siendo ejecutada por el rehabilitador y posteriormente por el paciente. En las primeras etapas del programa se brindó la base orientadora de la acción como estrategia de apoyo para el logro de las mismas.

El programa de rehabilitación se estructuró en cuatro etapas, tomando una de ellas como etapa preliminar debido a la severidad del caso clínico.

Se contó también con un salón, tratando de controlar variables como ruido, temperatura, iluminación y estímulos distractores que pudieran interferir en el trabajo.

Asimismo, se utilizó diferente material en la rehabilitación (juegos de mesa, objetos concretos, dibujos de objetos, láminas temáticas, fotografías familiares, fichas, letras de plástico, colores, espejo, grabadora, hojas, colores, lápices, lapiceros, etc.) el cual se fue incrementando poco a poco tomando en cuenta los avances del paciente.

PRIMERA ETAPA

Objetivo: Inhibir el lenguaje expresivo del paciente e incorporar los residuos del lenguaje emocional al trabajo de rehabilitación.

Tomando en consideración el lenguaje jergafásico del paciente, el programa de rehabilitación inició con esta primera etapa, en la cual se inhibió el lenguaje poco productivo del paciente, ya que la presencia de este solo desorganizaba su actividad. Cabe mencionar que esta etapa fue muy difícil para el paciente porque no debía emitir palabra alguna.

En esta etapa se llevaron a cabo tareas constructivas como: ensamblaje de figuras, armado de rompecabezas etc. Se trabajó con loterías de diversas categorías, en donde el paciente solamente tenía que decir “sí” o “no” si la tarjeta se encontraba en su tablero. Durante las primeras sesiones de trabajo el paciente presentó dificultades para comprender las instrucciones proporcionadas por la rehabilitadora, entonces se le mostraron ejemplos concretos lo cual facilitó sus ejecuciones. Se trabajó la cantidad (número y correspondencia), el paciente fue capaz de contar los objetos con los que se trabajó durante las sesiones hasta el número 20, las cifras posteriores fueron imposibles de articularlas adecuadamente presentándose una gran cantidad de parafasias literales y verbales. Asimismo, se trabajó con juegos de mesa tales como memorama y dominó. El paciente conocía las reglas del juego, respetó su turno y seguía una estrategia en el juego lo cual le permitió ganar en varias ocasiones y emitir algunas palabras: voy, no, órale.

Aunado a estas actividades se incluyeron tareas relacionadas con la actividad intelectual tales como: identificación de diferentes cifras, elaboración de tablas de Shultz, escritura de números correspondientes a un conjunto de objetos, complemento de series numéricas, dictado de diferentes cifras de uno y dos dígitos; actividades que el paciente realizó con agrado. Esta etapa consistió de 32 sesiones.

SEGUNDA ETAPA

Objetivo: Lograr la diferenciación consciente de los fonemas a través de su materialización.

Se inició la construcción de esquemas materializados de diferentes palabras pertenecientes a campos semánticos, del cuerpo humano, de animales, etc. Se trabajó con palabras de dos sílabas directas (Consonante-vocal-consonante-vocal), basado en el método de la formación de la lectura en niños escolares de Elkonin (1989) y adaptado por Solovieva y Quinatanar (2014), el cual consiste en presentarle al paciente láminas de los objetos diciendo el nombre de ellos, así como el objeto en plano concreto.

Posteriormente, se iban desglosando los sonidos que conformaban a cada palabra para que el paciente los escuchara y los representara en un esquema. A cada sonido le correspondía un círculo blanco.

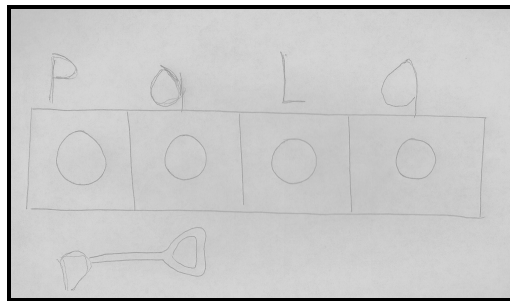
Esta tarea fue en sus inicios muy difícil para el paciente y se le repitió en varias ocasiones el sonido de cada fonema para lograr su distinción. Cabe destacar que pasaron alrededor de 10 sesiones para que el paciente empezará a realizar con un poco más de éxito el desglose de fonema. Sin embargo, esto no se logró hasta que se implemento “susurro”.

El terapeuta debía susurrar la palabra que se estaba trabajando y posteriormente el paciente debía hacer lo mismo. Esta táctica ayudo de manera bastante positiva, para que el señor JL. repitiera los fonemas que se le eran desglosados. En esta etapa también se incluyo la realización de operaciones sencillas de suma, resta; cometió algunos errores y cuando se le solicitó que verificará sus ejecuciones, solamente logró hacerlo cuando se le era guiado a través del lenguaje externo. El señor JL. se dio cuenta de los errores que cometió y fue capaz de corregirlos .

Es importante mencionar que al comienzo de esta etapa, el paciente no logra repetir ningún fonema, para lo que la implementación del “susurro” es de gran utilidad.

Se incluyó el trabajo con ejercicios orofaciales, dada la dificultad del paciente en ejecutar ciertos movimientos del aparato fonoarticulador (soplo, fuerza en lengua y labios, etc.), lo cual entorpecía la producción de los fonemas al momento de estar trabajando. Se trabajaron 34 sesiones en esta etapa.

Ejemplo: Identificación del número de sonidos en las palabras. Ejecución del paciente.



TERCERA ETAPA

Objetivo: Lograr la diferenciación consciente de las vocales del idioma español, a través de su materialización.

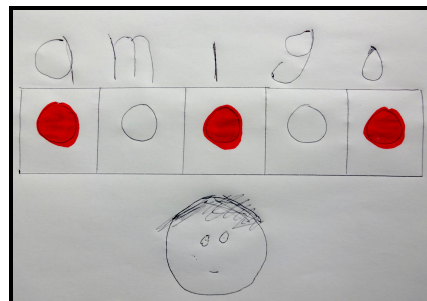
En esta etapa se continuó la construcción de esquemas materializados de diferentes palabras directas. En las primeras sesiones el paciente mostró dificultad para distinguir el sonido de las vocales del de las consonantes. El rehabilitador le explicó al paciente que las vocales a diferencia de las consonantes se pueden alargar. Se utilizaron fichas rojas (vocales) y fichas blancas (consonantes). Fue necesario acentuar cada vocal en particular, al momento de pronunciarlas.

Además se trabajaron las vocales de manera cinestésica, tanto en el cuerpo del paciente (mano, espalda, etc.), como en plano perceptivo con diversos materiales (pinturas plásticas sobre papel, lijas, etc.).

Se continuo incluyendo el “susurro” de la palabra que se trabajaba mediante los esquemas, lo cual dejo ver evidentemente una mayor facilidad para que el paciente repitiera el desglose fonológico de maneras más fácil y correcta.

En ciertas ocasiones , el señor JL. presentó dificultad para repetir algunos fonemas (ejemplo; /rr/, /n/, /j/, etc.). Por lo que fue necesario la utilización de un espejo, mostrándole el punto y modo de producción en estos sonidos. Aunado a esto, se agregaron ejercicios orofaciales específicos para la pronunciación de los fonemas con dificultad. Esta etapa abarco 25 sesiones.

Ejemplo: Diferenciación de las vocales en los esquemas realizados por el paciente.



CUARTA ETAPA

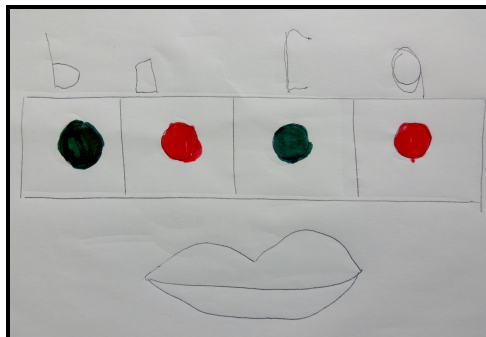
Objetivo: Lograr la diferenciación consciente de las vocales y las consonantes a través de su materialización, además de reforzar las etapas anteriores.

Se le volvió a explicar al paciente las diferencias entre las vocales y las consonantes. Se prosiguió a marcar las vocales con círculos rojos y las

consonantes con círculos verdes. En esta etapa se continuo la construcción de esquemas materializados de diferentes palabras directas, sin embargo se trató de incluir palabras sin oposición de fonemas, ejemplo (león ,antes, gracias, etc.). Esto no fue posible aún para el paciente JL., por lo que se continuó con palabras directas y de dos a tres silabas. Se continua con el “ susurro”.

El paciente fue capaz de distinguir entre vocales y consonantes en palabras cortas y directas. Esta etapa se trabajaron 19 sesiones.

Ejemplo: Identificación de vocales y consonantes en las palabras. Ejecución del paciente durante la sesión de rehabilitación.



RESULTADOS

Resultados de la Evaluación Neuropsicológica Inicial

Los resultados se analizaron de acuerdo al método cualitativo de Luria, es decir, dependiendo de los factores alterados.

El paciente llegó a la evaluación por sí mismo, con descuido en cuanto a su arreglo personal, sin embargo se presentó alerta y con buena motivación para la ejecución de las actividades que le fueron propuestas. Refirió disminución de la fuerza en la mano derecha.

La evaluación neuropsicológica del *factor cinestésico* mostró que el paciente presenta ciertas dificultades, como el ubicar correctamente posiciones de las manos y reproducir con precisión posturas y poses, así como para controlar los movimientos del aparato fonarticulador (dificultad para inflar mejillas, para mostrar los labios, para tocar los labios con la lengua así como dificultad para silbar o para soplar).

Ante la repetición de fonemas y sílabas presentó significativas dificultades ya que no logró discriminar los puntos y modos de articulación necesarios para la producción verbal, mostrando una negación a repetir las sílabas y sonidos que se le presentaba durante la evaluación.

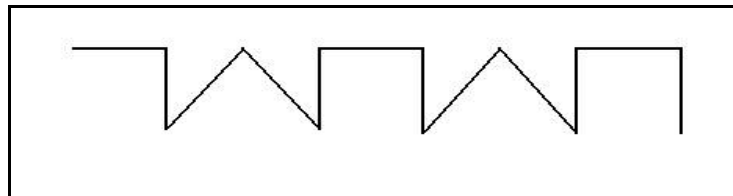
Ejecución del paciente: Repetición de sílabas y sonidos. No repite nada el paciente. Evaluación neuropsicológica Breve de Adultos (Quintanar, Solovieva, 2013).

Estímulos	Respuesta del Paciente
JI-GUI-JI	nula
La-Na-La	nula
Ro-So-Ro	nula
U-A-O	nula
I-E-U	nula

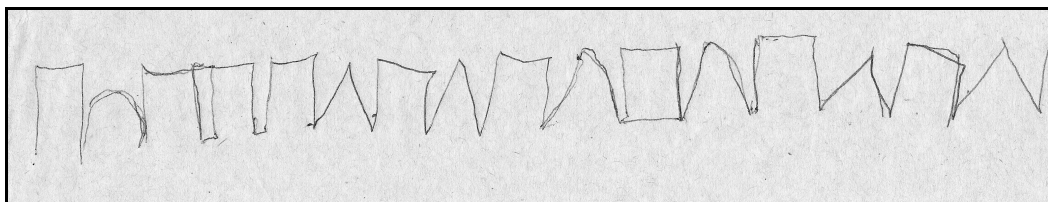
El factor neuropsicológico de la **melodía cinética**, el cual se relaciona con las síntesis de los impulsos nerviosos sucesivos para el acto motor también reveló una debilidad funcional, ya que durante la realización de tareas que requieren de la coordinación recíproca de las manos, el paciente presentó imprecisión, lentificación y simplificación del modelo propuesto. Aún con la presencia del lenguaje de la evaluadora (puño, filo, palma) no mejora su ejecución. El conteo se encontraba marcado por omisiones (Ej.:1,4,5,8,10).

Ejecución del paciente: Copiar y continuar la secuencia. Evaluación neuropsicológica Breve de Adultos (Quintanar, Solovieva, 2013). Mostrando perseveraciones y latencias.

Modelo



Paciente

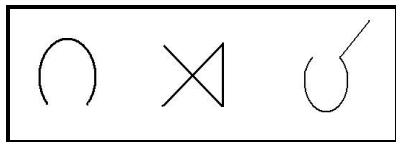


Debido a las grandes dificultades del paciente en la comprensión, no fue posible llevar a cabo la evaluación de la **memoria audio-verbal**. El señor JL. no repite palabras por lo que su dificultad es obvia al repetir oraciones.

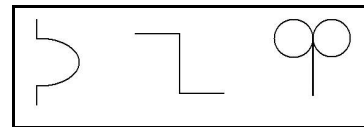
Sin embargo, la exploración de la memoria **viso-espacial** reveló que en la evocación de dos series de representaciones gráficas existieron errores de omisión de elementos (evoca solo 4 de 6 elementos) y contaminó cada una de las series mezclando elementos de una con otra.

Ejecución del paciente : memoria visomotora. Evaluación neuropsicológica Breve de Adultos (Quintanar, Solovieva, 2013).

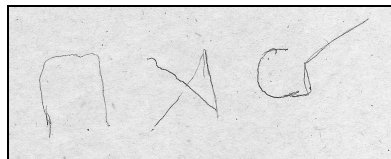
Modelo SERIE A



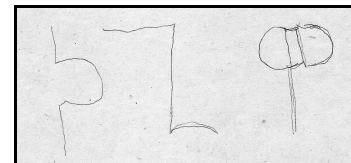
Modelo SERIE B



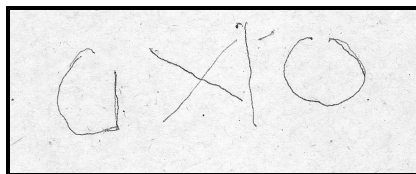
Copia de figuras SERIE A



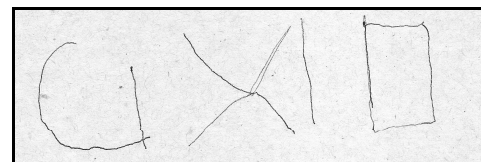
Copia de figuras SERIE B



Reproducción Inmediata
SERIE A



Reproducción Inmediata
SERIE B



La evaluación del lenguaje escrito mostró que solo conserva la escritura a la copia. La escritura espontánea y al dictado es imposible, inclusive en la reproducción y lectura de su propio nombre.

Es importante mencionar que el lenguaje espontáneo del paciente es una aglomeración de palabras, a menudo distorsionadas, o incomprensibles e indescifrables aleanaciones de variados fragmentos de palabras. Sin embargo el componente entonacional del lenguaje permanece intacto, lo que ayuda en muchas ocasiones a que el señor JL. capte el sentido general de lo que se le dice. El evaluado no es capaz de decir su nombre, o el de otros familiares.

La exploración del factor del **oído fonemático** que garantiza la adecuada comprensión de los sonidos del lenguaje se llevó a cabo a través de la repetición de fonemas y palabras.

Ejecución del paciente: Repetición de sílaba y palabras. Evaluación neuropsicológica Breve de Adultos (Quintanar, Solovieva, 2013). Mostrando ninguna identificación en la diferenciación de fonemas.

Estímulos	Respuesta del Paciente
Día- tía	Yo guilos
Peso-beso	beligano
Fino-vino	bochingo
Ba-pa-ba	Me- ma
To-do-to	bolil

Los resultados evidenciaron que el paciente presentó notorias dificultades en la identificación de fonemas y silabas tanto lejanos como cercanos por punto y modo de articulación.

Se presentaron evidentes dificultades para la comprensión de oraciones complejas. La comprensión mejora en oraciones simples y concretas que estén relacionadas con el entorno contextual en el que se encuentre y con preguntas a las que pueda responder si y no. El señor JL. comprende instrucciones a través de

verbos frecuentes (por ejemplo, copia, escribe, dibuja, silencio) preferentemente cuando se le proporciona aferentación visual.

La escritura y la lectura se encuentran alteradas a nivel espontáneo y de dictado, sin embargo, el paciente es capaz de copiar palabras y frases cortas.

Asimismo, la exploración del lenguaje repetitivo evidenció que el lenguaje oral del paciente representa una especie de “ensalada de palabras”, es decir no logró encontrar los puntos y modos de articulación de los fonemas necesarios para la adecuada producción de las palabras. De esta forma, el lenguaje del paciente es en su gran mayoría ininteligible, presentando neologismos y una gran cantidad de sustituciones fonológicas.

En la repetición de pares de palabras por oposición fonemática presentó grandes dificultades (beligano bielo bilopologplo). Sólo en pocas ocasiones logró pronunciar palabras frecuentes, automatizadas en su experiencia anterior (hola,adios,si , etc.).

Por otra parte, el paciente también presenta serias dificultades en la denominación, son pocas las ocasiones en las que se esfuerza por hacer esta tarea, ya que ante la imposibilidad para repetir prefiere guardar silencio.

Ejecución del paciente: Denominación de dibujos por cercanía semántica y por imagen objetal .Diagnóstico Clínico Neuropsicológico de la Afasia Puebla –Sevilla (Quintanar, Solovieva y León – Carrión, 2011).

DIBUJOS	EJECUCIÓN
Pinzas-clavo	Colice de bilestue / colimas
Camisa-suéter	Tiene cenax/ tiene orrube

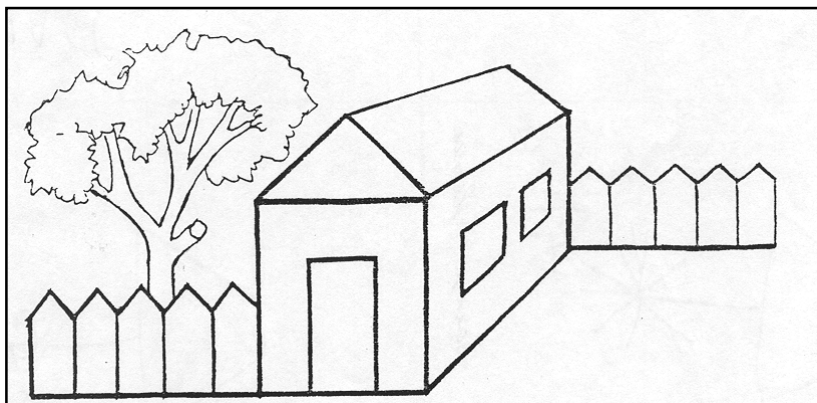
Con respecto al cálculo en la solución de operaciones sencillas de suma y resta, el paciente requirió la regulación y control de su actividad para tratar de llevar a cabo de forma adecuada las acciones necesarias para llegar al resultado. Sin embargo, fue posible observar la falta de relación que presenta entre cantidad y número. Existe la automatización de ciertos elementos numéricos, pero en completa desorganización (uno, cinco, seis , diez, etc.).

En el factor de **regulación y control** , se encontró que el señor JL. presenta dificultad para regular sus emociones durante el proceso de evaluación. El paciente JL. requiere de otras personas para realizar, establecer el motivo y concluir una actividad. Su actividad debía ser constantemente regulada a través de gestos (señal de silencio, gesto para escribir, gesto para escuchar, etc.). Si la actividad no era de su agrado el señor JL. se quería salir del consultorio.

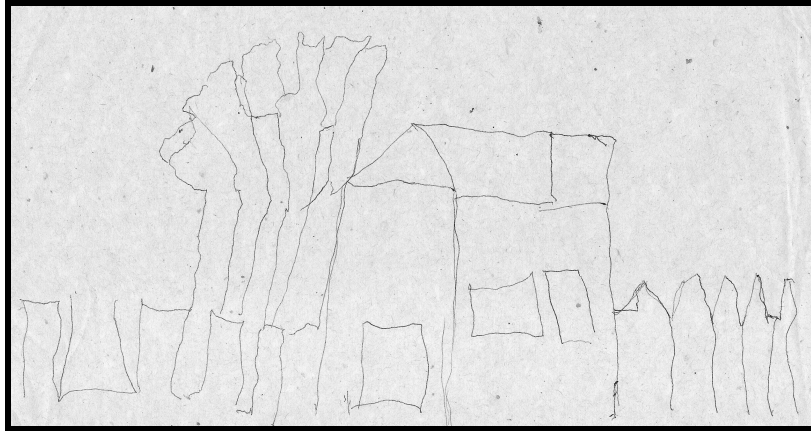
En el factor de **análisis y síntesis espacial**, se observó que el señor JL, en tareas graficas ante la copia , presenta errores en aspectos de proporción, de profundidad y planeación de la tarea. En cuanto a tareas de material concreto (cubos de khoz), el señor JL. no presenta dificultad alguna para construir e igualar el modelo que se le presenta.

Ejecución del paciente: Copia de la casa. Evaluación neuropsicológica Breve de Adultos (Quintanar, Solovieva, 2013). Mostrando falta de profundidad en el dibujo .

Modelo



Ejecución de paciente



Diagnóstico Neuropsicológico

Los resultados de la evaluación neuropsicológica muestran un síndrome neuropsicológico complejo, se observó la alteración de los factores de melodía cinética, memoria audio-verbal y visuo-motora, programación y control de la actividad consciente, análisis y síntesis espacial y una severa alteración en el factor de oído fonemático. Las alteraciones señaladas afectan de manera sistémica a toda la esfera psíquica del paciente y produce dificultades en todos los aspectos del lenguaje (repetitivo, espontáneo, denominativo, así como la lectura y escritura) y de la actividad intelectual en general, incluyendo los niveles material y perceptivo.

En su lenguaje predominan las dificultades con el significado verbal, mientras que el sentido de la expresión verbal se conserva, debido a la inclusión de elementos prosódicos y sintagmáticos. El cuadro clínico hallado corresponde a una afasia sensorial.

Resultados de la evaluación final

Sobre el cuadro neuropsicológico del paciente, sus redes de apoyo refieren

haber observado mejoras en cuanto a su **esfera afectiva**. El paciente volvió a realizar de forma independiente y de manera más continua, ciertas actividades de la vida diaria, como aquellas que tengan que ver con el aseo personal (aseo y el cambio de ropa), deseo por querer salir a la calle y asistir a las terapias neuropsicológicas, cuestión que en un principio del programa de rehabilitación no se mostraba.

Se observa mayor fuerza en mano dominante (derecha), esto comparado con la evaluación inicial que se le realizó.

El paciente continua utilizando neologismos durante su lenguaje espontáneo, sin embargo durante la sesión de rehabilitación estos disminuyen de gran manera.

Con respecto a las actividades planteadas para la revaloración de la **integración cinestésica**, se evidencia ligera dificultad en la reproducción de posiciones de los dedos, un adecuado reconocimiento háptico (moneda, llave, lápiz). En cuando a la reproducción de posiciones del aparato fonoarticulatorio se pudo observar el aumento de fuerza en lenguas y mejillas, así como en el soplo.

Ante la repetición de fonemas y sílabas presentó significativos avances ya que logró discriminar ciertos fonemas por punto y modo.

Ejecución del paciente: Repetición de sílabas y sonidos. Mejora evidente en la repetición de sílabas y fonemas. Evaluación neuropsicológica Breve de Adultos (Quintanar, Solovieva, 2013).

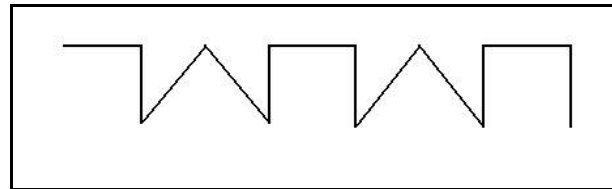
Estímulos	Respuesta del Paciente
La-na-la	La-na-la
Ro-so-ro	Ro-so-bo
Ji-gui-ji	Ji-gui-ji

El Sr. JL. es capaz de determinar la cantidad de sonidos en palabras simples (C-V-C-V) y de dos silabas, siempre y cuando se le presenten en material concreto, cuestión que en un principio del tratamiento no lograba realizar.

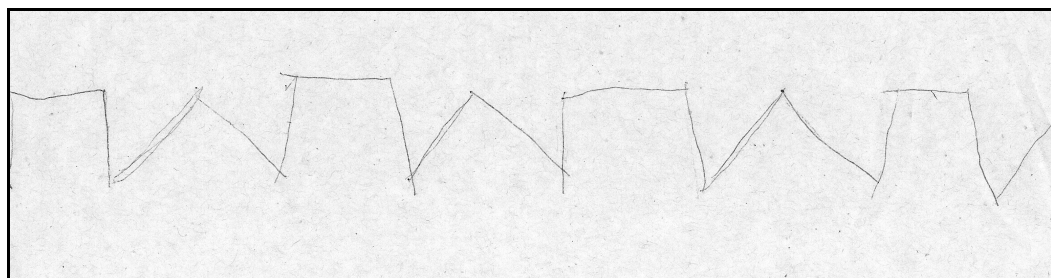
La organización **secuencial motora (melodía cinética)**, reveló una debilidad funcional, ya que se observa dificultad para automatizar el patrón mostrado. Con la presencia del lenguaje de la evaluadora (puño, filo, palma) mejora su ejecución. El conteo mejora evidentemente (1, 2, 3, 4, 5, 6,7, 8, ,9,10,11,12).

Ejecución del paciente: Copiar y continuar la secuencia. Evaluación neuropsicológica Breve de Adultos (Quintanar, Solovieva, 2013). Mostrando mayor fluidez.

Modelo



Ejecución del paciente

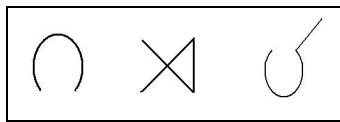


No fue posible llevarse acabo la revaloración de la memoria **audio-verbal**. El señor JL. no logra repetir palabras por lo que su dificultad es obvia al repetir oraciones

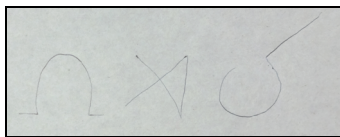
En actividades de **retención visual** en plano perceptivo se puede apreciar una gran mejoría.

Ejecución del paciente: Copiar y continuar la secuencia. Evaluación neuropsicológica Breve de Adultos (Quintanar, Solovieva, 20013). Mostrando mayor fluidez. Tarea : retención visuo-motora:

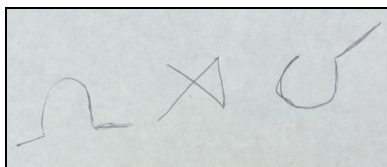
SERIE A



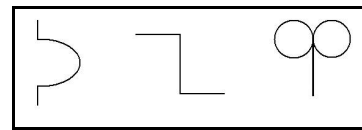
Copia de figuras A



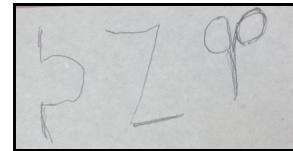
Reproducción Inmediata A



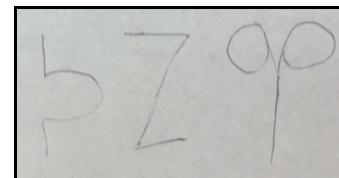
SERIE B



Copia de figuras B



Reproducción Inmediata B



La revaloración del lenguaje escrito mostró que solo conserva la escritura a la copia. La escritura espontánea y al dictado es solamente posible en palabras que se vieron en la rehabilitación. El Sr. JL. es capaz reproducir su nombre y el de algunos familiares.

Por otra parte en relación a su capacidad para diferenciar los sonidos del lenguaje (**oído fonemático**), se siguen observando grandes dificultades, sin embargo existe una mejoría comparándose con la valoración inicial. En la repetición de palabras, el Sr. JL no es capaz de realizarlo de manera clara, contrario a esto, cuando se le pide que repita sonidos y silabas de manera aislada, es capaz de realizarlo.

Ejecución del paciente: Repetición de palabras y silabas. Mejora en la repetición estas. Evaluación neuropsicológica Breve de Adultos (Quintanar, Solovieva, 2013).

Estímulos	Respuestas del paciente
Día-tía	Diabi-tia
Peso-beso	Peso -besa
Fino-vino	Fivo

Estímulos	Respuestas del paciente
Ba-pa-ba	Ba-pa-ba
To-do-to	To-io-to
Fi-vi-fi	Fi-vi-fi

Los resultados evidenciaron que el paciente presentó una mayor facilidad para identificar fonemas y silabas tanto lejanos como cercanos por punto y modo de articulación.

El señor JL. continua presentando dificultades para la comprensión de oraciones complejas. La comprensión mejora en oraciones simples y concretas que estén relacionadas con el entorno contextual en el que se desempeña.

Asimismo, la exploración del lenguaje repetitivo evidenció una disminución en la jergafasia en lenguaje oral del paciente. Este, sigue mostrándose ininteligible

cuando el quiere expresarse con muchas palabras a su vez.

Por otra parte, el paciente aun presenta dificultades en la denominación, sin embargo es posible observar una correcta denominación en palabras con las cuales se trabajaron durante el programa de rehabilitación.

Ejemplo:

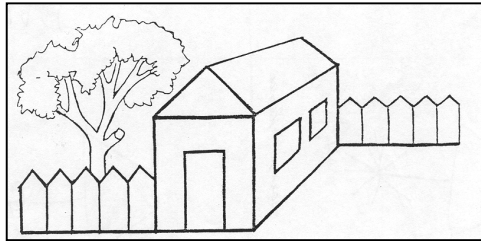
DIBUJOS	DENOMINACIÓN
GATO	OK
PATO	OK
VACA	OK
OSO	OK
HOJA	OK
DEDO	OK

Con respecto al cálculo en la solución de operaciones sencillas de suma y resta, el paciente requiere la regulación y control de su actividad para tratar de llevar a cabo de forma adecuada las acciones necesarias para llegar al resultado. Se observa que el señor JL. trabaja de manera adecuada la relación entre cantidad y numero, lo cual era imposible al inicio de la rehabilitación. Se observa una mejor reflexión en el conteo hacia los objetos por lo que la desorganización de la automatización numérica ha desaparecido. (1, 2, 3,4,5,6,7, etc.).

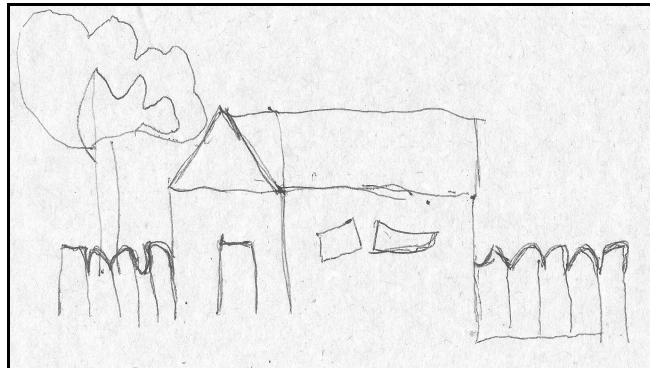
En el factor de **análisis y síntesis espacial**, se observó que el señor JL, en tareas graficas ante la copia, presenta errores en aspectos de proporción, de profundidad y planeación de la tarea. La siguiente tabla muestra las ejecuciones del paciente.

Ejecución del paciente: Copia de la casa. Evaluación neuropsicológica Breve de Adultos (Quintanar, Solovieva, 2013). Mostrando falta de profundidad en el dibujo .

Modelo



Ejecución del paciente



En el factor de **regulación y control**, se encontró que el señor JL. regula mejor sus emociones. En ocasiones el paciente JL. aun requiere de otras personas para que lo guíen en ciertas actividades a realizar. Es posible observar que el Sr. JL permanece más tiempo realizando una actividad aunque esta no sea de su agrado, contrario a cuando comenzó el programa de rehabilitación. Ya no sale corriendo del consultorio, como en un principio. Si la actividad no le gusta o no puede con ella, dice : “Ya no quiero, ayúdame”.

Tabla : Comparación de los resultados de las evaluaciones antes y después de la aplicación del programa de rehabilitación.

Lenguaje	Evaluación Inicial	Evaluación Final
<p><i>REPETITIVO</i> Repetición de sílabas por oposición fonemática</p> <p>ta-da po-bo gu-ku ñe-ne</p>	<p>No emite ningún Fonema.</p>	<p>ta-da po-bo gu-ku ne-ne</p>
<p>Repetición de pares de palabras por oposición.</p> <p>duna-tuna gama-cama beso-peso fino-vino</p>	<p>Prefiere no emitir Ninguna de las palabras que se le dicen.</p>	<p>duna-luna gama-cama peso-beso imo-vino</p>
<p><i>DENOMINATIVO</i> Denominación de dibujos por cercanía semántica.</p> <p>gato-perro mano-dedo boca-ojo</p>	<p>bibode ----- udodi</p>	<p>gato-pero mano-dedo boca-ojo</p>
<p><i>ESPONTÁNEO</i></p> <p>¿Comó esta hoy? ¿Cómó se llama? ¿Qué comió hoy? ¿ ya se cansó?</p>	<p>ben beliganodabo ----- -----</p>	<p>José No lecuelo, sopa,pollo Ya ,vamos / no seguimos</p>

DISCUSIÓN

La existencia de daño cerebral, como lo demuestra la literatura produce alteraciones del lenguaje, generalmente cuando se afecta el hemisferio izquierdo. Al tomar en consideración la propuesta de Luria (1978), en la afasia no sólo se altera el lenguaje, sino que se afectan otros procesos cognitivos relacionados con el factor o mecanismo que subyace al tipo de afasia, por tanto, se producen alteraciones de las funciones psicológicas superiores, que tiene un efecto sistémico y se desintegra la función propia de uno u otro sector cerebral, el cual se refleja durante la ejecución del paciente en acciones específicas.

En el caso de afasia sensorial el mecanismo central es la alteración del oído fonemático, el cual se define como la capacidad de diferenciar los rasgos que caracterizan a los sonidos verbales del idioma dado (Leontiev, 1997). El paciente pierde la capacidad de realizar cualquier tipo de acto verbal debido a la ausencia del eslabón de análisis y síntesis fino audio-verbal (Quintanar, 2001), presentándose serias dificultades en la comprensión del lenguaje oral, lectura, escritura, actividad intelectual, es decir, se altera toda la esfera psíquica del paciente.

Los métodos óptimos de enseñanza, son aquellos que permiten reconstruir de manera externa los eslabones faltantes en la estructura de las funciones desintegradas con ayuda de las operaciones externas, que corresponden rigurosamente con la estructura del defecto y la ejecución sucesiva que puede llevar a la realización de la actividad afectada (Luria, Vinarkaya y Tsvetkova en Quintanar, 1998)

Durante el trabajo de rehabilitación con el paciente JL. se corroboró como lo sugieren distintos estudios (Tsvetkova en Quintanar, 1998) el trabajo dirigido a la reconstrucción del análisis de los sonidos de la palabra y a la obtención de los grupos de sonidos generalizados y constantes.

La rehabilitación del paciente JL se llevó a cabo a través de la formación de la lectura en niños preescolares de Elkonin (1989) adaptado por Solovieva Y Quintanar, (2014) ,el cual permitió el establecimiento del análisis materializado de los fonemas que conforman las palabras, como proceso consciente y dirigido (Quintanar y Solovieva, 2014). Este método se basa en la teoría de Galperin (1976), acerca de la formación de las acciones mentales por sus etapas y su aplicación en la escuela, respecto a diferentes actividades escolares (Talizina, 2000).

En las etapas iniciales de rehabilitación el paciente no expresó ninguna palabra, ya que la presencia del lenguaje logorréico desorganizaba su actividad, las primeras sesiones de trabajo fueron muy arduas y prolongadas, esto con la finalidad de inhibir el lenguaje excesivo e incoherente del paciente y lograr paulatinamente la representación de la estructura fonemática de las palabras a nivel concreto.

En la segunda etapa, se logro una disminución considerable de la “ ensalada discursiva” que el paciente presentaba. A través de la representación materializada de palabras y esquemas, el señor JL. logró distinguir los sonidos diferentes de la palabra que se trabajaba. Sin embargo es importante mencionar que se requirió múltiples sesiones de trabajo para lograr el objetivo ya que era necesario repetir en varias ocasiones los fonemas que conformaban a las palabras para representarlos en los esquemas. A partir de esta etapa se implemento en el paciente el “ susurro”, lo cual facilito al paciente a que repitiese la palabra con la que se estaba trabajando.

En la tercera y cuarta etapa el paciente logro diferenciar las vocales y las consonantes. Fue evidente una mayor facilidad para que el señor JL. pudiera repetir con y sin susurro , la palabra que se trabajaba mediante los esquemas. La producción y reconocimiento de los fonemas de manera individual se vio

gradualmente mejorada. El lenguaje espontáneo del paciente se observó más organizado y con menor número de neologismos y parafasias.

Talizina (2009), nos habla acerca de la importancia de la base orientadora de la acción, lo cual representa una parte fundamental para lograr resultados exitosos en cualquier programa de rehabilitación neuropsicológica, ya que garantiza al paciente la elección correcta al paso correspondiente en su ejecución, además de una elección racional en las múltiples ejecuciones.

Durante el programa de rehabilitación, fue posible realizar la parte orientadora de la acción, apoyándonos en la BOA (base orientadora de la acción), la cual en este caso fue por medio de esquemas materializados, imágenes y objetos en material concreto, lo cual ayudó para la realización correcta de la acción.

Como se mencionó anteriormente, las alteraciones del lenguaje no son las únicas presentes ante lesiones cerebrales, existen defectos en los procesos intelectuales porque se relacionan con el factor o mecanismo que subyace al tipo de afasia, en este caso dificultades en el análisis y síntesis de los sonidos del lenguaje. El paciente antes de iniciar el programa de rehabilitación presentó grandes dificultades en la solución de problemas matemáticos simples y complejos, porque debía realizar el análisis gramatical y sintáctico para comprender el significado de las palabras, lo cual consiguió poco a poco durante las sesiones de rehabilitación y logró resolver distintos planteamientos matemáticos, siempre y cuando estos fueran simples.

Cabe mencionar algunos aspectos que no favorecieron los resultados de la aplicación del programa de rehabilitación; por una parte, la edad del paciente (59 años) ; como lo señala Ostrosky, Ardila y Chayo (1996), los efectos cognoscitivos y comportamentales consecuentes al daño cerebral son menos desastrosos si suceden en una época temprana, lo cual no fue el caso del señor JL. Por otra parte, el tiempo transcurrido para el inicio de la rehabilitación fue de 10 meses

después del evento, dado al tiempo que permaneció inactivo, existieron estrategias de compensación inadecuadas que obstaculizaron la sesiones de intervención.

Por tal motivo, tomando en consideración los avances del paciente se puede afirmar que la aplicación del programa de rehabilitación neuropsicológica, desde esta perspectiva, permiten la mejoría a un paciente con afasia sensorial.

Las limitaciones del estudio consisten en no poder generalizar los resultados, ya que solo se aplicó el programa de rehabilitación a un paciente, proponiendo estrategias en la rehabilitación de pacientes con daño cerebral.

CONCLUSIONES

- 1.- En la afasia sensorial el factor alterado es el del oído fonemático, el cual impide la diferenciación de los sonidos del lenguaje.
- 2.- El trabajo basado en los analizadores conservados visual y cinestésico son de suma utilidad en la rehabilitación de pacientes con afasia sensorial.
- 3.- El programa de rehabilitación aplicado tuvo un efecto positivo en la recuperación del paciente.
- 4.- Las aportaciones de Luria a la neuropsicología son de gran importancia para realizar un diagnóstico adecuado así como un programa de rehabilitación exitoso.
- 5.- El método de lectura de Solovieva y Quintanar (2014), basado en los planteamientos de Elkonin ayudó a mejorar la producción y comprensión del lenguaje en el paciente.
- 6.-El haber implementado en el transcurso del programa de rehabilitación, el “susurro” por parte del paciente, al momento de trabajar el método de lectura, fue de bastante ayuda para el análisis fonológico.
- 7.- Es importante mencionar que la edad avanzada del paciente y el tiempo de inactividad transcurrido posterior al incidente, fueron factores importantes en la recuperación del paciente.
- 8.- El apoyo familiar y el estado emocional del paciente son factores que influyen en el tratamiento rehabilitatorio.
- 9.- La base orientadora de la acción permite que el paciente logre realizar la actividad de una manera adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.Ardila A. & Roselli M. (2007) Neuropsicología clínica. México : Manual Moderno.
- 2.Ardila A. & Ostrosky, (1991). Diagnóstico del Daño Cerebral Enfoque Neuropsicológico, México: Trillas.
- 3.Elkonin D.B. (1989). Obras Escogidas. Moscú: Moscú Pedagogía.
- 4.Galerín P.Ya (1976). Introducción a la psicología. Moscú, Universidad Estatal de Moscú.
- 5.Goodglass H. K., E; & Barresi, B. (2005). Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia. España.
- 6.Leontiev A.A. (1997). Bases de la Psicolinguística. Moscú, Sentido.
- 7.Luria A.R. (1974) El cerebro en acción. Barcelona; Fontanella.
- 8.Luria A.R. (1978) Cerebro y lenguaje. Barcelona : Fontanella.
- 9.Luria A.R. (1986). Las Funciones Corticales Superiores del Hombre. México: Fontamara.
- 10.Luria A.R. (1995) Conciencia y lenguaje. Madrid ; Visión.
- 11.Nelson Saá (2001) Rehabilitación de la Afasia. Cuadernos de Neurología Vol. XXV.
- 12.Ostrosky-Solís F., Ardila A., Chayo R. (1996). Rehabilitación Neuropsicológica. Conceptos y tratamientos básicos para la rehabilitación del daño cerebral. México:

Editorial Planeta .

13. Quintanar L. (1998). Problemas teóricos y metodológicos de la rehabilitación neuropsicológica. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.

14. Quintanar L. (1994). Modelos Neuropsicológicos en afasiología. Fondo para la modernización en la educación superior. México.

15. Quintanar L., & Solovieva Y. (2001). Métodos de Rehabilitación en la Neuropsicología del Adulto. México: Universidad Autónoma de Puebla. VII, 159 - 185.

16. Quintanar L. & Solovieva Y. (2001). Protocolo para la Evaluación de la comprensión del lenguaje oral. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

17. Quintanar L., Solovieva Yu. y León Carrión, J. (2011) Diagnóstico Clínico Neuropsicológico de la Afasia Puebla–Sevilla. Puebla : Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

18. Quintanar L., & Solovieva Y. (2013). Evaluación Neuropsicológica breve para adultos Puebla : Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

19. Salmina N. & Filinova O. (2001) Diagnóstico y corrección de la actividad voluntaria en la edad preescolar u escolar. Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala.

20. Solovieva Y., & Quintanar L. (2014). Enseñanza de la Lectura. México: Trillas.

21. Talizina N.F. (2000) Manual de Psicología pedagógica. México, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

22.Talizina N.F. (2009) La teoría de la actividad aplicada a la enseñanza. México, Universidad Autónoma de Puebla.

23.Tsvétkova L.S. (1977) Reeducción del lenguaje, la lectura y la escritura. Barcelona: Fontanella.

24.Tsvetkova L (1988). Afasia y enseñanza rehabilitatoria. Moscú :Enseñanza.

25.Vendrell JM. (2001) Las afasias: semiología y tipos clínicos. Revista de Neurología, 32.

ANEXOS

ANEXO I

Resultados de la evaluación Neurofisiológica Inicial.

ESTADO DE MADUREZ DE LA ACTIVIDAD ELECTRICA CEREBRAL

(Ritmo alfa):

Alfa desorganizado de 8 Hz, 40-65 mV de amplitud y de topografía parietal con ligera extensión temporal y de mayor expresión sobre hemisferio derecho. La fotoestimulación parece no generar reflejo de orientación o de arrastre a las diferentes frecuencias en el hemisferio izquierdo, sin embargo en el hemisferio derecho se logra apreciar arrastre a 10 Hz.

ESTADO FUNCIONAL DE LA CORTEZA CEREBRAL

(Cambios locales en el EEG):

El EEG muestra desviaciones locales en la actividad eléctrica cerebral en forma de grupos de ondas sobre la banda theta en regiones fronto-mediales del hemisferio izquierdo, las cuales muestran probable reactividad a la fotoestimulación.

Así mismo se logran observar cambios locales en forma de ondas agudas generalizadas sobre el hemisferio derecho, de igual manera probablemente reactivas a la fotoestimulación.

ESTADO FUNCIONAL DE LA CORTEZA CEREBRAL

(Cambios difusos en el EEG):

En el EEG no se identifican cambios funcionales de carácter difuso sobre la actividad eléctrica cerebral. El hemisferio derecho presenta mejor organización y reactividad.

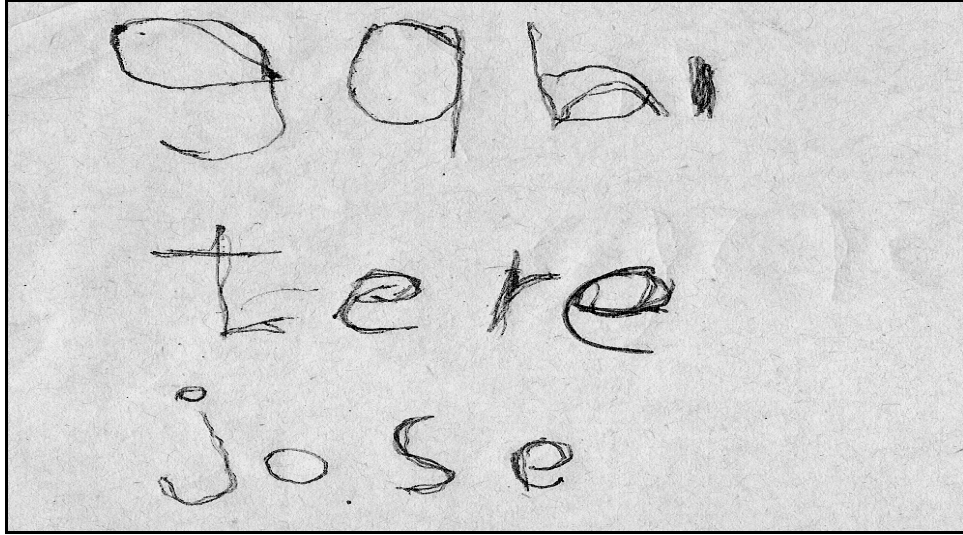
Conclusiones:

- 1.- Nivel de madurez de la actividad eléctrica corresponde con la norma de la edad.
- 2.- Se identifican ligeros cambios locales de origen córtico-subcortical : en el hemisferio izquierdo en la región fronto-central y en el hemisferio derecho se observan cambios generalizados de origen hipotalámico.
- 3.- En el EEG no se observan cambios funcionales de carácter bilateral o generalizado.
- 4.- En el EEG no se observan cambios funcionales de carácter difuso.

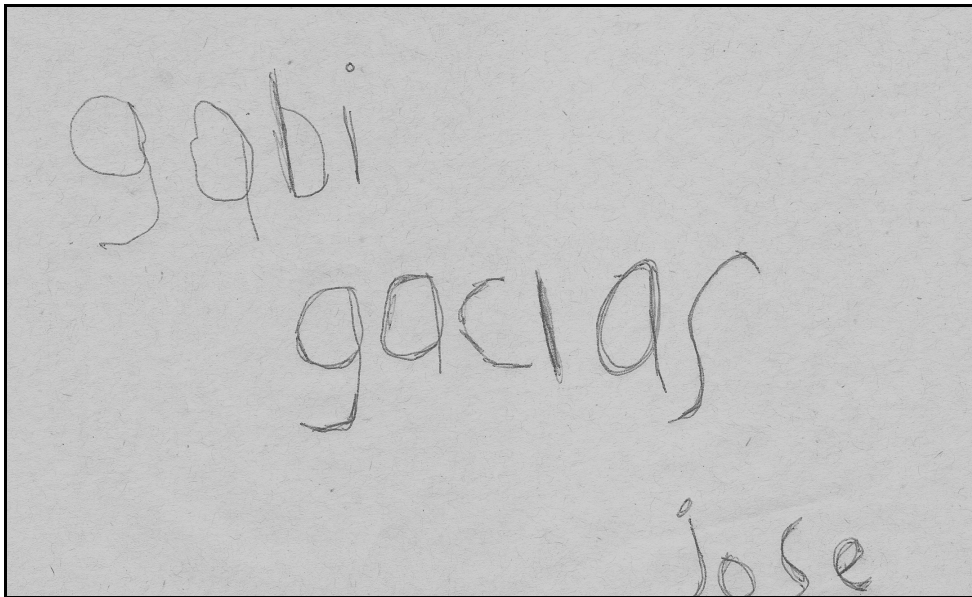
ANEXO II

Ejecuciones extras del paciente

Ejemplo 1: Dictado de nombres familiares.



Ejemplo 2: Escritura espontánea por parte del paciente.



ANEXO III

PROGRAMA DE REHABILITACION NEUROPSICOLÓGICO DEL LENGUAJE EN PRESENCIA DE AFIASIA SENSORIAL

El presente programa de rehabilitación se basa en los principios y metodología de la Dra. Tsvetkova (1977) para la enseñanza rehabilitatoria. El factor alterado en la afasia sensorial, se caracteriza por la imposibilidad para distinguir los rasgos esenciales de los sonidos del lenguaje (oído fonemático).

Objetivo General

Restablecer la percepción y comprensión acústica diferenciada del lenguaje.

Objetivos específicos

- Inhibir los procesos articulatorios que transcurren espontáneamente.
- Mantener una actitud consciente hacia los sonidos del lenguaje a través de la relación sónica-semántica de los mismos.
- Lograr la diferenciación consciente de los fonemas como unidades independientes del idioma a través de su materialización.
- Rehabilitar la percepción diferenciada y constante de los sonidos del lenguaje, utilizando el fondo de reserva del paciente.
- Desarrollar el análisis sónico articulatorio de los elementos componentes de la palabra.

PRIMERA ETAPA

Debido a que en la evaluación neuropsicológica se encontró que el lenguaje expresivo del paciente es de tipo jerga-afásico (no logra encontrar los puntos y modos de articulación de los fonemas necesarios para la adecuada articulación de las palabras) es necesario inhibir los procesos articulatorios que transcurren espontáneamente en las formas más automatizadas del discurso.

A continuación se describen las actividades que se aplicaran al paciente en este estadio.

Objetivo: Lograr la inhibición del lenguaje expresivo e incorporar los residuos del lenguaje emocional al trabajo rehabilitatorio.

1. Tareas constructivas de ensamblaje.
 - a) Juegos de mesa , que correspondan a un turno (dominó, memorama, lotería, etc.)
2. Llevar a cabo series articulatorias habituales.
 - a) Números ordinales
 - b) Denominación de los días de la semana
 - c) Denominación de los meses del año
3. Reproducir los nombres de familiares y personas cercanas, primero al unísono con el evaluador .I.
- 4.. Dibujar diferentes objetos y destacar sus características esenciales (utensilios de trabajo, preferencias etc.)

SEGUNDA ETAPA:

Objetivo: Lograr la diferenciación consciente de los fonemas a través de su materialización.

1. Inicio del análisis concienzudo de la estructura sónico-literal de las voces.
2. Analizar la composición sónico-literal de la palabra escuchada (sin pronunciar sonidos aislados).
3. Construir el esquema materializado de palabras de acuerdo a la cantidad de palabras que la conforman.

TERCERA ETAPA

Objetivo: Lograr la diferenciación consciente de las vocales y consonantes del idioma español, a través de su materialización.

1. Decir el número de sonidos.
2. El educador pronuncia una palabra, se le proporciona el esquema al paciente y se le pide que por cada fonema que escuche, coloque un círculo blanco en el esquema
3. . El educador pronuncia la palabra y se le proporciona al paciente el esquema de la palabra correspondiente, se le pide que coloque círculos rojos al escuchar las vocales y blancas las restantes.

CUARTA ETAPA

Objetivo: Lograr la diferenciación consciente de las vocales y las consonantes a través de su materialización, además de reforzar las etapas anteriores.

1. Decir el número de sonidos.
2. . El Rehabilitador pronuncia una palabra, se le proporciona el esquema al paciente y se le pide que por cada fonema que escuche, coloque un círculo blanco en el esquema
3. . El rehabilitador pronuncia la palabra y se le proporciona al paciente el esquema de la palabra correspondiente, se le pide que coloque círculos rojos al escuchar las vocales y verdes las consonantes

ANEXO IV

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE LA ACTIVIDAD INTELECTUAL

La necesidad de este programa de rehabilitación reside en la importancia del conocimiento de las operaciones básicas para la distinción del número de sonidos en el programa de rehabilitación neuropsicológica y el manejo de cantidades en la vida del paciente. Cabe mencionar que el paciente logra denominar los números del 1 al 20 y reconoce acertadamente el valor correspondiente a cada cifra, los demás dígitos es imposible articularlos.

OBJETIVO GENERAL

Rehabilitar la actividad intelectual a través del trabajo con operaciones aritméticas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Restablecer el concepto de número
- Restablecer las operaciones de cálculo básico (suma y resta)
- Realizar operaciones de cálculo ante problemas aritméticos sencillos

ESTADIO PRELIMINAR

1. Se le presenta al paciente una tabla con diferentes números de manera desordenada (tabla de Schultz) y se le pide que vaya señalando las cifras que menciona el rehabilitador.

2. Se le solicita al paciente contar los objetos presentes en el salón junto con el rehabilitador.

3. Desinhibir la relación entre la cifra y la cantidad sin lenguaje. Contar y agrupar diferentes objetos reales (desordenados).

4. Colocar la cantidad correspondiente de los objetos (fichas) para cada cifra de la serie natural, posteriormente se le solicita al paciente colocar la cantidad correspondiente a la cifra señalada.

5. Escribir el número correspondiente al conjunto de diversos objetos (frutas, animales etc.)
6. Ordenar las cifras (tarjetas individuales con los números de la serie) para formar una serie consecutiva.
7. Escribir las cifras faltantes para completar una serie numérica.
8. Copia de cifras. Se le presenta al paciente una cifra de tres elementos, el paciente reproduce la serie de acuerdo con el modelo y posteriormente reproduce la serie de memoria (sin el modelo)

ETAPA 1

Trabajo con operaciones del tipo $A+B=C$

Realizar sumas en forma directa ($A+B=C$): Al paciente se le presentará la suma o resta de cantidades compuestas de dos dígitos. Su tarea será obtener dicho resultado. En el caso en que se dificulte la operación, se utilizarán elementos externos tales como fichas, que le permitan tener una representación concreta de lo que se está realizando.