

TRABALLO DE FIN DE GRAO

AVALIACIÓN, PROGRAMACIÓN TERAPÉUTICA E REHABILITACIÓN
LOGOPÉDICA NUN CASO CLÍNICO DE AFASIA GLOBAL.

EVALUACIÓN, PROGRAMACIÓN TERAPÉUTICA Y REHABILITACIÓN
LOGOPÉDICA EN UN CASO CLÍNICO DE AFASIA GLOBAL.

EVALUATION, THERAPEUTIC PROGRAMMATION AND REHABILITATION
SPEECH IN A CLINICAL CASE OF GLOBAL APHASIA.

Cristina Burés Mouriño

Dir^a. M^a Isabel Vilariño Vilariño

GRAO EN LOGOPEDIA

2013

RESUMO

A afasia é un trastorno da linguaxe adquirido secundario a unha lesión cerebral que afecta ás áreas cerebrais responsables da elaboración e/ou comprensión da linguaxe, tanto a nivel oral como escrito. Ditas alteracións son producidas con maior frecuencia no hemisferio esquerdo, que é a área na que predomina a linguaxe na maioría das persoas. A dominancia cerebral deste hemisferio maniféstase nunha frecuencia do 95 % nas persoas destras, e nun 70 % nas persoas zurdas.

O tipo de afasia exposto é unha afasia global adquirida como consecuencia de haber sufrido dous ictus de orixe isquémicos, o primeiro o día 6 de maio do 2012 e o segundo o 26 de xullo dese mesmo ano. Este tipo de afasia presenta unha ampla cantidade de síntomas polo que, moitos pacientes se atopan sen un diagnóstico claro.

O obxectivo deste proxecto é describir o proceso realizado de avaliación, de programación de obxectivos e de intervención logopédica. Para levar a cabo esta avaliación utilizáronse diversas probas e, unha vez analizados os resultados obtidos, programáronse uns obxectivos primordiais acorde cos criterios de preferencia.

Rematado o período de intervención, o paciente foi avaliado de novo para poder comparalos resultados obtidos nas probas iniciais e finais. Desta forma pódese valorala efectividade do programa de rehabilitación, así como facer contemplacións sobre posibles cambios, adaptándoo aos logos conseguidos.

Palabras chave: afasia, mixta, avaliación, intervención.

ABSTRACT

Aphasia is a secondary language disorder acquired because of a brain injury that affects areas of the brain responsible of the language development and / or understanding, both of them spoken and written. These alterations happen most frequently in the left hemisphere, which is the hemisphere where the language predominates in the majority of the population. The cerebral dominance of this hemisphere reveals itself with a frequency of 95% in right-handed people, and by 70% in persons left-handed.

The exposed type of aphasia is a mixed aphasia acquired as a result of having suffered two ischemic origin strokes, the first one on May 6, 2012 and the second one on July 26 of the

same year. This type of aphasia has a lot of symptoms, so many patients find themselves without a clear diagnosis.

This project's objective is to describe the performed process of evaluation, objectives programming and speech therapy intervention. To carry out this evaluation different tests, after analyzing the results, a few priority objectives were planned in accordance to the criteria of choice.

After the intervention timespan, the patient will be evaluated again to compare the obtained results with the initial tests. This way the efficiency of the rehabilitation program can be assessed, as well as evaluating possible changes, adapting it to the previous achievements.

Key words: aphasia, mixed, assessment, intervention.

ÍNDICE DE CONTIDOS

RESUMO	2
ABSTRACT	2
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	6
ANTECEDENTES E ESTADO ACTUAL DO TEMA	7
BIBLIOGRAFÍA MÁIS RELEVANTE	11
XUSTIFICACIÓN DO PLAN DE INTERVENCIÓN	12
PROCEDEMENTO	13
1. DESEÑO SELECCIONADO	13
2. DESCRICIÓN DO CASO:	14
3. ANÁLISE DE DATOS	15
4. LIMITACIÓNS EXISTENTES	17
5. INSTRUMENTOS DE AVALIACIÓN APLICADOS E PROCEDEMENTO	18
6. RESULTADOS DO PROCESO DE AVALIACIÓN INICIAL	20
7. XUÍZO LOGOPÉDICO	24
8. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN	25
9. OBXECTIVOS PRINCIPAIS	28
10. RESULTADOS OBTIDOS TRALA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA	31
11. DESCRICIÓN DO PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	37
CONCLUSIÓNS	38
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	41

ANEXO I: Consentimento de participación nun estudo de intervención.	42
ANEXO II: Test de Albert.	43
ANEXO III: Escala de severidade e perfil de características da fala. Test de Boston.	44
ANEXO IV: Perfil resumido dos subtest. Test de Boston.	45
ANEXO V: Proba de escritura. Test de Boston.	46
ANEXO VI: Proba de cálculo.	48
ANEXO VII: Copia de figuras xeométricas.	49
ANEXO VIII: Escala de severidade e perfil de características da fala. Test de Boston.	50
ANEXO IX: Perfil resumido dos subtest. Test de Boston.	51
ANEXO X: Proba de escritura. Test de Boston.	52
ANEXO XI: Rexistro de sesión.	54
ANEXO XII: Rexistro de sesión.	55

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ACV	Accidente Cerebrovascular
ACM-D	Arteria Cerebral Media Dereita
ACM-E	Arteria Cerebral Media Esquerda
Rx	Radiografía
TC	Tomografía Computarizada
TAC	Tomografía Axial Computarizada
RM	Resonancia Magnética
ARM	Anxiografía por Resonancia Magnética

ANTECEDENTES E ESTADO ACTUAL DO TEMA

A linguaxe (Vilariño, 1998) é unha característica que fai ao ser humano único, outórgalles o privilexio de poder comunicárense a un nivel superior ó de calquera outra especie. A través da codificación e descodificación da linguaxe podemos aprender e adquirir coñecementos. Prodúcese unha afasia cando se padece unha lesión que afecta á función da linguaxe das persoas.

A afasia é un trastorno da linguaxe adquirido a raíz dunha lesión cerebral nas áreas cerebrais responsables da elaboración e/ou comprensión da linguaxe, tanto a nivel oral como escrito. As lesións que causan o síndrome afásico soen afectar con maior frecuencia ao hemisferio esquerdo, posto que, a este nivel é onde están localizadas as funcións da linguaxe na maioría das persoas. A dominancia cerebral deste hemisferio maniféstase nunha frecuencia do 95 % nas persoas destras, e nun 70 % nas persoas zurdas.

As causas polas cales se producen as afasias son moi diversas. Os accidentes cerebrovasculares son os causantes do 50 % dos casos de afasia (Helm-Estabrooks & Albert, 2005), aproximadamente un 20 % da poboación que sofre un ictus adquire como consecuencia unha afasia. O 50 % dos casos restantes son producidos a consecuencia de traumatismos craneoencefálicos, crises, tumores cerebrais, enfermidades neurodexenerativas, abscesos, meningoencefalites, hipoxias cerebrais, e outras enfermidades que afectan ao cerebro, así como os aneurismas ou as atrofas cerebrais.

Este síndrome, ademais de caracterizarse pola presenza de alteracións da linguaxe tamén se caracteriza pola presenza síntomas asociados, os cales poden interferir de forma negativa á hora de comezala rehabilitación logopédica. O grao de severidade destes síntomas dependerá do grao de extensión da lesión da lesión. Estes son (Vilariño, 1998), (Peña Casanova & Pérez Pamies, 1995) :

- Acinesia: pobreza á hora de realizar movementos musculares.
- Acalculia: incapacidade para realizar operacións aritméticas.
- Agnosia, incapacidade para o recoñecemento de certos estímulos sen apreciación de alteracións perceptivas, da linguaxe ou de intelixencia. Hai varios tipos: agnosia visual, auditiva, táctil, síndrome de Gerstmann, que se caracteriza por presentar anomia, agnosia dixital, alexia con agrafía, acalculia e desorientación espacial dereita-esquerda
- Agrafía, alteración na escritura posterior a un dano cerebral.

- Alexia, alteración na comprensión da lectura posterior a un dano cerebral.
- Alteracións de conduta, signos paranoides e variabilidade de rendemento.
- Alteracións visuais como a cuadrantapnosia superior dereita, que é o déficit visual no cuadrante superior dereito do campo visual; a hemianopsia dereita, déficit visual na metade do campo visual do ollo dereito; ou a hemianopsia homónima dereita, que afecta ó campo visual dereito de cada ollo.
- Amnesia, alteración da memoria que incapacita ás persoas á hora de recuperar recordos ou almacenar outros novos.
- Amusia, dificultade á hora de procesar estímulos musicais.
- Apraxia, alteración neurolóxica que dificulta a realización de movementos musculares aprendidos voluntarios. Dentro desta alteración atópanse as apraxias ideacional, ideomotora, constructiva, da fala e orofacial.
- Aprosodia, dificultade para facer cambios de forza, entoación ou do ritmo da fala.
- Bradicinesia: realización lenta dos movementos.
- Coprolalia, tendencia á emisión de palabras malsoantes de forma involuntaria.
- Déficit motor e sensitivo do hemicorpo dominante, que soe selo dereito nas persoas destras e na maioría dos zurdos.
- Depresión debido á consciencia do déficit.
- Disartria, alteración da articulación da linguaxe a causa dunha lesión nos mecanismos responsables do control muscular.
- Disfagia, dificultade para deglutir normalmente, soe padecerse despois de sufrir unha afectación bilateral.
- Disfemia adquirida, alteracións no ritmo da fala con pausas desapropiadas, prolongacións e repeticións.
- Ecopraxia, imitación involuntaria dos movementos doutra persoa.
- Hemiparesia dereita: diminución da forza muscular do lado dereito.
- Hipofonía, diminución do volume da voz, sóese manifestar nas afasias subcorticais.
- Reflexos de prensión contralateral e succión.

Goodglass & Kaplan, 1986, clasifican as afasias en tres bloques: fluidez ou falla de fluidez, afasias puras e síndrome de desconexión callosa. Dentro da clasificación segundo a fluidez ou a falla de fluidez, podemos atopar as afasias de Broca e a de Wernicke, a afasia anómica, global, de condución, as afasias transcorticais sensorial e motora, a non fluída mixta, as afasias subcorticais e a alexia con agrafía. Dentro do grupo das afasias puras atópanse a afemia, a xordeira pura para as palabras, a alexia pura e a grafía pura. E, finalmente, dentro do grupo do síndrome de desconexión callosa, podemos atopar a afasia táctil unilateral, a agrafía e apraxia unilaterais e afasia hemióptica.

O caso que será exposto ao longo deste proxecto corresponde a un caso clínico dun paciente que padece unha afasia global, o tipo de afasia máis grave. Este síndrome está producido por unha lesión na arteria cerebral media esquerda cunha ampla extensión ás zonas frontotemporal e temporoparietal esquerdas, abarcando tódalas áreas da linguaxe (Fernández Guinea & López-Higes, 2005).

Este tipo de afasia engloba un conxunto de características moi amplo e variable, presentando graves alteracións tanto na expresión como na comprensión da linguaxe. A comprensión atópase máis preservada en temas referidos a eles mesmos (Goodglass & Kaplan, 1986).

As principais características que definen este tipo de afasia (Goodglass & Kaplan, 1986) son a ausencia de fala, mutismo, ou unha linguaxe moi pouco fluída con grandes pausas. A articulación presenta graves alteracións, disartria, aínda que pode atoparse preservada nalgunhas palabras limitadas ou en frases estereotipadas moi coñecidas.

A pesares deste grave problema articulatorio soen manterse intactas as formulacións automáticas. Estas poden ser emitidas con intención comunicativa ou poden ser emitidas de forma errónea, nun contexto inadecuado, dificultando a comunicación. En ocasións, estes automatismos están compostos por palabras malsoantes, coprolalia, emitidas de forma involuntaria. A repetición ou a denominación de palabras soen estar moi limitadas, así como a lectura, a escritura e o cálculo (Vilariño, 1998).

Soen acompañar a súa fala por linguaxe xestual, na procura de darlle maior sentido ás súas emisións (Fernández Guinea & López-Higes, 2005).

Ademais das alteracións presentadas a nivel da linguaxe, hai que engadir unha serie de signos que se soen manifestar asociados a estes tipo de afasia (Vilariño, 1998). Na gran maioría dos casos prodúcese unha hemiplexía no hemicorpo dereito, afectando mais á

extremidade superior que á inferior. Tamén se produce, nese mesmo lado, unha diminución da sensibilidade de variable consideración. Soen producirse alteracións da visión no campo visual dereito e soen adquirir depresión debido á consciencia dos déficits. Segundo expoñen Peña Casanova & Pérez Pamies, 1995, “é frecuente que se produza apraxia ideomotora na extremidade non parética”.

BIBLIOGRAFÍA MÁIS RELEVANTE

Vilariño, I. (1998). Alteraciones del lenguaje: las afasias. *Revista Galega de Psicopedagogía, 16-17*, 131-164.

Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia (2ª ed.)*. Madrid: Médica Panamericana.

Peña Casanova, J., & Pérez Pamies, M. (1995). *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados (2ª ed.)*. Barcelona: Masson.

Goodglass, H., & Kaplan, E. (1986). *Evaluación de la afasia y trastornos relacionados (2ª ed.)*. Madrid: Médica Panamericana.

XUSTIFICACIÓN DO PLAN DE INTERVENCIÓN

Nunha alteración tan complexa como é unha afasia global cómpre levar a cabo unha avaliación inicial moi exhaustiva. Para isto deberán escollerse probas que sexan efectivas e que nos dean unha ampla información sobre o estado do paciente, tanto xeral como específica. Despois de realizala análise dos resultados obtidos destas probas poderemos observar as capacidades do paciente, tanto as que mantén intactas como as que presenta alteradas. A partir das capacidades que se presentan máis preservadas comezaremos a rehabilitar as capacidades máis alteradas. Establecendo unha orde de prioridade, programaranse uns obxectivos principais cos que comezará a intervención.

Para cada obxectivo son planificadas unha serie de actividades procurando a maior participación posible por parte do paciente. Estas tarefas están adaptadas ao seu nivel sociocultural e educativo, procurando que lle resulten atractivas, entreteidas, e sobre todo, útiles.

Para comprobala efectividade do programa de intervención levarase a cabo unha avaliación final. A fin desta avaliación e comparar os resultados que amosa o paciente 41 sesións despois de comezala intervención, valorar os seus progresos, e observar se o programa de intervención resulta efectivo, ou se pola contra, debe ser modificado.

As actividades propostas están orientadas cara unha maior recuperación do paciente, procurando mellorar ao máximo a súa independencia nas actividades da vida diaria. Esta mellora na linguaxe suporalle un maior benestar, e, polo tanto, unha mellor reinserción na sociedade.

PROCEDEMENTO

1. DESEÑO SELECCIONADO

O deseño seleccionado neste caso é un proxecto de intervención logopédico nun trastorno da linguaxe. O paciente sofre unha afasia global logo de sufrir dous ictus isquémicos.

Comezarase o proxecto levando a cabo unha avaliación inicial para valoralo estado do paciente e ver en que estado se atopan as funcións da linguaxe. En primeiro lugar aplicaranse o Test de Albert (1973) e o Token Test, versión reducida de Renzi & Faglioni, 1978. En segundo lugar será utilizado o Test de Boston de Goodglass & Kaplan, 1986, para realizala avaliación da linguaxe propiamente dita. Finalmente, como probas complementarias, avaliarase o cálculo, a realización de praxias bucolinguaofaciais, a orientación espacial e copia de figuras xeométricas.

Unha vez recompilados os resultados das probas aplicadas serán analizados para, así, proceder a realizar unha programación terapéutica adaptada ás necesidades do paciente. Esta programación estará composta por uns obxectivos, os cales deberán ser rehabilitados durante o período de intervención. Para traballar ditos obxectivos levaranse a cabo diferentes tarefas, que estarán adaptadas ó nivel cultural e educativo do propio paciente.

Cumprido o tempo de rehabilitación, o paciente será avaliado novamente para poder valorar a efectividade do programa. Comprobarase si se acadaron os obxectivos propostos contemplando así, un posible cambio na programación.

2. DESCRICIÓN DO CASO:

Home de 56 anos de idade, destro, casado e cunha fila de sete anos. A súa lingua materna é o castelán aínda que se define como bilingüe, utiliza tanto o castelán como o galego a nivel oral e escrito. Ten un nivel de estudos primario. Antes do accidente trallaba de forma autónoma como axente de seguros. Tiña hábitos saudables e hábito lectoescritor diario. Non ten antecedentes familiares. Bo estado de ánimo.

Antecedentes persoais: HTA a tratamento, hiperlipidemia, dislipemia, tumoración da primeira costela esquerda. Displasia fibrosa ósea. Practicouse unha resección quedando hemotórax postquirúrxico. Recibe como tratamento habitual Adiro 100 mg, Atorvastatina 40 mg, Bisoprolol 5 mg, Citalopram 20 mg e Flumil forte.

Sofre o primeiro ictus o día 6 de maio do 2012, polo que é derivado polo SERGAS para rehabilitación con un diagnóstico inicial de afasia global con evolución a afasia motora. Acode por primeira vez ao centro o día 13 de xullo, mais a súa asistencia vese interrompida cando sofre outro ictus o 26 de xullo. Tras retomala rehabilitación esta vólvese suspender debido a una operación o día 4 de setembro. En outubro retoma a rehabilitación logopédica ata a data actual.

3. ANÁLISE DE DATOS

Segundo o informe neurolóxico, o día 6 de maio do 2012 o paciente sofre un ictus isquémico no territorio de ACM-E, deixando como resultado unha Afasia Global, pois non obedece ordes sinxelas e non emite linguaxe.

Na exploración xeral non hai descubrimentos de interés, TA: 126/78 Hg e pulso 71 lat/min. Durante a exploración neurolóxica está alerta, hai preferencia oculocefálica cara a esquerda, borramento do surco nasoxeniano dereito, hemianopsia homónima dereita, hemiparesia dereita con predominio braquial 1/5 sobre crural 4/5, signo de Babinski dereito, sen signos menínxeos e os pares craneais atópanse en bo estado.

Como exploracións complementarias realízase unha Rx de tórax, que mostra un posible agrandamento da silueta cardiopericárdica. Un TC craneal ó ingreso que mostra hiperdensidade da ACM-E. Un TAC control e unha RM. La RM mostra unha lesión cerebral con restrición da difusión que afecta ó núcleo lenticular, á cabeza do núcleo caudado esquerdos e a parte do córtex cerebral del territorio da ACM-E, en relación con un infarto isquémico agudo. Pequenas lesións isquémicas agudas en ámbolos dous hemisferios cerebelosos e no hemisferio cerebral dereito. En ARM parece existir aumento de calibre das ramas da ACM esquerda.

Segundo o informe de medicina interna do CHUS, o 26 de xullo sofre outro ictus isquémico, esta vez no territorio da ACM-D (ramas profundas) parcialmente recanalizado. Presentando un pseudoneurisma trombosado de “cayado” aórtico con extensión de aorta descendente.

Trala súa chegada ó hospital está consciente, non emite linguaxe e non obedece ordes. Presenta isocoria y normorreactividade pupilar. Desviación oculocefálica cara a dereita con hemianopsia homónima esquerda. Parálise facial central esquerda con desviación da comisura bucal cara a esquerda. Parestesia en extremidades esquerdas 0/5, diminución de forza 4/5 na extremidade superior dereita. Hipoestesia no hemicorpo esquerdo con hemineglixencia. Persiste a afasia residual motora pero mantén a comprensión e as funcións cerebrais superiores intactas.

Debido ao aumento do tamaño dea tumoración infraclavicular esquerda, o día 4 de setembro ingresa na unidade cardíaca do Meixoeiro. Realízaselle un TAC de aorta no que se observa un crecemento do pseudoaneurisma de “cayado” aórtico con sangrado activo, unha

masa hipodensa voluminosa que engloba a clavícula esquerda e se estende cara o mediastino anterior, contactando coa aorta ascendente.

Realízase a resección do mesmo na aorta torácica ascendente e córrase o orificio aórtico cun parche dobre de dacron e pericardio bovino. Exérese da cabeza clavicular esquerda, elevación diafragmática esquerda postquirúrxica e ausencia das dúas primeiras costelas esquerdas.

4. LIMITACIÓNS EXISTENTES

Durante a etapa de rehabilitación logopédica atópanse certas limitacións que dificultan en certa medida o plan de intervención levado a cabo en este proxecto. A primeira destas dificultades é a curta duración do programa de intervención, xa que, nun tempo máis amplo de aplicación poderíanse acadar mellores resultados e máis fiables.

Debido ás dificultades de mobilidade do paciente, non se puideron realizar sesións de intervención a maiores das impartidas no centro. As tres sesións semanais ofrecidas polo SERGAS son adaptadas a dúas, facilitándolle todo o posible a asistencia ó centro e reducindo as molestias que lle supón o desprazamento.

O tempo de intervención tamén se ve reducido xa que estas son levadas a cabo de forma grupal. Son dous pacientes afásicos, os cales presentan dúas tipoloxías diferentes de afasia. Isto require dividir o tempo de rehabilitación e de forma desigual, pois cada un presenta un tempo de latencia diferente antes as diversas actividades.

Finalmente, outra das limitacións é que neste tipo de afasia se soe presentar un rendemento diario variable, polo cal, a realización dunha mesma actividade pode acadar resultados diferentes.

5. INSTRUMENTOS DE AVALIACIÓN APLICADOS E PROCEDEMENTO

Para a avaliación inicial do paciente realizáronse diversas probas que foron aplicadas durante diferentes sesións. Inicialmente aplicáronse o Test de Albert (1973) o Token Test, versión reducida (Renzi & Faglioni, 1978). A continuación, realizouse a avaliación da linguaxe mediante o Test de Boston (Goodglass & Kaplan, 1986), para isto utilizáronse dúas sesións de, aproximadamente, unha hora de duración cada unha. E, finalmente, avalíouse o cálculo, a realización de praxias bucolinguofaciais, a orientación espacial e a copia de figuras xeométricas.

A avaliación comezouse aplicándolle o Test de Albert, que é unha proba de cribado utilizada para descartar posibles negligencias espaciais unilaterais. Tal e como ordenan as instrucións situóuselle na súa liña media, indicóuselle que debería cruzar tódalas liñas sinalándolle dende unha punta do papel á outra, e, a continuación cruzáronselle as cinco liñas centrais. Para a realización da proba utilizouse a propia folla do test e un lapis.

Para avaliar a comprensión e a percepción da linguaxe receptiva oral utilizouse o Token test . O test está composto por vinte fichas de dous tamaños e cinco cores diferentes. A proba está dividida en cinco partes, nas cales as ordes van sendo cada vez máis complexas.

Para a realización desta proba compróbase con anterioridade que o paciente reconece as cores e as formas, ademais, o test foi elaborado de forma manual, coas medidas e coas cores estipuladas.

Para a avaliación completa da linguaxe utilizouse o Test de Boston, xa que é unha proba moi completa, e é unhas das probas máis utilizadas para a valoración das afasias. O test ten tres obxectivos xerais que son: diagnosticar unha afasia e ver qué tipo é, avaliar o rendemento do paciente para axudar a detectar cambios ó longo do tempo, e avaliar globalmente ó paciente nas áreas lingüísticas para axudar a enfocar o tratamento. Éste consta de cinco apartados nos que se avalía: a fala espontánea e en exposición; a comprensión auditiva; a expresión oral; a comprensión da linguaxe escrita e a escritura. Ademais, ven acompañado por un Test de Vocabulario e probas complementarias para avaliar diversos parámetros como o cálculo ou a orientación espacial.

Éste test aplicouse completo, para o cal se utilizou o material propio da proba. A maiores utilizáronse follas en branco para a realización dos apartados da proba de escritura, un lapis, unha goma, un cronómetro e unha gravadora; para a realización do apartado de comprensión de ordes, utilizouse un chisqueiro e unha tarxeta.

Comezouse a aplicar o Test de Desarrollo Fonológico Infantil (Bosch, 2003) para detectar os fonemas alterados. La proba foi cancelada debido á disartria asociada a afasia que padece o paciente. Para facer a detección destes fonemas tomouse nota durante a fala espontánea do paciente durante a realización das sesións.

O cálculo é avaliado de dúas formas, oral e escrito. Para a avaliación do cálculo oral pídesele que responda ás operacións aritméticas que se lle van dando. Para a avaliación do cálculo a nivel escrito preséntaselle unha folla con sumas, restas, multiplicacións e divisións sinxelas.

Para a avaliación da realización de praxias bucolinguofaciais séguese unha lista na que aparecen tódalas praxias a realizar. Para esta actividade paciente e logopeda sitúanse fronte a un espello, xa que, o apoio visual mediante a imitación da terapeuta facilítalle a realización das ordes e, ó mesmo tempo, o paciente refórzase co seu propio feedback visual.

Na orientación espacial avalíase: diante-detrás, encima-debaixo, dereita-esquerda, e dentro-fora en referencia a unha caixa de tamaño medio. Nesta actividade tamén se facilita a comprensión mediante a redución da lonxitude da orde cando se considera preciso.

Finalmente avalíase a copia de figuras xeométricas. Preséntanselle un total de 10 figuras que o paciente debe copiar. Preséntanse en follas de tamaño DinA4 co fondo en branco.

6. RESULTADOS DO PROCESO DE AVALIACIÓN INICIAL

Unha vez analizados os datos obtidos trala aplicación das probas anteriormente expostas preséntanse os seguintes resultados:

Descártase a posible presenza de hemineglixencias espaciais (Anexo II). Obtense como resultado do Token Test versión reducida, un déficit severo de comprensión, cunha puntuación directa de 13 puntos.

Como resultado do perfil de características da fala preséntanse os seguintes resultados (Anexo III):

Na fala conversacional sitúase no punto 1 da escala de severidade pois a comunicación efectúase totalmente a partir de expresións incompletas; con necesidade de inferencia, preguntas e adiviñación por parte do oínte. O caudal de información que pode ser intercambiado é limitado e o peso da conversación recae sobre o oínte.

A súa voz é normal e o volume que utiliza normalmente é adecuado. Non adoita modular a voz resultando monótona, a entoación está limitada a frases curtas e expresións estereotipadas. A velocidade coa que fala é normal aínda que cando quere contar algo se apresura e é cando a súa linguaxe comeza a resultar inintelixible. A correcta articulación está limitada a palabras ou frases familiares.

O paciente presenta intención comunicativa, adoita iniciar conversacións facendo preguntas ou comentarios. A súa linguaxe é coherente aínda que non fluída polo que a lonxitude das súas frases adoita ser de tres palabras, quedando incompletas a causa da anomia asociada á afasia. Debido á anomia utiliza circunloquios para intentar explicar o que quere dicir. As construcións gramaticais que adoita utilizar son enunciativas, as preguntas que realiza adoitan ser coñecidas e de uso habitual. Debido á disartria que padece, a súa linguaxe está practicamente chea de parafasias. Por todo isto o contido informativo en relación á fluidez é inferior ao normal.

Na fala en conversa cóntanos o que soe almorzar e que lle gusta moito pasear “sempre sano patano... natansa... sócoles...”, “vou pasar... ca muller... polo...”. A lonxitude de frase é corta e con moitas pausas debido á anomia. A súa fala presenta gran cantidade de parafasias “natansa” (laranxa), simplificacións “sano” (desayuno), neoloxismos “sócoles” (kiwi), e algunhas palabras que resultan inintelixibles.

No apartado de fala en conversa fórmulanselle as preguntas “f” e “g” ao que contesta:

- ¿Cuál es su nombre completo? – “Emitio... non...non...” (non lembra os apelidos)
- ¿Cuál es tu dirección completa? – “Lois”

Na descrición da lámina 1 do test describe a imaxe con frases simples de tres palabras, “El quere... somelos” sinalando as galletas, “pero... couso... caneta” sinalando a banqueta, “ela...co...come come” xestualmente indica que seca os pratos e para indicar a palabra prato di “come come” facendo o xesto. Sempre soe utilizar a linguaxe xestual para darlle sentido ás palabras que non consegue emitir, por exemplo, para dicir domingo fai una cruz na fronte.

Trala aplicación das subprobos do Test de Boston obtéñense os seguintes resultados (Anexo IV):

Na comprensión auditiva presenta unha puntuación directa de 38,5 na discriminación de palabras, presentando gran dificultade no campo dos números. En canto ao recoñecemento, obtén unha puntuación de 12,5, recoñece tódalas partes do corpo sen dificultade a excepción dos dedos. Posteriormente descártase agnosia dixital pois recoñece todos os dedos polo seu nome e debuxa unha man cos cinco dedos. Na realización de ordes alcanza unha puntuación de 4, amosando dificultades á hora de seguir ordes complexas con máis dunha acción. Finalmente, no material ideativo complexo obtén unha puntuación directa de 6, amosando dificultades de comprensión.

Na axilidade oral verbal presenta unha puntuación directa de 10 con grandes dificultades para a repetición e cometendo certas inversións e substitucións, por exemplo futbolista (froteiros), escavadora (escatidora). Na axilidade non verbal acada unha puntuación directa de 11, a realización das praxias está alterada e é lenta.

No apartado de secuencias automatizadas presenta unha puntuación directa de 1, consegue dicir 8 números consecutivos aínda que con perseveracións nos números seis e sete. Consegue rematar de contar ata 21 pero con moita axuda, repeticións e dificultades articulatorias. Do resto de secuencias só consegue dicir de forma torpe algúns días da semana e meses de forma desordenada.

Nas probas de recitado, canto e repetición de frases non consegue realizar ningún ítem. Na repetición de palabras obtén unha puntuación de 7, algunhas palabras con articulación torpe. No seguimento de ritmos acada un punto. Na lectura de palabras consegue unha puntuación directa de 15, realiza a lectura de todas as palabras pero cometendo parafasias, por exemplo hamaca (macaña). En resposta de denominación alcanza unha puntuación directa de

15, tarda máis de tres segundos en contestar e faino de forma distorsionada. En denominación por confrontación visual obtén unha puntuación de 83 xa que contesta a case todos os ítems de forma rápida aínda que fracasou na articulación da metade das palabras. En denominación de partes do corpo fracasa en case todas pero sempre contesta co tempo de latencia estipulado, obtén unha puntuación directa de 28. Fracasa na tarefa de nomear animais e en lectura de oracións.

En canto a comprensión da linguaxe escrita obtén unha puntuación de 6 en discriminación de letras e palabras, mostrando recoñecemento das letras. Obsérvanse dificultades no recoñecemento de palabras cunha puntuación de 3. Fracasa en comprensión do deletreo oral. Obtén unha puntuación de 6 sobre 10 emparellando debuxo-palabra, e unha puntuación mala de 3, en lectura de oracións e parágrafos.

Na escritura as súas letras tanto maiúsculas coma minúsculas son lexibles pero están alteradas. Non realiza os trazos completos senón que son descontinuos, e irregulares "vainos pintando", isto sucede tanto en escritura espontánea coma en copia. Soamente consegue escribir parte do seu nome, mesmo en copia. Escribir "EM-", se para un tempo a pensar e a continuación engade a "-O-", pero sempre omite as íes. Da súa dirección soamente consegue escribir o inicio "VILL-". Na proba de transcripción realiza a copia con substitucións, omisións e adicións: "EL CHIQUE TOCBBA EL SAXOFON Y LA ORQUETISA LE ACCP" (Anexo V).

No apartado de escritura seriada obtén unha puntuación de 22, sendo un punto da escritura do alfabeto, na cal soamente escribe un B, e 21 na escritura de números. Durante este último apartado obsérvase que non segue unha liña recta, vaise desviando en liña ascendente. En ditado elemental a puntuación é de 7, escribindo correctamente 3 das letras e 4 das cifras numéricas. Négase a realizar o resto dos apartados do test xa que lle supón moito esforzo (Anexo V).

Aplicouse o Test de Vocabulario de Boston ata o ítem 21, despois de cometer seis erros consecutivos. Destes soamente denominou correctamente 3. Noutras palabras cometeu parafasias literais facendo certa aproximación aos termos correctos

No cálculo oral sinxelo normalmente obtéñense respostas erróneas aínda que en ocasións é capaz de resolver ben as operacións máis sinxelas ($2+2$, $3+1$, $4+4\dots$). En canto ao cálculo escrito (Anexo VI) realiza correctamente sumas e restas de dúas cifras, incluso

multiplicacións e divisións sinxelas (15x2, 6/3...). Nas actividades de cálculo inflúe o nivel de rendemento diario que presente ese día.

Durante a realización das praxias bucolinguofaciais evidénciase rixidez facial. Realiza tódalas praxias con certa dificultade: presenta dificultade para situar a lingua no punto articulario desexado, dificultade para pegala ao padal, para estirar os beizos cara adiante, incha pouco as meixelas... Isto repercute á hora de emitir certos fonemas, durante a súa linguaxe espontánea obsérvase a ausencia da /ɲ/, a /tʃ/, a /θ/, e a /r/ en posición intermedia. A copia de figuras xeométricas (Anexo VII) realízase correctamente a pesares de utilizar un trazado descontinuo, o mesmo que ocorre na escrita de letras.

Observacións:

Obsérvase certa rixidez facial, déficit motor xeneralizado máis notable na extremidade superior esquerda a causa dun tumor infraclavicular, bradicinesia, disartria, apraxia, amusia, aprosodia, disfemia, alexia e variabilidade de rendemento.

Conduta durante a avaliación:

Na consulta sempre se amosa alegre, animado, bromista e moi colaborador. A pesares de que é consciente do seu fracaso ante certas actividades nunca se frustra ou se amosa enfadado. Cando realiza algunha actividade que lle supón moito esforzo non se rende e pide tempo para pensar e intentar resolvela. Segundo informa a súa esposa, o estado de ánimo que amosa na casa é bo, está animado e contento.

7. XUÍZO LOGOPÉDICO

O paciente presenta unha afasia de tipo global con predominio motor. Durante o período de avaliación resulta evidente a dificultade comprensiva oral, polo cal as tarefas eran explicadas con ordes simples e sinxelas.

Considérase preciso acudir semanalmente a sesións de logopedia cos obxectivos de melloral a súa expresión oral para conseguir unha maior independencia comunicativa; mellorar a comprensión oral, que xunto coa expresión poderá lograr unha maior integración na sociedade; e finalmente, mellorar a repetición.

O seu pronóstico atópase entre os niveis II e III (Ducarne de Ribaucourt, 1989). O seu progreso estará limitado, chegando a acadar soamente comunicación a nivel informativo, con un léxico escaso e sintaxe limitada.

A súa linguaxe espontánea estará formada en gran parte por automatismos e frases familiares de uso cotiá. Nesta evolución influirá o seu nivel actual de inserción na sociedade, quedando xa apartado da súa vida laboral anterior debido ás súas discapacidades tanto a nivel físico como lingüístico.

Aínda que o pronóstico, debido ó tipo de ACV sufrido, é imprevisible, é recomendable a rehabilitación logopédica xa que se atopa dentro dos primeiros meses de reeducación, período durante o cal se segue incrementando o nivel comunicativo. A súa comunicación tampouco se ve entorpecida xa que non presenta perseveracións importantes que lle bloqueen a linguaxe espontánea. Estas só se observan durante o recitado de secuencias automáticas.

Algo que non favorece a súa rehabilitación é o baixo rendemento que presenta durante as tarefas de repetición e de lectura en voz alta, moi importantes para o apoio da rehabilitación da linguaxe oral.

O rango de idade no que se atopa, entre os 25 e 60 anos, axuda a que o pronóstico sexa máis favorable, pois, aínda que xa non se posúe a plasticidade cerebral típica da infancia, as actividades cognitivas superiores e os automatismos lingüísticos adquiridos con anterioridade, axudan a que a capacidade lingüística reapareza novamente.

8. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

AFÁSICO	AFASIA	SIGNOS ASOCIADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Varón. - 56 anos. - Casado - Filla de 7 anos. - Castellán. - Estudos primarios. - Autónomo, axente de seguros. - Hábitos saudables. - Hábito lectoescritor. - Destro. - Sen antecedentes familiares. - Bo estado psicolóxico. - Apoio familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Global. - Dificultade articulatoria. - Dificultade expresiva oral e escrita. - Dificultade en comprensión oral e escrita. - Ictus isquémico en ACM-E con pequenas lesións isquémicas no hemisferio dereito e ambos hemisferios cerebelosos. - Ictus isquémico en ACM-D (ramas profundas). - Secundario a HTA, hiperlipidemia, dislipemia, pseudoneurisma trombosado de “cayado” aórtico. - Pares craneais non alterados. - 28 semanas de evolución ata avaliación actual. <p style="text-align: center;"><u>TEST DE BOSTON</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Percentil de severidade 1 - Axilidade articulatoria 3 - Lonxitude de frase 3 - Axilidade verbal 10 <p>✓ COMPRESIÓN AUDITIVA: alterada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discriminación de palabras 38.5 - Identificación p. corpo 12.5 	<ul style="list-style-type: none"> - Alexia. - Amusia. - Apraxia. - Aprosodia. - Bradicinesia. - Déficit motor xeneralizado. - Déficit sensitivo. - Disartria. - Disfemia. - Hemianopsia homónima dereita e esquerda. - Rixidez facial esquerda. - Variabilidade de rendemento.

	<ul style="list-style-type: none"> - Ordes 4 - Mat. Ideativo comple. 6 ✓ DENOMINACIÓN: alterada <ul style="list-style-type: none"> - Resp. Denominación 15 - Denom. Confr. Visual 83 - Nomear animais 0 - Denom. Partes corpo 28 ✓ LECTURA: alterada <ul style="list-style-type: none"> - Palabras 15 - Oraciones 0 ✓ REPETICIÓN: mal <ul style="list-style-type: none"> - Palabras 7 - Alta probabilidade 0 - Baixa probabilidade 0 ✓ PARAFASIA <ul style="list-style-type: none"> - Neológica 27 - Literal 20 - Verbal 8 - Outras 4 ✓ FALA AUTOMATIZADA: alterada <ul style="list-style-type: none"> - Sec. Automatizadas 1 - Recitado 0 ✓ COMPRENSIÓN LINGUAXE ESCRITA: alterada <ul style="list-style-type: none"> - Discrimi. Letra-Palabra 6 - Recoñecemento Palabras 3 - Comprensión deletreo oral 0 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Emparellar debuxo-palabra 6 - Lect. Oracións e Párr. 3 ✓ ESCRITURA: alterada - Mecánica 4 - Seriada 22 - Dictado elemental 7 - Denomi. Confront. Escrita 0 - Deletreo dictado 0 - Oracións dictado 0 - Escritura narrativa 0 ✓ MÚSICA: alterada - Canto 0 - Ritmo 1 - Cálculo sinxelo escrito: ben - Cálculo sinxelo oral: malo. <p>TOKEN TEST: 13, severo.</p> <p>TEST DE ALBERT: descártanse negligencias.</p> <p>Axilidade oral: alterada a programación das praxias bucolinguofaciais.</p>	
--	--	--

9. OBXECTIVOS PRINCIPAIS

Seguindo os criterios de preferencia e analizando os resultados da avaliación levada a cabo mediante o Test de Boston, considérase apropiado comezala rehabilitación polas probas que presentan os resultados máis alterados. En canto aos obxectivos perseguidos débese comezar por rehabilitalos aspectos sinalados como principais que son:

- Mellorala fluidez verbal (praxias e lonxitude de frase)
- Mellorala fala automatizada (secuencias automatizadas e recitado)
- Mellorala comprensión auditiva de ordes.
- Mellorala repetición de palabras e frases, de alta probabilidade e baixa probabilidade.
- Mellorala resposta de denominación.

Durante a aplicación do programa de intervención, o paciente precisará dunha serie de claves para poder levar a cabo as tarefas con menor dificultade. Como técnicas facilitadoras utilizarase o esbozo oral, achegándolle ao paciente a primeira sílaba da palabra desexada para axudar a facilitala súa emisión. Tamén se utilizará a mímica, apoiando con xestos certas palabras ou indicando características deste xunto a unha articulación esaxerada, facilitando así a diferenciación entre fonemas (Ducarne de Ribaucourt, 1989).

Mellorala fluidez verbal: praxias e mellorala lonxitude de frase.

Para mellorala fluidez verbal comézase traballando a realización de exercicios prácticos bucolinguofaciais, isto servirá para mellorala propiocepción lingual, a mobilidade, o ton e a precisión dos órganos fonoarticulatorios á hora de realizalos movementos do fala.

As praxias realizadas, unhas cinco veces cada unha, son: mover a lingua arriba e abaixo; mover a lingua á dereita e á esquerda; perfilar os beizos coa lingua, primeiro o superior e logo o inferior; trazar un círculo continuo coa lingua sobre os beizos; pasar a punta da lingua polos dentes de arriba e logo polos de abaixo; deslizar a lingua polo padal de atrás cara adiante; pegar completamente a lingua ao padal; facer o trote do cabalo coa lingua, inchar as dúas meixelas á vez e logo pasar do aire dunha lado ao outro; inchar as meixelas e deixar saír o aire suavemente sen que vibren os beizos; inchar as meixelas e expulsar o aire con forza facendo vibrar os beizos; succionar as meixelas; e por último, estirar os beizos.

Tamén se utiliza a realización de onomatopeas comezando pola articulación de vogais illados, a continuación ditongos.

Para melloral a lonxitude de frase trabállase a descrición de imaxes con frases simples. Vanse facendo preguntas sobre a imaxe: quen realiza a acción, que acción realizan... En ocasións refórzase a estruturación das frases con apoios visuais, para isto utilízanse materiais do tipo "Enséñame a falar" (López, G). Tamén se utilizan oracións nas que se omiten segmentos, o suxeito, a acción ou o complemento, e as cales debe de completar.

Melloral a fala automatizada (secuencias automatizadas e recitado)

Para traballar o fala automatizada pídense unha serie de secuencias: os días da semana, os meses do ano, os números, cancións, poesías, refráns... expresións cotiás que están automatizadas como "ola", "que tal" ou "bos días" e tamén palabras que supoñan un contido emocional, por exemplo os nomes dos seus familiares.

Melloral a comprensión auditiva de ordes.

A actividade realizada para mellorar a comprensión auditiva lévase a cabo mediante tarefas de designación nun soporte informático táctil. Este programa emite unha palabra, a cal, o paciente, debe designar de entre tres opcións.

Outra das tarefas é a realización de ordes, por exemplo: "Colle o lapis e pono sobre o caderno". A dificultade das ordes irá en aumento, ao principio as ordes poden estar apoiadas con xestos, por exemplo, facer o xesto de xirar, e, posteriormente, dirase unicamente a orde de forma oral. Ao principio serán ordes sinxelas como "colle unha cor e pinta" pero logo serán menos lóxicas "colle o lapis e pono sobre a cadeira".

Melloral a repetición de palabras e frases de alta probabilidade e baixa probabilidade.

Nas tarefas de repetición comézase repetindo as vogais, logo sílabas coas consoantes bilabiaais /m/, /p./, /b/, coas interdentaais /t/, /d/, coa fricativa postdental /s/, e a líquida alveolar /l/. Finalmente faise repetición de logotomas formados con tódolos fonemas anteriores. Preténdese conseguir que as palabras máis importantes para o desenvolvemento da súa vida diaria sexan automatizadas para incorporalas progresivamente no seu discurso. Por exemplo os nomes da súa muller e filla, os seus apelidos ou a súa dirección.

Melloral a resposta de denominación.

Para traballala resposta de denominación vanse realizando preguntas curtas procurando que evoque a palabra desexada. Durante esta tarefa repíteselle a orde completa as veces que o precise e déixanse uns segundos de reflexión. Se non consegue emitir a palabra desexada proporcionáselle unha clave fonética intentando apoiála súa emisión. As preguntas son do tipo " Onde viven os peixes? ", " Para que serve un garfo? ".

10. RESULTADOS OBTIDOS TRALA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA

A continuación realízase unha comparación dos resultados da avaliación inicial coa final despois de 41 sesións de rehabilitación logopédica. Son analizados tódolos subapartados do Test de Boston así como a realización das praxias bucolinguofaciais.

Como resultado do perfil de características da fala preséntanse os seguintes resultados (Anexo VIII).

Na escala de severidade permanece no mesmo punto, o 1, efectuándose a comunicación totalmente a partir de expresións incompletas precisando inferencias e preguntas para a comprensión da mensaxe. O caudal de información que pode ser intercambiado é limitado e o peso da conversación recae sobre o oínte.

No perfil de características da fala apenas se aprecian cambios, a súa voz é normal, utiliza un volume adecuado e a velocidade da fala é normal, aínda que a velocidade de emisión soe aumentar cando intentar contar algunha anécdota. Non adoita modular a voz resultando monótona, a entoación está limitada a frases curtas e expresións estereotipadas. A correcta articulación está limitada a palabras ou frases familiares.

A lonxitude das súas frases segue sendo de tres palabras, as estruturas sintácticas que utiliza son correctas, sendo máis utilizadas as frases enunciativas simples: suxeito + verbo + complementos, quedando na maioría das ocasións incompletas a causa da anomia asociada a afasia. Soe realizar preguntas aínda que a maioría adoitan ser coñecidas e de uso habitual. A causa da anomia precisa da utilización de circunloquios para intentar explicar o que quere dicir. Aínda que esas palabras tamén soen estar alteradas, pódese chegar a completar parcialmente a mensaxe que desexa emitir realizándolle preguntas. A súa linguaxe segue estando chea de parafasias polo que o contido informativo en relación á fluidez segue sendo inferior ao normal.

No primeiro apartado do Test de Boston, fala en conversa, relata unha viaxe que realizou xunto coa súa muller nun cruceiro “nos sacámolo en...Bobera e... viñemos xa para... para...” Nesta transcripción evidénciase que a lonxitude de frase e practicamente a mesma, con pausas a causa da anomia, substitucións “sacámolo” (collémolo) ou parafasias “Bobera” (Barcelona).

Responde todas as preguntas que se lle realizan:

- ¿Cómo está? – “Bien, bien, fai frío”,

- ¿Cuánto va tardar en terminar su tratamiento? – “Ufff, va tardar”
- ¿Cuál es tu nombre completo? – “Emitio Di...”
- ¿Cuál es tu dirección completa? – “Lois, Coesores...”

Na descrición da lámina 1 as frases as frases son un pouco máis longas, de catro palabras. Referíndose ao neno que está encima da banqueta intentando collelas galletas e que vai caer “Quere coloutrar unhas coutellas... vai coller as cotecas... pero... rocoxo co...”, referíndose á muller que limpa os pratos “Esta está tocando os... poñendo e taca e esto”. Refírese aos obxectos sinalándoos co dedo, soe centrarse no neno, na banqueta, nas galletas e na muller secando o prato. Na transcripción evidéncianse parafasias “tocando” (secando), neoloxismos “rocoxo” e grandes pausas debido á dificultade de evocación léxica.

Os resultados das subprobos do Test de Boston recollidas na gráfica do “perfil resumido de los subtest” (Anexo IX) son os seguintes:

No segundo apartado, comprensión auditiva, evidénciase un progreso de forma xeneralizada. O máis significativo prodúcese no apartado de discriminación de palabras, os erros observados neste apartado aparecen sempre dentro da mesma categoría da palabra dita. A maioría dos erros prodúcense dentro da categoría de discriminación de letras.

No apartado de identificación de partes do corpo os cambios observados fan referencia á discriminación dereita-esquerda, os erros que se dan nas partes do corpo son case os mesmos: o “párpado”, o “muslo” e os dedos “corazón” e “pulgar”. Obsérvase unha gran evolución na realización de ordes, con 9 puntos de diferenza, pois soamente comete erros en dúas delas.

No apartado de material ideativo complexo obsérvase un retroceso de 3 puntos. Os acertos atópanse entre os 4 primeiros ítems, os máis sinxelos.

Comprensión auditiva	Inicial	Final
Discriminación de palabras	38.5	58.5
Identificación partes do corpo	12.5	13
Ordes	4	13
Material ideativo complexo	6	3

En xeral, na proba de denominación as respostas emitidas polo paciente son rápidas, entre os 0 e 3 segundos, mais con articulación deficiente cargadas de parafasias literais e neoloxismos. O progreso máis significativo observase na resposta de denominación, mentres

que nas outras non se observan cambios importantes. Cando se trata de evocación espontánea como no caso de nomear animais apenas emite algún neoloxismo.

Denominación	Inicial	Final
Resposta denominación	15	23
Denom. confrontación visual	83	80
Nomear animais	0	0
Denomin. Partes del corpo	28	30

Evidénciase un gran progreso na lectura de palabras, chegando a ler correctamente o dobre ca na proba anterior. Tamén lee correctamente unha oración completa, facendo aproximacións parafásicas en outras máis complexas.

Lectura	Inicial	Final
Palabras	15	30
Oracións	0	1

No apartado de repetición non se observa ningún progreso, hai estancamento e incluso un leve retroceso na repetición de palabras. Pode repetir unha das frases catalogadas como alta probabilidade, inténtao noutras catro mais soamente realiza aproximacións literais e neolóxicas.

Repetición	Inicial	Final
Palabras	7	5
Alta probabilidade	0	1
Baixa probabilidade	0	0

As parafasias son moi variables, pois cando non emite correctamente unha palabra e a repite, non soe realizala mesma articulación. Observando os resultados obtidos, faise un balance positivo das parafasias, xa que as literais, as máis próximas ás palabras desexadas, se ven incrementadas, mentres que os neoloxismos e os outros tipos de parafasia diminúen. Cabe a posibilidade de que o aumento de parafasias literais se vise beneficiada debido ás melloras conseguidas na realización práxica, permitindo unha maior precisión á hora de programalos movementos.

Parafasia	Inicial	Final
Neolóxica	27	25
Literal	20	34
Verbal	8	1
Outras	4	0

Na fala automatizada cabe destacar que se observan variacións importantes dunhas sesións a outras dependendo do rendemento do paciente. Na avaliación inicial o punto obtivo pola realización de oito números consecutivos. Emite os días da semana e os meses de forma torpe, con parafasias literais, verbais e con neoloxismos. Soe comezalas secuencias dos días da semana e dos meses perseverando na palabra “primeros”, mais cunha clave fonolóxica consegue comezala secuencia pedida. Na avaliación final consegue emitir tódolos días da semana, algúns cunha articulación alterada pero recoñecible. Os números realízaos cunha correcta articulación, mais presentando perseveracións no 6, o 7 e o 16. Na proba de recitado de refráns soe continualos todos aínda que de forma inintelixible, soamente consegue recitar dous de forma torpe.

Aprécianse melloras á hora de emitir espontaneamente os nomes da súa muller, a súa filla e o seu propio aínda que, en ocasións, con algunha substitución fonémica. Soamente consegue facer aproximacións parafásicas en canto á repetición dos seus apelidos e da súa dirección.

Fala automatizada	Inicial	Final
Secuencias automatizadas	1	4
Recitado	0	1

Nas probas de comprensión da linguaxe escrita as puntuacións víronse incrementadas. Hai unha mellor discriminación letra-palabra, así como emparellamento debuxo palabra, no que só cometeu un erro. A comprensión do deletreo oral segue estando moi alterada, o ítem acertado é o máis sinxelo “N-O”. Na lectura de oracións e parágrafos tamén se produciu un leve avance, acadando a metade de ítems correctos, os acertos producíronse entre os ítems máis sinxelos.

Comprensión linguaxe escrita	Inicial	Final
Discriminación Letra-palabra	6	9
Recoñecemento de palabras	3	4
Comprensión deletreo oral	0	1
Emparellar debuxo-palabra	6	9
Lectura oracións e parágrafos	3	5

A mecánica de escritura mellorou, logrando facer un trazado máis continuado das letras. Mellora a escritura en copia pero non se observan progresos na escritura espontánea. Na escritura seriada soamente acadou 1 punto máis, gañou dous puntos na escrita do abecedario mais perdeu un na serie numérica. Os números tamén son escritos de forma ascendente no tramo final aínda que non tan pronunciado como na proba da avaliación inicial (Anexo X).

No apartado de ditado elemental observábase unha diminución na puntuación. Neste caso o número de acertos de letras illadas pasou de 3 a 0; no de números non hai variación e na de palabras elementais de 0 a 1. As probas restantes referentes á escritura négase a realizadas debido ó esforzo que lle supón. (Anexo X).

Escritura	Inicial	Final
Mecánica	4	4
Seriada	22	23
Ditado elemental	7	5
Denom. Confrontación escrita	0	0
Deletreo ao ditado	0	0
Oracións ao ditado	0	0
Escritura narrativa	0	0

A súa fala preséntase ausente de entoación a excepción de expresións e frases familiares. Na proba de imitación de ritmos soamente pode seguir o primeiro dos ritmos, o mais sinxelo.

Música	Inicial	Final
Canto	0	0
Ritmo	1	1

No referente á realización de praxias bucolinguofaciais, obsérvase melloría en comparación aos resultados observados na avaliación anterior. O paciente presenta unha maior propiocepción lingual, conseguindo imitar algúns fonemas sen o apoio do espello, e

adquiriu unha maior mobilidade lingual, conseguindo unha mellor articulación dos fonemas, sobre todos nos que implican elevación como o /r/ ou o /l/.

11. DESCRICIÓN DO PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

A preferencia de intervención do paciente é alta xa que, en canto a idade, é relativamente xove polo que os danos serán máis recuperables. Por outro lado, dásele preferencia por padecer unha afasia de tipo global, a máis grave. Dado que o seu estado de ánimo é moi bo, pódese aproveitar e sacarlle o máximo rendemento ás sesións.

Estas sesións estarán programadas previamente marcando os obxectivos a traballar en cada unha delas xunto coas tarefas realizadas e as estratexias de apoio utilizadas. Ao remate de cada unha delas levarase a cabo un rexistro de observacións relatando o estado xeral do paciente e o seu desenvolvemento ante as diferentes actividades (Anexos XI e XII).

Para o logro dos obxectivos marcados trala avaliación dispónse dunha hora e media semanal, distribuída en dúas sesións semanais de corenta e cinco minutos debido ás dificultades físicas e persoais que lle supón acudir ao centro.

As sesións, a pesares de ser de 45 minutos, adoitan ter unha duración dunha hora. Facemos a sesión máis longa aproveitando o tempo de espera dende que a ambulancia o deixa no centro ata que volve recollelo. As sesións de avaliación realízanse de forma individual mentres que as sesións de intervención se levan a cabo en grupo de dúas persoas. Grazas a este tempo adicional que se lle dedica de consulta ten sobre 15 minutos de sesión de intervención individual.

Realízase unha avaliación de seguimento para valorar os posibles progresos xurdidos no paciente doce sesións despois de iniciala intervención. Tamén se realiza unha avaliación final para valorar se a intervención lle está a resultar beneficiosa e valorar así posibles cambios no tratamento. De ser posible realizarase outra valoración de evolución transcorridos seis meses dende o tratamento.

CONCLUSIONES

A alteración aquí presentada, debido ás súas amplas características e á súa variada sintomatoloxía, debe ser avaliada de maneira precisa e detallada. Isto permitirá analizar tódolos puntos fortes e débiles do paciente para facer unha programación da intervención adaptada por completo ás súas necesidades.

Os datos acadados trala avaliación inicial ábrennos un longo camiño de traballo que abordar durante a intervención. Unha vez analizadas as necesidades prioritarias para o paciente son establecidos uns obxectivos, os cales deben ser realistas para que poidan ser acadados trala aplicación do programa de intervención. Pasado o período de intervención e logo de realizala avaliación final, pódense comparalos resultados de ámbalas dúas avaliacións, valorando así a efectividade da terapia.

Á hora de comezala intervención, os exercicios de realización práxica son esenciais para procurar unha mellora articulatoria. Os exercicios realizados deron resultados positivos á hora de melloral a propiocepción lingual, a mobilidade e o ton muscular. Estas melloras articulatorias son beneficiosas para acadar melloras noutras actividades como o recitado das secuencias automáticas que, aínda que sigan presentes as parafasias, estas serán realizacións máis próximas ás palabras desexadas. As tarefas levadas a cabo para melloral a lonxitude das frases non amosaron resultados importantes aínda que propicia o uso de frases sinxelas á hora de referirse a certos obxectos.

As tarefas realizadas para a mellora da comprensión auditiva e da resposta de denominación son nas que o paciente presenta unha maior evolución. A mellora na comprensión de ordes máis longas e complexas, suporá unha maior capacidade de comprensión durante a comunicación oral. Durante as tarefas de resposta de denominación observase unha gran mellora, esta actividade reforza a evolución doutros aspectos como a comprensión de preguntas ou a evocación léxica.

Finalmente, as actividades de repetición, son nas que presenta unha menor evolución. Aínda que realiza moitas aproximacións parafásicas, obsérvase certo estancamento en canto á repetición correcta de palabras e frases. Onde se observa unha melloría é na repetición de sílabas illadas, a pesares de seguir amosando dificultades á hora de diferencialos puntos articulatorios das bilabiais /m/, /p/, /b/, e das interdentaís /t/, /d/.

A pesares das limitacións que dificultaron a aplicación do programa, en xeral, os resultados obtidos son positivos, considerando que as actividades realizadas resultaron

efectivas cumprindo así a súa función. Tamén é notable a evolución lograda polo paciente nas tarefas de escritura ou de realización de operacións aritméticas, traballadas á marxe da clínica.

Cabe ter en conta os avances tecnolóxicos á hora de realizala terapia logopédica en programas de intervención posteriores. Estes programas soen resultar máis entretidos e motivadores, proporcionándolle, á súa vez, unha gran variedade de actividades aos terapeutas.

Para finalizar, destaca a importancia do proceso de avaliación inicial levado a cabo para a posterior elaboración do programa. Este é o que nos permite realizar un programa adaptado ao 100 % ás necesidades da situación comunicativa do paciente, así como ás súas actividades da vida diaria, propiciando na medida do posible, unha mellor reinsertión na sociedade.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albert. (1973). Albert's Test.
2. Bosch, L. (2003). Desarrollo Fonológico Infantil. Barcelona: Masson.
3. Cuetos Vega, F. (1998). *Evaluación y rehabilitación de las afasias aproximación cognitiva*. Madrid: Ed. Panamericana.
4. Ducarne de Ribaucourt, B. (1989). *Reeducación semiológica de la afasia*. Barcelona: Masson.
5. Fernández Guinea, S., & López-Higes, R. (2005). *Guía de intervención logopédica en las afasias*. Madrid: Síntesis.
6. Goodglass, H., & Kaplan, E. (1986). *Evaluación de la afasia y trastornos relacionados (2ª ed.)*. Madrid: Médica Panamericana.
7. Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia (2ª ed.)*. Madrid: Médica Panamericana.
8. Peña Casanova, J., & Pérez Pamies, M. (1995). *Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados (2ª ed.)*. Barcelona: Masson.
9. Renzi, E., & Faglioni, P. (1978). Token Test.
10. Vilariño, I. (1998). Alteraciones del lenguaje: las afasias. *Revista Galega de Psicopedagogía*, 16-17, 131-164.

ANEXOS

ANEXO I: Consentimento de participación nun estudo de intervención.

ANA M^a PARADA
Gabinete de Logopedia y Centro de Apoyo Escolar.

VILAGARCIA DE AROUSA

Yo, don/ña Antonia P. Ey, con D.N.I. n^o.....
mayor de edad,

Actuando:

- Como tutor o cuidador y en representación de Emilio D. M.
 En mi propio nombre

Autorizo:

Al Centro Ana M^a Parada a hacer uso de los datos de

- Mi historial clínico
 El historial de mi representado

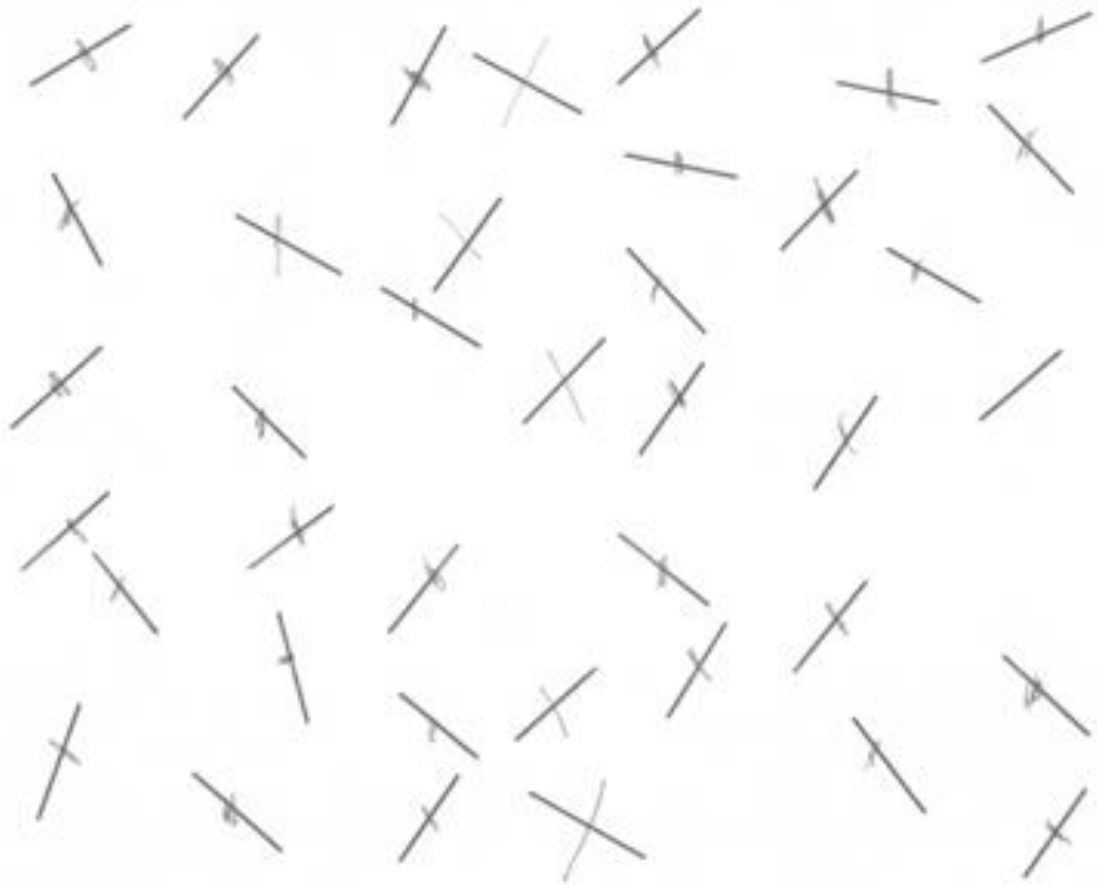
Con fines académicos y formativos, comprometiéndose el personal de dicho centro a guardar estricta confidencialidad de los datos personales, de forma que ninguno de ellos y bajo ningún concepto serán revelados.

Antonia Prunheiro Cepeda

Lo que firmo en Vilagarcía de Arousa a : 6 de Marzo de 2013

El contenido de esta comunicación, así como el de toda la documentación anexa, es confidencial y va dirigido únicamente al destinatario del mismo. En el supuesto de que usted no fuera el destinatario, le solicitamos que nos lo indique y no comunique su contenido a terceros, procediendo a su destrucción. Le informamos que su dirección de correo electrónico, así como otros datos de carácter personal aportados, serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros ficheros, con la finalidad de gestionar la agenda de contactos de nuestra empresa. Ud. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999 mediante escrito a ANA MARÍA PARADA LÓPEZ, con domicilio social: C/Cervantes 8 Bajo, 36.600- Vilagarcía de Arousa (Pontevedra).

ANEXO II: Test de Albert.



ANEXO III: Escala de severidad e perfil de características da fala. Test de Boston.

Test de Boston: Procedimiento de aplicación 47

Nombre del paciente: E.D. (Avaliación inicial) Fecha de evaluación: 11/02/2013
Evaluación efectuada por: _____

ESCALA DE SEVERIDAD

0. Ausencia de habla o comprensión auditiva.
1. La comunicación se efectúa totalmente a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es limitado y el peso de la conversación recae sobre el oyente.
2. El paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracaso frecuente al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con el examinador.
3. El paciente puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella. Sin embargo, la reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas.
4. Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o su forma de expresión.
5. Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

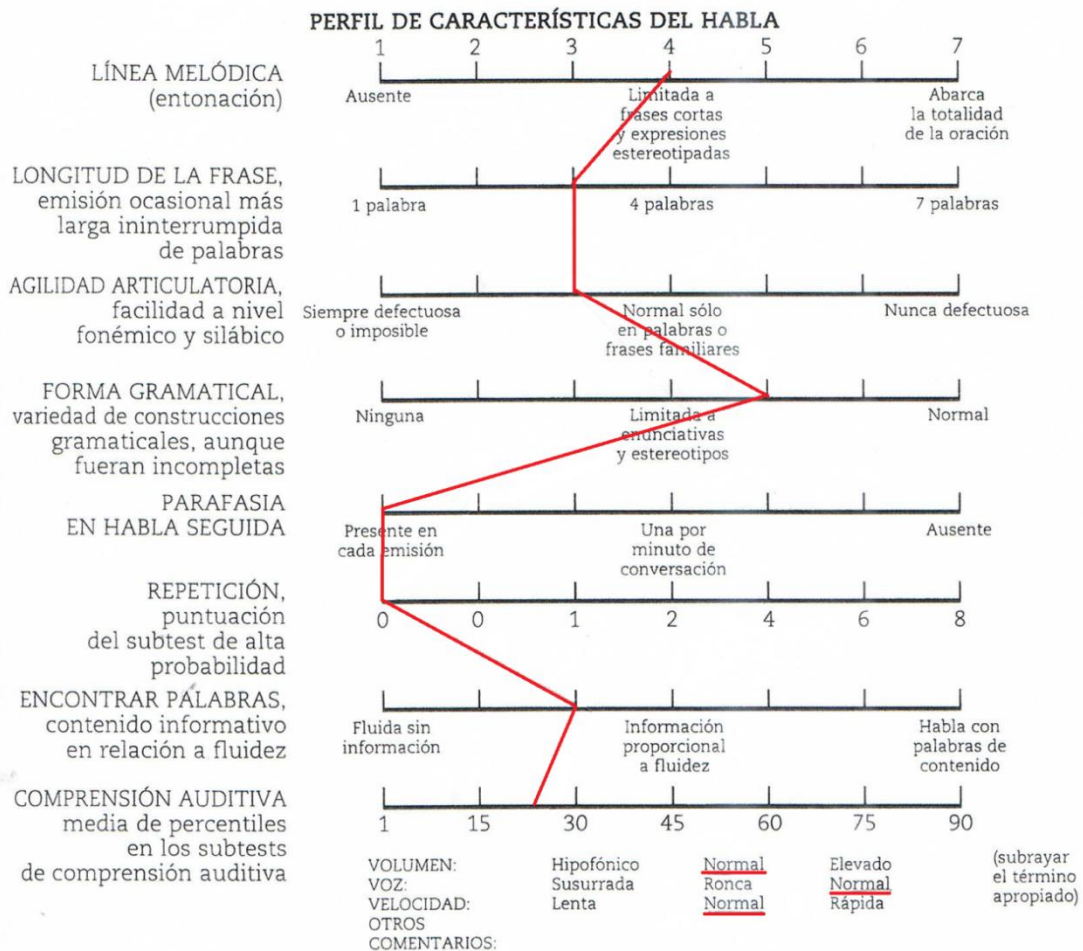


Fig. 3. Escala de severidad y perfil de características del habla.

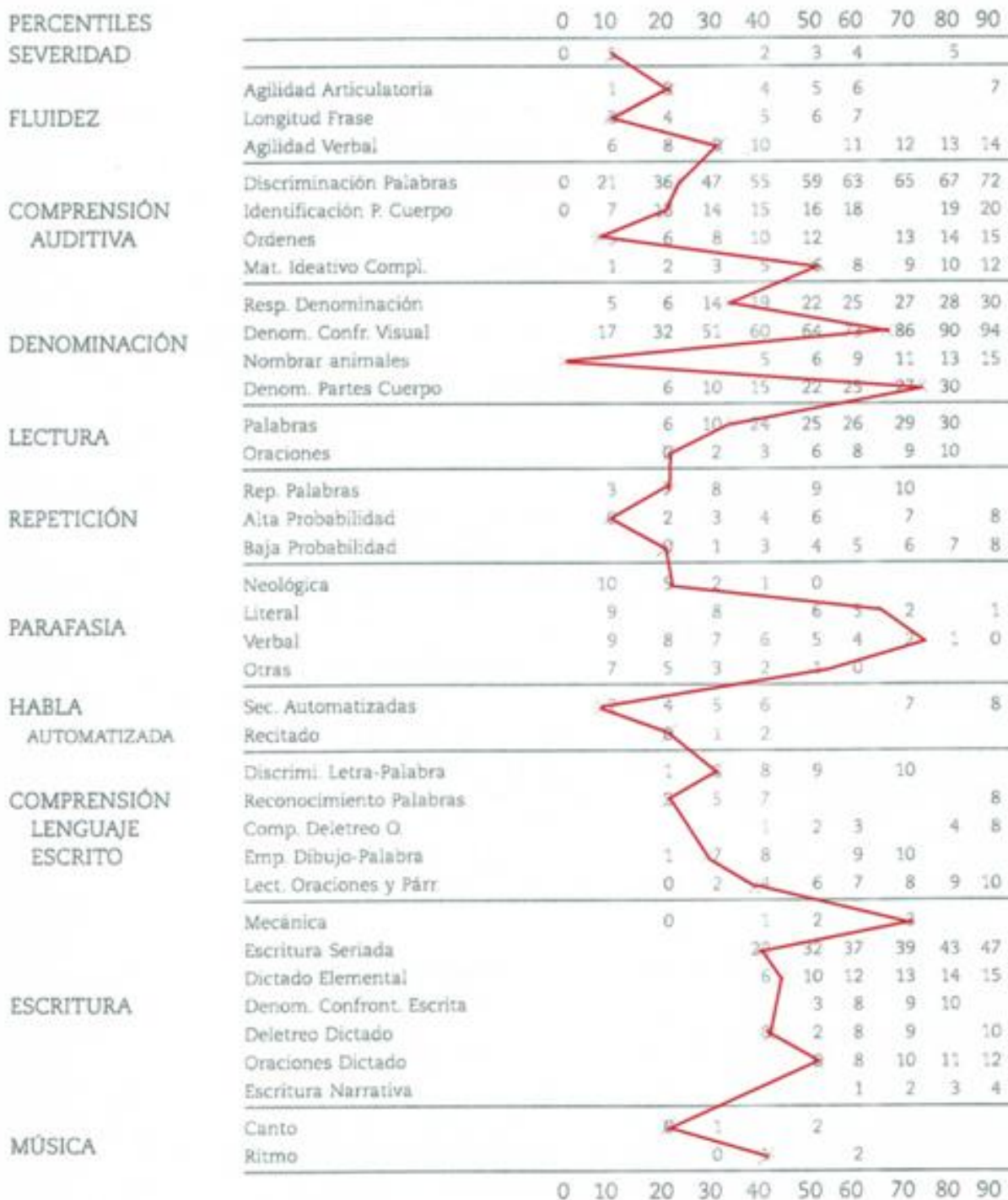
ANEXO IV: Perfil resumido dos subtest. Test de Boston.

178 Test de Boston: Adaptación española

PERFIL RESUMIDO DE LOS SUBTESTS

Nombre: E.D.

Fecha del examen: 11/02/2013



ANEXO V: Proba de escritura. Test de Boston.

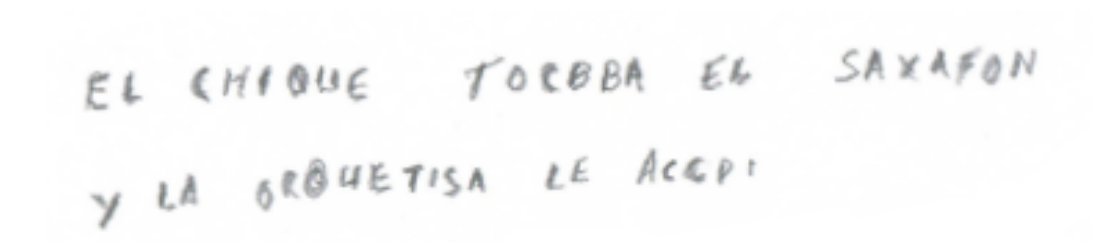
- Nome (enriba espontáneo, abaixo copia)



- Dirección



- Copia



- Escritura seriada (enriba números, abaixo abecedario)

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-
B-D

- Ditado elemental

E I L W Z
7 15 42 193 1888
I YO ERT
EUAYM
JALLYN

ANEXO VI: Proba de cálculo.

$$\begin{array}{r} 3 \\ + 5 \\ \hline 8 \end{array} \checkmark$$

$$\begin{array}{r} 11 \\ + 8 \\ \hline 19 \end{array} \checkmark$$

$$\begin{array}{r} 14 \\ + 13 \\ \hline 32 \end{array} \times$$

$$\begin{array}{r} 16 \\ + 27 \\ \hline 43 \end{array} \checkmark$$

$$\begin{array}{r} 12 \\ 45 \\ + 32 \\ \hline 94 \end{array} \times$$

$$\begin{array}{r} 8 \\ - 5 \\ \hline 3 \end{array} \checkmark$$

$$\begin{array}{r} 17 \\ - 4 \\ \hline 5 \end{array} \times$$

$$\begin{array}{r} 16 \\ - 8 \\ \hline 8 \end{array} \checkmark$$

$$2 \times 3 = 6 \checkmark$$

$$3 \times 6 = 18 \checkmark$$

$$\begin{array}{r} 12 \\ + 3 \\ \hline 15 \end{array} \times$$

$$6 \overline{)12} \checkmark$$

$$16 \overline{)4} \checkmark$$

ANEXO VII: Copia de figuras xeométricas.



ANEXO VIII: Escala de severidade e perfil de características da fala. Test de Boston.

Test de Boston: Procedimiento de aplicación **47**

Avaliación inicial 11/02/13

Avaliación final 22/05/13

Nombre del paciente: E.D. (Resultado dúas avaliacións)

Fecha de evaluación:

Evaluación efectuada por: _____

ESCALA DE SEVERIDAD

0. Ausencia de habla o comprensión auditiva.
- ① La comunicación se efectúa totalmente a partir de expresiones incompletas; necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es limitado y el peso de la conversación recae sobre el oyente.
2. El paciente puede, con la ayuda del examinador, mantener una conversación sobre temas familiares. Hay fracaso frecuente al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación con el examinador.
3. El paciente puede referirse a prácticamente todos los problemas de la vida diaria con muy pequeña ayuda o sin ella. Sin embargo, la reducción del habla y/o la comprensión hacen sumamente difícil o imposible la conversación sobre cierto tipo de temas.
4. Hay alguna pérdida obvia de fluidez en el habla o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o su forma de expresión.
5. Mínimos deterioros observables en el habla; el paciente puede presentar dificultades subjetivas no evidentes para el oyente.

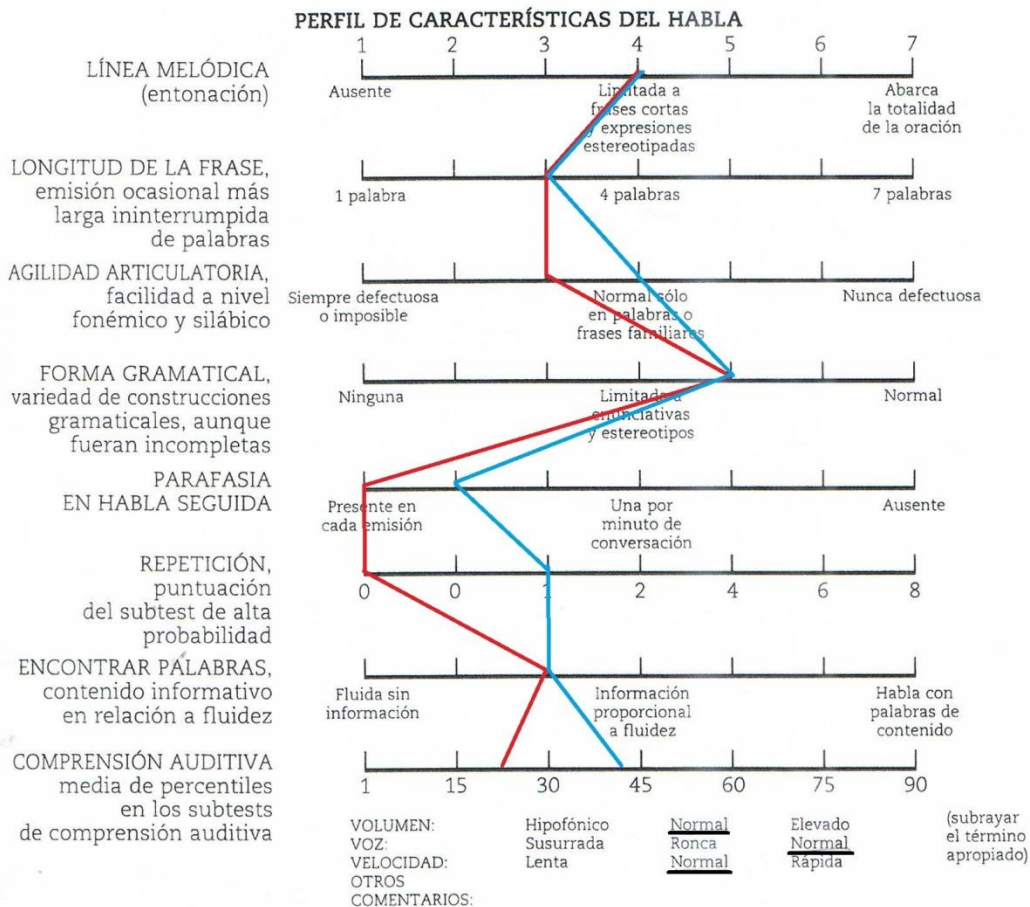


Fig. 3. Escala de severidad y perfil de características del habla.

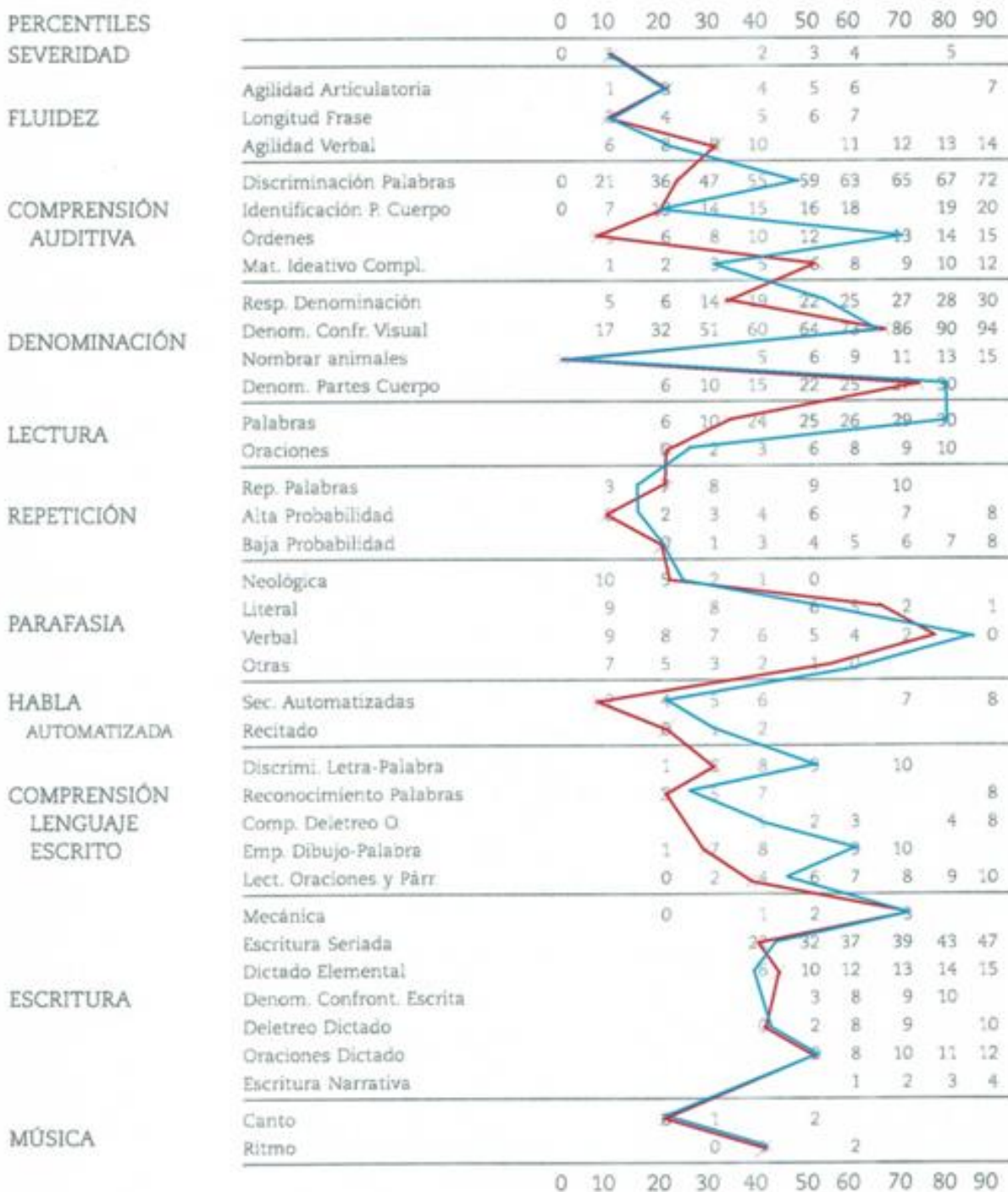
ANEXO IX: Perfil resumido dos subtest. Test de Boston.

178 Test de Boston: Adaptación española

PERFIL RESUMIDO DE LOS SUBTESTS

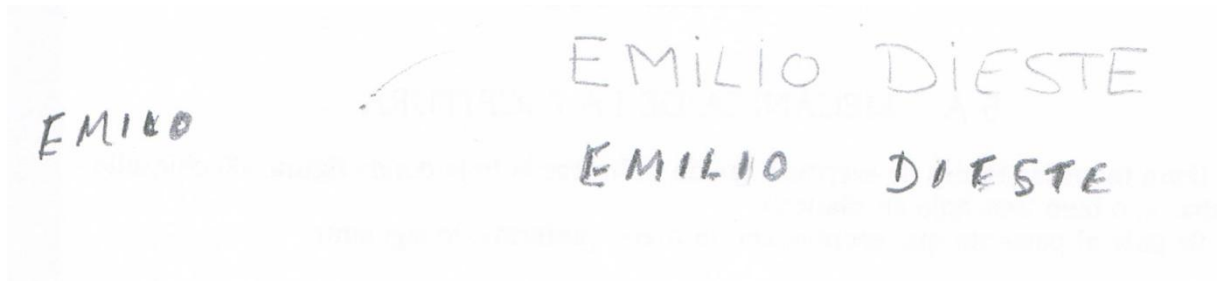
Nombre: E.D. (resultados días evaluaciones)

Fecha del examen: Evaluación inicial 11/02/13
Evaluación final 22/05/13

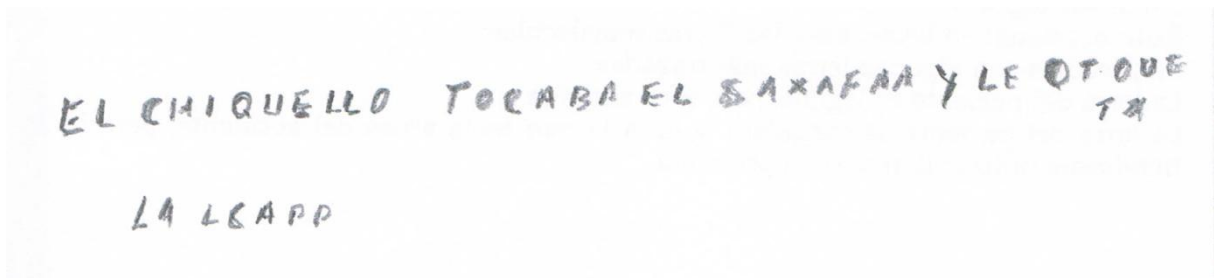


ANEXO X: Proba de escritura. Test de Boston.

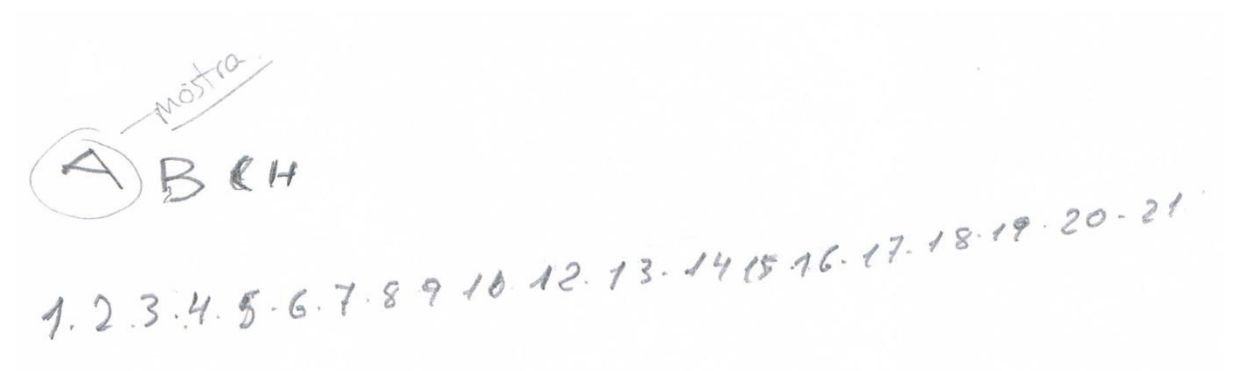
- Nome (á esquerda espontáneo, á dereita copia)



- Copia



- Escritura seriada



- Ditado elemental

GHLWC

7-15 242-193-184-1996

R

LO

EC

RIL

CASA

ANEXO XI: Rexistro de sesión.

NOMBRE: Emilio 1h EDAD: 11/03/13

OBJETIVO:

1. Mellora linguaxe automática
2. Melloralo percepción lingual, o tou e a mobilidade muscular
3. Melloralo repetición de sílabas bilabiais /m, p, b/.
4. Melloralo laxitude de frase.
5. Melloralo copia.

TAREA:

1. Preguntas, secuencias: números, días semana, meses, sumas simples.
2. Imitar proxias bucalínguo-farínxeas diante do espello.
3. Rep. sílabas no espello.
4. Descrición de emocións.
5. Copia do seu nome ó final de sesión.

ESTRATEGIAS:

- Repetición lenta con articulación exagerada
- Imitación, feedback visual
- Esbozo /doble aberto oral.

OBSERVACIÓN:

Está moi animado e colaborador pero ten un rendemento intelectual ó normal. A sesión en xeral resultoulle difícil e pesada.

Torpe en articulación das secuencias, perseveración "primeros" ó inicio das números e os meses do ano. "6, 7 e 6".
Proxias ben. Moita dificultade para repetir as sílabas, confunde m e p.

Descrición emocións ben, 3 pd. bastantes pasos sinalando e que intento dicir. SÓ consegue escribir "EMLO"

ANEXO XII: Rexistro de sesión.

NOMBRE: <u>Emilio</u>	EDAD: <u>10/04/13</u>
-----------------------	-----------------------

OBJETIVO:

1. Mellorado lingüaxe automática.
2. Mellorado propiocepción lingüal, ton e mobilidade masc.
3. Mellorado repetición.
4. Mellorado comprensión auditiva de ordes.
5. Mellorado resposta de denominación.

TAREA:

1. Semellas automáticas: nº, días semana, meses, sumas simpl.
2. Imitar praxias no espello.
3. Imitar onomatopeas, soamente vogais, no espello.
4. Ordes sinxelas.
5. Preguntas para mellorado evolución léxico.

ESTRATEGIAS:

- Repetición lenta das palabras esaxerando a articulación.
- feedback visual
- estero oral.
- apoio xestual.

OBSERVACIÓN:

Mai animado e contento. Completa a serie numérica con perseveracións no 6 e 7. Consegue decir os meses aínda que con abundantes parafasias literais. Perseveración "primero" ó inicio da serie días de semana nas mesmas conclusións. En repetición mellora aínda que en ocasións confunde m, p, b. As ordes son realizadas correctamente. Os ensos son estes en detalles como "--- con dous dedos golpee---" que o fai coe man esquerda. Na resposta de denominación se contesta "ben". En ocasións con parafasias literais outras non lle son e fai o xesto.