

Góngora Eden, Valentina
Tesis de Licenciatura 2022

Universidad FASTA
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Fonoaudiología



Características del lenguaje expresivo y habla en un paciente con afasia global.

Tutora
Lic. Moscardi, Graciela

Co-tutora
Lic. Landa, Lucía

Asesoramiento
metodológico
Dra. Mg. Minnard Vivian
Lic. Gonzalez Mariana

Frase

“Es la superación de las dificultades lo que hace a los héroes”

-Louis Kossuth-

Agradecimientos

A mi familia, pilares fundamentales en mis estudios y en mi vida; gracias por su compañía y apoyo incondicional. Especialmente agradezco a mi mamá, mi ejemplo a seguir y a mis hermanos, quienes me acompañaron desde el primer momento.

A mis facuamigas, las personas con las que compartí esta hermosa carrera, por brindarme ayuda y contención, sin duda este camino fue mucho más lindo con ustedes.

A mis amigas de siempre, por su incondicionalidad, a pesar de la distancia siempre estuvieron acompañándome.

A la Lic. Lucía Landa por su paciencia, tiempo y dedicación; por convertirme en una mejor profesional y por el amor que contagia a la hora de ejercer la carrera que elegimos.

A la Lic. Graciela Moscardi por su guía y contribución.

A Vivian Minnaard y Mariana Gonzalez, por su asesoramiento, profesionalismo y exigencia.

Al paciente abordado y su familia, gracias por permitirme ser parte.

Resumen

La afasia es una alteración en la capacidad para utilizar el lenguaje, un déficit en la comunicación verbal resultante del daño cerebral, caracterizada por errores en la producción, fallas en la comprensión y dificultades para hallar palabras.

Objetivo general: Analizar las características del lenguaje expresivo y el habla en un paciente con afasia global que asiste a tratamiento fonoaudiológico durante 8 sesiones en la ciudad de Benito Juárez durante el año 2021.

Materiales y método: Investigación descriptiva, observacional. Es un estudio de caso de un adulto con afasia global que asiste a tratamiento fonoaudiológico en consultorio privado.

Resultado: En cuanto a la denominación espontánea cabe destacar que se ve beneficiado al trabajar con material concreto y otorgándole claves fonéticas para facilitar la evocación de la palabra; así como también, se observó un buen desempeño al trabajar lenguaje repetitivo de palabras conocidas. A su vez, incrementaron sus expresiones espontáneas cotidianas a lo largo de las sesiones. Es evidente la dificultad en la coordinación de movimientos faciales para la producción del habla, además, hay presencia de síntomas de afasia, como también, errores fonológicos.

Conclusiones: Luego de 8 sesiones se ha observado y registrado una evolución favorable en el paciente en relación a lo que se podría esperar en el tiempo de asistencia al consultorio. El paciente logró resultados positivos en relación al lenguaje expresivo.

Palabras claves: Afasia global – lenguaje – habla – fonoaudiología.

Abstract

Aphasia is an alteration in the ability to use language, a deficit in verbal communication resulting from brain damage, characterized by errors in production, failure to understand and difficulties in finding words.

General objective: to analyze the characteristics of expressive language and speech in a patient with global aphasia who attends speech therapy during 8 sessions in the city of Benito Juarez during the year 2021.

Materials and method: descriptive, observational research. It is a case study of an adult with global aphasia who attends speech therapy in a private office.

Result: as regards the spontaneous denomination, it should be noted that he is benefited by working with concrete material and giving it phonetic clues to facilitate the evocation of the word; as well as a good performance when working repetitive language of known words was observed. In turn, they increased their daily spontaneous expressions throughout the sessions. The difficulty in coordinating facial movements for the production of speech is evident. In addition, there are symptoms of aphasia, as well as phonological errors.

Conclusions: after 8 sessions, a favorable evolution has been observed and registered in the patient in relation to what could be expected in the time of attending the office. The patient achieved positive results in relation to expressive language.

Key words: global aphasia – language – talk – speech therapy.

Índice

Introducción	6
Capítulo 1.....	8
Capítulo 2.....	18
Diseño metodológico.....	28
Análisis del caso clínico.....	32
Conclusión	50
Bibliografía.....	52

Introducción

El lenguaje es un instrumento utilizado por el ser humano para comunicarse y pensar. Tal función cerebral se define como un sistema funcional que depende del trabajo integrado de todo un grupo de zonas corticales y subcorticales, cada una aporta su propia contribución al resultado final. Los componentes principales del lenguaje se encuentran en el hemisferio dominante, el izquierdo, más precisamente en la zona perisilviana. (González & Hornauer-Hughes, 2014) ¹

Como se ha puesto de manifiesto, el lenguaje humano es el resultado de un conjunto de actividades cerebrales dirigidas a la recepción, integración y elaboración de los mensajes lingüísticos; la desorganización de dichas actividades a causa de una lesión cerebral determina un nuevo funcionamiento lingüístico, dando lugar a la afasia. (Jiménez Hornero, 2011) ²

Ardilla (2005)³ define a la afasia como:

“Una alteración en la capacidad para utilizar el lenguaje, un déficit en la comunicación verbal resultante del daño cerebral...caracterizada por errores en la producción, fallas en la comprensión y dificultades para hallar palabras” (p. 35)

González & Hornauer-Hughes (2014).⁴ agregan que la afasia es un trastorno del lenguaje adquirido, comprometiendo tanto la expresión como la comprensión del lenguaje oral, escritura y/o lectura; siendo la anomia el síntoma más frecuente en dicho trastorno.

Por otro lado, la apraxia del habla⁵ es otro de los trastornos que surgen a causa de una lesión en el hemisferio izquierdo. Se trata de un trastorno del habla adquirido de origen neurológico, en el mismo se alteran principalmente dos procesos motores básicos, por un lado la articulación y, por otro, la prosodia, viéndose afectada la capacidad para planificar espacial y temporalmente los movimientos de los órganos fonoarticulatorios necesarios para producir los sonidos del habla. (Ogar et al., 2015)⁶

¹ Los autores sostienen que la dominancia para el lenguaje está relacionada a la lateralidad.

² Jiménez plantea que no todas las áreas tienen la misma función, los daños pueden ser dispares en función de la localización de la lesión.

³ Afirma que las afasias pueden presentarse antes o después de la adquisición del lenguaje.

⁴ Por anomia se hace referencia a la dificultad para evocar las palabras.

⁵ De ahora en adelante, la apraxia del habla se abreviará como ADH.

⁶ Agregan que en dicho trastorno se producen errores articulatorios inconsistentes, disprosodia y una disminución en la velocidad del habla.

Darley et al. (1978) ⁷ plantean que los pacientes con ADH pueden presentar ensayos y errores con intentos de autocorrección, disprosodia persistente, inconsistencia articulatoria sobre repetidas producciones del mismo enunciado y dificultad en el inicio de los mismos. A su vez, este trastorno puede coexistir con apraxia oral, disartría y/o afasia. Sin embargo, la ADH no puede ser explicada por estas alteraciones. (Duffy, 2013).⁸

En base a lo anterior, surge el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las características del lenguaje expresivo y el habla en un paciente con afasia mixta que asiste a tratamiento fonoaudiológico durante 8 sesiones en la ciudad de Benito Juárez durante el año 2021?

El objetivo general es:

Analizar las características del lenguaje expresivo y el habla en un paciente con afasia global que asiste a tratamiento fonoaudiológico durante 8 sesiones en la ciudad de Benito Juárez durante el año 2021.

Los objetivos específicos son:

- Evaluar la capacidad de denominar palabras de manera espontánea.
- Indagar la capacidad de repetición de palabras aisladas.
- Caracterizar la capacidad de realizar expresiones espontáneas cotidianas automatizadas.
- Examinar la capacidad de coordinar movimientos faciales para la producción del habla.
- Sondar la presencia de síntomas de afasia en la vertiente expresiva.
- Identificar los errores fonológicos más frecuentes.

⁷ Los errores prosódicos y articulatorios son los elementos distintivos de la ADH.

⁸ Por apraxia oral se hace referencia a la dificultad para realizar movimientos orales; el término disartría hace referencia a la alteración del habla por dificultad para movilizar los órganos fonoarticulatorios.

The background features several overlapping, semi-transparent shapes in various shades of red and orange. A large, dark red shape is on the left, overlapping a lighter red shape that extends across the top and right. A bright orange shape is at the bottom left, overlapping the dark red one. A very light pinkish-red shape is at the bottom right, overlapping the lighter red one. The overall effect is a layered, organic composition.

Capítulo I

Capítulo I

El lenguaje es una función compleja, compuesto por niveles fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático. Los elementos centrales son la fonología y la morfosintaxis, tanto en su componente expresivo como comprensivo, lateralizados en el hemisferio izquierdo y requieren la participación de los lóbulos temporales, frontales y parietales (Longo & Paganelli, 2015).⁹

Las áreas auditivas de asociación del lóbulo temporal, más precisamente el área de Wernicke¹⁰, cumple un papel imprescindible para la comprensión del lenguaje; a su vez participa en el procesamiento de la selección del léxico. Mientras que las áreas de asociación del lóbulo frontal, exactamente el área de Broca, es esencial para la producción del lenguaje. Las funciones correspondientes a dicha área están relacionadas con la formulación verbal, correspondientes a la expresión y comprensión de estructuras sintácticas. Además, cumple un rol en el procesamiento de verbos y participa en la planificación y programación motora para la articulación del habla. (González & Hornauer-Hughes, 2014) ¹¹

Por otro lado, la circunvolución supramarginal, participa en funciones relacionadas con el procesamiento fonológico y en la escritura; la circunvolución angular es sumamente importante en la integración visual, auditiva y táctil, principalmente en la lectura y escritura. Además, el fascículo arqueado es fundamental para la repetición. Las estructuras subcorticales tales como el tálamo y los ganglios basales participan en el lenguaje; al tálamo se le otorga un rol en el monitoreo léxico-semántico y los ganglios basales en la formulación verbal. Por otra parte, el hemisferio derecho es el encargado de las habilidades pragmáticas, es decir, el uso del lenguaje en el contexto, favorece la expresión y comprensión del discurso, interpreta el lenguaje no literal en un contexto determinado, aprecia la ironía, el humor y el sarcasmo. (Gonzalez & Toledo, 2007)¹²

La desorganización de actividades cerebrales relacionadas a la recepción, integración y elaboración de mensajes lingüísticos es provocada por una lesión

⁹ Agregan que el hemisferio izquierdo es el dominante para el lenguaje en la mayoría de las personas.

¹⁰ Se localiza en el lóbulo temporal izquierdo en la primera circunvolución temporal posterior, específicamente en las AB 22 y 42.

¹¹ Se localiza en el lóbulo frontal izquierdo, al pie de la tercera circunvolución. Según el mapa de Brodmann corresponde a las áreas 44, pars opercularis, y 45, pars triangularis.

¹² Dichos autores son quienes describen las diferentes zonas cerebrales que participan en el sistema funcional del lenguaje.

cerebral, causando una pérdida en la función del lenguaje, denominada afasia. (Jiménez Hornero, 2011)¹³

Soprano (2011)¹⁴ define la afasia como la pérdida total o parcial del lenguaje como consecuencia de lesiones en determinadas áreas cerebrales; el término se emplea cuando la lesión sucede luego de la adquisición del lenguaje. Jiménez Hornero (2011)¹⁵ añade que en la afasia aparecen alteraciones específicas en alguno o todos los niveles del lenguaje nombrados anteriormente, fonológico, morfológico, sintáctico, semántico y pragmático, lo cual origina una dificultad para la expresión y/o comprensión del lenguaje oral y escrito.

Ardilla (2005)¹⁶ expone que el funcionamiento normal del cerebro puede verse afectado por diversas patologías neurológicas; las principales son los accidentes cerebro-vasculares (ACV)¹⁷, los traumatismos craneoencefálicos (TEC)¹⁸, los tumores cerebrales, las infecciones del sistema nervioso, enfermedades nutricionales y metabólicas y, por último, enfermedades degenerativas.

Dicho autor, explica que por ACV se hace referencia a la alteración en el funcionamiento cerebral originado en alguna condición patológica de los vasos sanguíneos. Puede observarse en las paredes de los vasos sanguíneos, por acumulación de material, o bien por permeabilidad o ruptura de las mismas. También, puede ocluirse el flujo sanguíneo por la presencia de un trombo o émbolo, o por incremento en la viscosidad de la sangre. Dentro de los ACV se distinguen dos grandes grupos, por un lado los isquémicos y por otro hemorrágicos.¹⁹

Los TEC pueden afectar al cerebro de varias maneras, los defectos en el lenguaje están directamente relacionados con la gravedad y extensión de las lesiones traumáticas; si el efecto focal del traumatismo afecta las áreas del lenguaje, es probable esperar una sintomatología afásica.²⁰ Por tumor, se hace referencia al crecimiento anormal de células las cuales se organizan en forma atípica dentro del organismo; los tumores situados en áreas del lenguaje se manifiestan generalmente

¹³ En las afasias aparecen alteraciones específicas en algunos o todos los niveles funcionales del lenguaje.

¹⁴ Esto ocurre después de los dos años.

¹⁵ Define la afasia como una pérdida en la función del lenguaje causada por una lesión orgánica del cerebro.

¹⁶ Se tomó este autor para describir cada una de las patologías que afectan el sistema nervioso, señalando sus características principales.

¹⁷ Los accidentes cerebro-vasculares se abreviarán como ACV.

¹⁸ Los traumatismos craneoencefálicos se abreviarán TEC.

¹⁹ Los problemas vasculares constituyen una de las causas más frecuentes de las afecciones neurológicas.

²⁰ El signo afásico más frecuente en los TEC es la anomia.

con una sintomatología de afasia. Sin embargo, mientras más lento sea su crecimiento, menor será la sintomatología.²¹

La infección se produce cuando el cuerpo es invadido por un microorganismo patógeno productor de una enfermedad; las anomias representan el signo afásico más importante en caso de infecciones cerebrales.²² Las enfermedades degenerativas implican una pérdida progresiva de las células nerviosas, lo cual, indiscutiblemente resulta en signos y síntomas neurológicos.²³

En cuanto a las alteraciones que se pueden presentar en la afasia, Garayzabal (2004)²⁴ menciona que el lenguaje puede ser afectado en sus vertientes receptoras, expresivas o ambas. Sin embargo, Puyuelo & Rondal (2005)²⁵ sostienen que dichas alteraciones del lenguaje dependerán del grado de adquisición al momento de la lesión.

Además, la variabilidad de la lesión guarda relación con la cronología de la misma, el focus afectado, el estado de los sustratos que pueden asumir la función y el tipo de función que se afecta. Los mecanismos responsables de facilitar la neuroplasticidad son diferentes en cada momento. (Hernandez & Mattos, 2004)²⁶.

En el aspecto receptivo las dificultades que se pueden presentar son, problemas para responder ante órdenes simples, restricción en la comprensión de estructuras verbales complejas, así como alteraciones en el orden la información. De lo contrario, las dificultades que se presentan en la expresión se evidencian en latencias para la búsqueda de rótulos verbales, imposibilidad de acceder a las palabras, anomias; uso de rodeos para acceder a las mismas, circunloquios; demora en los procesos de selección y secuenciación de los sonidos que conforman las palabras. (Longo & Paganelli, 2015).²⁷

Jiménez Hornero (2011)²⁸ expone una clasificación de las afasias atendiendo a la localización de la lesión, aun así, destaca que rara vez se encuentran cuadros

²¹ De todas formas, la presentación clínica de un tumor es variable y depende de la localización del mismo.

²² Generalmente se acompaña de defectos atencionales, fallas en la memoria, desorientación temporo-espacial.

²³ La demencia es una de las enfermedades degenerativas que afectan las funciones cognitivas.

²⁴ Esta afectación del lenguaje puede verse afectada en algún grado, de leve a grave.

²⁵ La capacidad del cerebro de adaptarse a los cambios es crucial y tiene importantes implicaciones.

²⁶ Los cambios a nivel neurológico que acontecen durante la reorganización por plasticidad facilitarían la recuperación de funciones afectadas.

²⁷ De todas formas, estas son solo algunas de las dificultades que se pueden encontrar en los distintos aspectos del lenguaje.

²⁸ Destaca la importancia de la evaluación, siendo esta el punto de partida para una próxima rehabilitación.

típicos, ya que no siempre la lesión se encuentra circunscripta y casi nunca es masiva. A pesar de eso, la clasificación de las mismas ayuda al diagnóstico y futuro tratamiento.

Helm-Estabrooks & Albert (2005)²⁹ sostienen que un conjunto de redes neuronales actuando conjuntamente funciona como base de una capacidad lingüística específica; la lesión de un punto concreto dentro de dicha red puede provocar un disfunción provocando la pérdida en dicha capacidad.

Tabla 1: Relación entre la localización de la lesión y la forma resultante de la afasia:

Forma de la afasia	Localización de la lesión
Broca	Frontal lateral, suprasilviana, prerrolandica, extendiéndose hacia la sustancia blanca periventricular subcortical adyacente.
Wernicke Conducción	Tercio posterior de la circunvolución temporal superior. Circunvolución supramarginal y fascículos de sustancia blanca subyacentes, area de Wernicke, área auditiva e ínsula izquierda.
Anomica	Circunvolución angular, segunda circunvolución temporal (media).
Motora transcortical	Frontal anterior paramedial, anterosuperior al área de Broca.
Sensorial transcortical Global	Parietotemporal posterior, excluyendo el área de Wernicke. Perisilviana extensa, extendiéndose profundamente en la sustancia blanca subyacente.
Subcortical	Tálamo – Cabeza de núcleo caudado, putamen y/o cápsula interna.

Fuente: Adaptada de Helm-Estabrooks & Albert (2005)³⁰

Para clasificar clínicamente un síndrome afásico, Berthier et al. (2001)³¹ plantean que se toman en consideración tres dominios del lenguaje, fluencia, comprensión auditiva y repetición; la capacidad de denominar objetos por confrontación visual debe ser explorada en el paciente afásico pero este es un déficit constante en la mayoría de los pacientes, por lo que no tiene un valor discriminatorio a

²⁹ Una región específica del cerebro representa un elemento crucial en una red neuronal.

³⁰ Los autores afirman que una lesión en una estructura cerebral puede producir diferentes síndromes en pacientes distintos.

³¹ Las afasias, en general, se han clasificado de forma dicotómica tomando en consideración los tres dominios lingüísticos clásicos, sin embargo, algunos autores toman otros aspectos en consideración.

la hora de la clasificación. La correlación entre una constelación de signos y síntomas con una distribución neuroanatomía relativamente constante de las lesiones es lo que ha permitido delimitar los distintos síndromes afásicos.

Noblejas & Varilla (2010)³² plantean que la sintomatología de la afasia no depende únicamente de la localización de la lesión en determinada región cerebral; sino también de las reacciones compensatorias del tejido cerebral intacto. Sin embargo, según estos autores, se distinguen lesiones cerebrales típicas ligadas a determinadas disfunciones.

La afasia de Broca, denominada también como afasia motora, muestra un predominio de los trastornos relacionados con la expresión, sobre los de comprensión. La semiología es de tipo no fluente, con una reducción en la expresión, esfuerzos y defectos articulatorios, sumada a una reducción del vocabulario y de la expresión de frases. También se producen agramatismos y parafasias; aun así la sintomatología depende del grado de la afasia. Su elocución es lenta y laboriosa, frecuentemente silábica, siendo la comprensión verbal casi normal. En cuanto a la repetición, se encuentra gravemente afectada, al igual que la denominación. La persona es capaz de leer palabras con contenido, pero omite las palabras gramaticales, y la escritura se encuentra afectada por problemas de tipo motor. En este tipo de afasia es muy frecuente encontrar hemiplejía o hemiparesia derecha. (Noblejas & Varilla, 2010)³³

Portellano (2006)³⁴ agrega que la afasia de Broca también puede ser conocida como afasia de expresión, verbal, eferente o anterior. Además, señala la dificultad para articular sonidos del lenguaje seguido de una posible desintegración fonética. La producción del canto se encuentra preservada y el paciente tiene conciencia de su problema por lo que a menudo, tiene reacciones adversas.

Dicho autor, explica la afasia de Wernicke, la misma presenta una modalidad más fluida en comparación a la afasia de Broca; recibe otras denominaciones como afasia sensorial, acústica receptiva o central. La comprensión del lenguaje se encuentra gravemente afectada; el lenguaje es fluido, incluso, en ocasiones, hiperfluido o logorreico, con parafasias y paragramatismo. Presenta frecuentes errores de denominación y alteración en la repetición de las palabras. Se destaca que el paciente presenta anosognosia, es decir, no posee conciencia de sus propias dificultades, a su vez, la estructura fonética del lenguaje está preservada y no se acompaña de

³² Sostienen que cada afasia es distinta y sobre todo, que cada persona tiene sus características propias.

³³ El autor destaca que en la forma más típica de la afasia de Broca, en una primera fase, se da un mutismo o simples vocalizaciones.

³⁴ Plantea que para que se produzca una afasia de Broca además de lesionarse el área de Broca, también tienen que presentarse lesiones en otras zonas del lóbulo frontal.

hemiplejía.³⁵ En el lenguaje automático, se observa una dificultad para realizar tareas como decir los números del 1 al 10 o relatar los días de la semana. Algunas veces, pueden hacerlo sólo con la ayuda del examinador, por ejemplo, se da el primer número para que el paciente pueda continuar con la serie, incluso así, no siempre se logra. (González & Hornauer-Hughes, 2014)³⁶

Además, explican la afasia de conducción como una afasia fluente, en la que abundan las parafasias, acompañadas de conductas de aproximación y autocorrección; generalmente no se presenta dificultad articulatoria. En el lenguaje automático, por lo general, no se encuentran dificultades. Las fallas en la repetición son lo más característico en este tipo de afasia, se observa una alteración tanto en la repetición de palabras como en las oraciones. Existe una dificultad moderada en la denominación, en caso de lograr acceder al léxico se producen fallas en el ensamble fonológico; aun así, las mayores dificultades se observan en palabras de baja frecuencia.³⁷

A su vez, se presenta una dificultad para la lectura en voz alta, aunque buena comprensión de texto escrito. Se destaca una buena comprensión audiolingüística y, en este tipo de afasia, no existe anosognosia por lo que el sujeto tiene conciencia preservada de su trastorno. (Noblejas & Varilla, 2010)³⁸

En relación a la afasia anómica, se puede inferir que su característica principal es la dificultad para recuperar las palabras, anomias, las cuales se presentan en el contexto de un habla fluente y gramaticalmente bien estructurada. A causa de esto, en la conversación frecuentemente se observan circunloquios para reemplazar las palabras que no se pueden evocar. Se diferencia de las otras afasias por la ausencia de parafasias. En los casos más severos, también se presentan dificultades en la denominación; pero en rasgos generales, esta afasia es leve y los pacientes presentan buenos rendimientos. La comprensión tanto auditiva como lectora se encuentra relativamente preservadas. (González & Toledo, 2007)³⁹

³⁵ El autor sostiene que en el habla del paciente se produce una ensalada de palabras en la cual existe confusión de las características fonéticas.

³⁶ Dicho autor sostiene que la afasia de Wernicke puede presentarse con ciertos trastornos asociados como un defecto en el campo visual.

³⁷ El autor agrega que la lectura y/o escritura puede estar afectada de manera moderada a severa.

³⁸ Se destaca que la afasia de conducción también puede denominarse como afasia motora, aferente o central.

³⁹ Se destacan las dificultades presentes en la escritura.

Vendrell (2001)⁴⁰ explica que las afasias transcorticales pueden ser sensorias, motoras o mixtas. Las personas afectadas por una afasia transcortical sensorial presentan un trastorno importante de la comprensión con una expresión verbal conservada; pueden evolucionar hacia una mejoría, aunque suele persistir la anomia y la tendencia a los circunloquios. De lo contrario, en la afasia transcortical motora existe un severo defecto para formular el discurso; se encuentra preservada la denominación, el lenguaje automático, la repetición y la comprensión. En la etapa inicial puede existir mutismo. (Danoso & Victoriano, 2012)⁴¹

La afasia transcortical mixta hace referencia a un trastorno grave del lenguaje, presenta una alteración tanto en la comprensión como en la expresión verbal, se destaca, una buena repetición. La misma, representa una combinación entre la afasia transcortical motora y la transcortical sensoria. Las lesiones causales suelen ser múltiples y afectar zonas corticales y subcorticales. Habitualmente, su pronóstico suele ser malo con poca recuperación del lenguaje. (Vendrell, 2001)⁴²

González & Toledo (2007)⁴³, describen el término de afasia global que se utiliza cuando están gravemente afectadas tanto las funciones expresivas como receptoras del lenguaje. Al principio del cuadro suele aparecer una ausencia total de las emisiones lingüísticas, luego de un tiempo, pueden aparecer algunos elementos automatizados y producciones estereotipadas. Las personas que padecen este tipo de afasia suelen tener un estado emocional que roza la depresión como reacción a su dificultad comunicativa y su incapacidad motora.

Tabla 2: Características de afasia global.

Características del lenguaje	
Lenguaje conversacional	No fluente
Comprensión del lenguaje	Alterada
Repetición	Alterada
Denominación	Alterada
Lectura en voz alta	Alterada
Lectura comprensiva	Alterada
Escritura	Alterada
Signos neurológicos asociados	

⁴⁰ Resulta importante destacar que la característica principal de las afasias transcorticales es una repetición conservada.

⁴¹ Este tipo de afasia se debe a lesiones frontales que respetan el área de Broca.

⁴² Se ha denominado a este síndrome como aislamiento del área del lenguaje.

⁴³ La comprensión auditiva se representa con percentiles, la afasia global se encuentra bajo el percentil 25.

Sistema motor	Hemiparesia severa
Disartria	Severa
Pérdida de sensibilidad	Presente
Campo visual	Normal
Agnosia	Ausente

Fuente: Adaptado de González y Toledo (2007)⁴⁴

La afasia se presenta de forma súbita y afecta a la persona en todos sus aspectos, social, laboral y emocional. Una afasia implica una serie de cambios en la forma de vida de la persona y de todo su entorno. La pérdida en la habilidad para comunicarse no solamente impresiona al paciente que la sufre sino también a las personas que lo rodean; es natural que esto afecte de manera significativa su autoestima, apareciendo sentimientos de desesperanza y depresión. Esta diversidad de trastornos asociados requiere un abordaje multidisciplinar, formado por especialistas en neurología, neuropsicología, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, entre otros. (Campos & Gimeno, 2011)⁴⁵

Vera (2020)⁴⁶, explica que la afasia nunca debe considerarse como un trastorno que afecta únicamente el lenguaje, haciendo referencia a la alteración en otros niveles, que se producen como consecuencia a la presencia de la afasia. De hecho, dos de las principales variables consideradas afectadas en las personas que padecen afasia son la depresión y el aislamiento social.

Después del daño cerebral se distinguen dos estadios diferentes en la recuperación; por un lado la recuperación temprana, la misma inicia inmediatamente después de la patología, suceden una serie de procesos neurofisiológicos que podrían explicar la rápida recuperación inicial, como la disminución del edema y la desaparición de posibles hemorragias. Por otro lado, la recuperación tardía, puede tomar meses y aun años; existen dos factores responsables, el reaprendizaje del lenguaje y la reorganización del lenguaje en el cerebro, es decir, la reorganización de las funciones perdidas, participación de otras áreas cerebrales donde las funciones no alteradas pueden compensar los defectos existentes; el hemisferio derecho puede desempeñar un papel que previamente no poseía en el lenguaje. (Ardilla, 2005)⁴⁷

⁴⁴ En general, los pacientes con afasia global presentan lesiones cerebrales extensas.

⁴⁵ La reacción emocional al trastorno afásico se correlaciona con el tipo particular de afasia.

⁴⁶ La depresión suele aparecer como un estado emocional frecuente en los pacientes debido a las dificultades en la comunicación.

⁴⁷ Aun así, se destaca que todos los pacientes con lesiones cerebrales presentan algún nivel de recuperación espontánea.

Cortes et al. (2013)⁴⁸ agregan una etapa previa a las nombradas anteriormente, denominada recuperación espontánea, la misma hace referencia a la recuperación de funciones en pacientes que no reciben tratamiento; esta se observa en los primeros tres meses posteriores al daño cerebral. Es sumamente importante el medio social en el que vive el paciente, debido que las personas que lo rodean tratan de ayudarlo a compensar sus dificultades; el individuo está sometido a una situación de aprendizaje no dirigido. La recuperación espontánea no es solo la normalización del tejido cerebral perilesional intacto, sino también del aprendizaje no dirigido.

Campos & Gimeno (2011)⁴⁹, añaden que se deben tener en cuenta una serie de factores que influyen en la recuperación de la afasia, como la extensión y localización de la lesión, especialmente en la rehabilitación del lenguaje, la edad, la etiología, factores temporales de instalación y tiempo desde el accidente. Además, existen una serie de variables individuales que también pueden ser de gran importancia en la recuperación del lenguaje, como la personalidad, factores intelectuales, la motivación y la existencia de trastornos asociados.

Acerca de la intervención logopédica en la afasia, Martinell (2013)⁵⁰ propone una rehabilitación global que incluya aspectos médicos, neuropsicológicos y sociales; comienza con una evaluación para establecer el diagnóstico y determinar los componentes del lenguaje afectados y cuáles se encuentran resguardados. Se destaca que la recuperación requiere mucho esfuerzo y suele ser parcial, aunque depende de cada persona en particular. La participación de la familia cumple un rol fundamental, incrementando notablemente los resultados de la rehabilitación; es importante darle pautas a la misma para proporcionar una estimulación del lenguaje y colaborar en el trabajo diario necesario para su recuperación.

Aun así, Pascual (2020)⁵¹, afirma que la afasia implica una discapacidad permanente, no existen tratamientos capaces de rehabilitar completamente los diferentes componentes del lenguaje afectados. Desde la logopedia, la intervención tiene como objetivo mejorar las habilidades lingüísticas y comunicativas de la persona, mejorando así su calidad de vida y la de su entorno familiar. Además, se hace hincapié en mejorar la expresión verbal afectada por sus problemas de agramatismos,

⁴⁸ Las secuelas que se observan luego de la etapa de recuperación espontánea requieren de una atención especializada de aprendizaje dirigido a través de programas específicos de rehabilitación.

⁴⁹ Señalan que las afasias pueden presentar trastornos asociados como alteraciones motoras, defectos sensoriales, práxicos, gnósicos y de cálculo.

⁵⁰ La evaluación del lenguaje pretende establecer un plan de rehabilitación personalizado, el cual debe revisarse en la medida en que se presenten cambios evolutivos.

⁵¹ El funcionamiento de las personas con afasia está íntimamente relacionado con la salud mental de los cuidadores y familiares; el tratamiento de la afasia no debe dejar de lado a estos últimos.

programación y ejecución motora; la comprensión auditiva a nivel fonológico, lexicosemántico, morfosintáctico y discursivo; y la anomia como síntoma nuclear de la afasia. Como se nombra anteriormente, cada persona presenta un cuadro afásico diferente por lo que, para cada déficit, existen diferentes estrategias de intervención.

Chavarría (2020)⁵², expone que la intervención no se basa únicamente en la atención de la persona con un daño neuropsicológico, sino que también es importante trabajar con el entorno del paciente para lograr redes de apoyo más sólidas que mejoren su calidad de vida. Los cambios cognitivos, conductuales y de personalidad que acompañan a la lesión cerebral adquirida a menudo tienen un impacto negativo en los miembros de la familia, provocando altos niveles de ansiedad, depresión y estrés. Un aspecto que puede considerarse importante en dicha intervención es la psicoeducación; se basa en brindar información útil que ayudará a la familia para situarse mejor ante el padecimiento, disminuirá la incertidumbre y limitará la angustia.

⁵² Se considera importante brindarle a la familia información sobre el trastorno que padece el paciente, posibilidades de tratamiento, evolución y pronóstico probable del tratamiento, técnicas de comunicación y técnicas emocionales de afrontamiento.

The background features several overlapping, semi-transparent shapes in various shades of red and orange. A large, light red shape covers the top right and middle right. A darker red shape overlaps it from the left. A bright orange shape overlaps the light red one from the bottom left. A very light pinkish-red shape overlaps the bottom right corner. The overall effect is a layered, organic composition.

Capítulo II

Capítulo II

El habla es la concreción del sistema lingüístico, es la que permite reconocer la manera como los individuos, que pertenecen a un mismo compuesto social y cultural, hacen adecuaciones, transformaciones o se permiten diferentes usos que los hacen singulares en su condición de hablantes. Está íntimamente relacionada con factores sociales, económicos, regionales, situacionales, contextuales, comunicativos e intencionales, los cuales inciden en las prácticas que realizan las personas en su cotidianidad. Es esta la que permite diferenciar subgrupos humanos en los distintos espacios de una misma cultura; es a través del habla que los individuos comparten intereses, motivaciones y un principio de identidad, todo ello a partir del planteamiento de necesidades, prototipos y esquemas de habla y de conducta en cada grupo, sin importar su nivel cultural. Adicionalmente, permite la configuración de grupos humanos específicos por prácticas diferenciadoras, bien sea a nivel fonético según sus rasgos de pronunciación o articulación de las palabras; en el plano léxico según el tipo de palabras y significado o sentido que adquieren, o en el orden pragmático según el uso de las palabras con fines comunicativos (Daza, 2005) ⁵³.

El hablante selecciona ciertos rasgos de acuerdo a las reglas de un sistema fonético y al integrarlos consigue producir un fonema determinado de su sistema lingüístico; la selección y emisión secuencial de ciertos fonemas, de acuerdo a las leyes de un sistema fonológico permite la producción de monemas, que, a su vez, cuando son seleccionados e integrados según las leyes morfológico-sintácticas, permite la organización de frases o sintagmas (Gorospe et al., 1997) ⁵⁴.

Dicho autor, señala la importancia de diferenciar los trastornos del lenguaje y del habla. Las alteraciones del lenguaje son aquellas que afectan a la capacidad para manejar los símbolos lingüísticos en la comunicación verbal; están relacionadas con las limitaciones en la competencia lingüística, además, en éstas, la persona puede presentar modificaciones en varios de los siguientes niveles: pragmático, semántico, morfosintáctico, fonológico y fonético. En los trastornos del habla se ven afectados únicamente los niveles fonológico y/o fonético; en estos casos la alteración asienta en los mecanismos perceptivo-motores del habla y no se encuentra comprometida de forma relevante la competencia lingüística.

⁵³ Se observa un uso de la lengua propio de la visión del mundo que tienen los diversos sectores de la sociedad, sus posibilidades de acceder a las prácticas laborales y existenciales de otros sectores.

⁵⁴ Las unidades se seleccionan según un criterio de oposición, ateniéndose a la similitud que las relaciona en el seno de un sistema donde se hallan almacenados.

Dentro de los trastornos del habla se pueden encontrar, principalmente, las disartrias y la apraxia del habla. El término disartria se utiliza para describir la articulación anormal de sonidos o fonemas por la activación anormal de los músculos faríngeos oromandibulares que afectan la velocidad, potencia, sincronización y precisión del habla; es de origen neurógeno, debiéndose a alteraciones del sistema nervioso central, nervios, unión neuromuscular y músculo. Pueden afectar la fonación, respiración y prosodia. Se utiliza el término disartria haciendo referencia a la distorsión en la articulación, el término anartria se emplea para referir la pérdida total de la articulación. Los trastornos del habla son frecuentes y conllevan un grado similar de limitaciones a las que se observan en las afasias; en general, son secundarios a lesiones que afectan una red neuronal encargada de la programación del habla que está compuesta por múltiples estructuras que incluyen la corteza motora primaria, ínsula anterior, ganglios basales, sustancia blanca periventricular y cerebelo. (Berthier et al., 2011)⁵⁵

Según Gonzalez & Bevilacqua (2012)⁵⁶, la fisiopatología de las disartrias puede deberse a anomalías en el sistema nervioso central o periférico que se manifiestan por debilidad, espasticidad, incoordinación, movimientos involuntarios, reducido o variable tono muscular. Esta alteración puede clasificarse según distintos criterios; según la edad de inicio las disartrias pueden ser congénitas o adquiridas; de acuerdo a la etiología el origen del problema puede ser variable; de acuerdo a su curso natural puede seguir varios patrones evolutivos; según su severidad, la misma puede presentar diferentes grados, desde una alteración leve a una muy severa; según el nivel de la lesión en el sistema nervioso central o periférico; y, por último, según sus características perceptuales, únicas en cada tipo de disartria.

Dicho autor sostiene que los procesos motores básicos implicados en el habla son la respiración, la fonación, la resonancia, la articulación y la prosodia. En una disartria todos o algunos de los procesos pueden estar afectados en grado variable. A su vez, los componentes funcionales del habla son la naturalidad, inteligibilidad, velocidad y comprensibilidad.

Por otro lado, Muguerza & Xeomara (2017)⁵⁷ agregan que la fisiopatología de la disartria está relacionada a distintos fenómenos, como es la localización de la

⁵⁵ En los trastornos del habla, los dominios del lenguaje, salvo la producción, deben encontrarse intactos. En algunos casos, la producción del lenguaje no puede ser evaluada formalmente, por lo que otros aspectos del lenguaje como la comprensión auditiva y de la lectura y la escritura deben estar preservados.

⁵⁶ Dicho trastorno representa una porción significativa de las alteraciones de la comunicación de origen neurológico.

⁵⁷ Sostienen que en la disartria se pueden dar características como respiración jadeante, frases cortas y estridor inhalatorio.

lesión, ya que depende dónde se situó es como se desarrollará el cuadro clínico. Mencionan algunos factores que pueden producir disartria, tales como un ACV, traumatismos craneoencefálicos, tumores, infecciones, enfermedades neurodegenerativas, entre otros.

García & Acosta (2016)⁵⁸ exponen la clasificación de las disartrias mixtas, siendo éstas las más frecuentes; la disartria mixta espástica-flácida está originada por un defecto simultáneo de la motoneurona superior e inferior, perfil típico de la esclerosis lateral amiotrófica y de ACV; los pacientes que la padecen se caracterizan por una hipotonía generalizada con presencia de espasmos. La disartria mixta espástica-atáxica-flácida comprende la afectación de la motoneurona superior e inferior, incluyendo el sistema cerebeloso, se presenta espasticidad, paresia, lentitud, limitación en los movimientos e incoordinación en los mismos. En disartria espástica-atáxica-hipocinética existe una afectación de la motoneurona superior e inferior, los circuitos cerebelosos y el sistema extrapiramidal. Se caracteriza principalmente por presentar temblor de intención, rigidez, espasticidad y movimientos lentos.

A su vez, Vázquez (2012)⁵⁹ explica que existen subtipos de disartrias, la diferenciación entre cada uno de ellos se debe a la región anatómica afectada.

Tabla N° 3: Clasificación y características de las disartrias.

Tipo	Localización	Etiología	Características
Flácida	Motoneurona inferior.	Secuela de infección. Tumor. Miastenia.	Voz débil, hipernasalidad, distorsión consonántica.
Espástica	Motoneurona superior.	Hemorragia. Trombosis. Tumor. Trauma. Encefalitis. Esclerosis múltiple.	Voz forzada, lentitud de habla, distorsión consonántica, hipernasalidad.
Atáxica	Cerebelo.	Tumor. Degeneración progresiva. Trauma. Esclerosis múltiple. Enfermedad vascular.	Distorsión consonántica, acentuación excesiva, quiebres articulatorios irregulares.
Hipocinética	Sistema extrapiramidal.	Degeneración de las células nerviosas. Arterioesclerosis.	Monotonalidad, monointensidad, hipofonía, falta de acentuación.
Hipercinética	Sistema	Microtraumatismos	Distorsión

⁵⁸ El autor plantea que la clasificación es fundamental para llevar a cabo un buen diagnóstico y establecer un adecuado programa de intervención.

⁵⁹El individuo que padece disartria tiene dificultades para movilizar sus órganos bucales, tanto para la producción del habla como para otras funciones como masticar, deglutir y soplar.

lenta	extrapiramidal.	cerebrales. Tóxicos.	consonántica, voz forzada, quiebres articulatorios irregulares, monotonalidad.
Hipercinética rápida:	Sistema extrapiramidal.	Síndromes coreicos.	Distorsión consonántica, velocidad variable, monotonía, voz áspera, silencios inapropiados, hipernasalidad.
Motoneurona superior unilateral	Vía motora supranuclear.	ACV. Tumor. Traumatismos.	Distorsión consonántica, quiebres articulatorios, voz áspera, lentitud, alteración de la acentuación, hipernasalidad.

Fuente: Adaptada de Vázquez (2012)⁶⁰

García & Acosta (2016)⁶¹ sostienen la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial de la disartria, ya que se pueden dar otros trastornos de similar naturaleza como la apraxia verbal y la afasia de predominio motor. La apraxia verbal es un trastorno de la planificación motora del habla, mientras que, la afasia de predominio motor se caracteriza por presentar dificultades en el lenguaje, aunque puede ser comórbido con dificultades en la articulación. Por el contrario, la disartria se destaca por las dificultades en la programación o ejecución motora del habla; por lo tanto, el defecto en la planificación de la apraxia se localizaría en una fase inicial del proceso del habla, en la cual se asocian los fonemas con los patrones motores necesarios; en la disartria el déficit se produciría en un nivel más avanzado del proceso del habla, donde los patrones motores ya definidos se secuencian para posteriormente enviar los impulsos nerviosos a la musculatura implicada.

Como se mencionó anteriormente, otro de los trastornos del habla es la apraxia⁶². González & Toledo (2015)⁶³ la definen como un trastorno adquirido de origen neurológico en el que se comprometen dos procesos motores básicos, la

⁶⁰ Dicho autor considera de suma importancia destacar que el tipo de disartria está relacionada con la ubicación de la lesión en el sistema nervioso y no por la enfermedad que produce tal patología.

⁶¹ Otro aspecto afectado de la disartria es la ejecución del acto motor, es decir, la acción de los órganos bucofonatorios en el acto del habla.

⁶² La apraxia del habla se abreviará ADH.

⁶³ Históricamente ha recibido diferentes nombres como afasia motora subcortical, afasia atáxica, disartria cortical.

articulación y la prosodia. En el mismo se afecta la planificación o la programación de los movimientos orofaciales necesarios para producir los sonidos del habla.

Tamarit (2006)⁶⁴ agrega que por apraxia se hace referencia a la incapacidad para ejecutar y reconocer una secuencia de movimientos complejos aprendidos previamente en ausencia de factores motores o psíquicos, a causa de una lesión cerebral. Existe una amplia variedad de apraxias, la motora, oral no verbal y la del habla son las más habituales en el área de la fonoaudiología. La apraxia es consecuencia de un daño producido en el hemisferio cerebral izquierdo, por ello, es frecuente que coexista con la afasia pero no están necesariamente correlacionadas; debido a esto, se necesitará evaluar de forma independiente cada patología.

Tal autor caracteriza la apraxia oral no verbal como la incapacidad de producir eficiente e inmediatamente movimientos orales en respuesta a una orden verbal o la imitación verbal con capacidad conservada para producir semiautomáticamente acciones similares, afecta a los movimientos de las estructuras respiratorias y bucales. A su vez, agrega que la ADH se da por una alteración de los movimientos complejos, coordinados y secuenciales utilizados para la producción del habla en ausencia de una parálisis o lesión que impida el movimiento.

La persona con ADH sabe qué palabras quiere utilizar pero el cerebro no logra coordinar los movimientos necesarios para pronunciarlas, puede que diga algo completamente diferente, incluso palabras inventadas. Los errores en la producción afectan principalmente las consonantes y, en menor frecuencia las vocales; tanto la prosodia como la fluidez se presentan con una disminución y lentificación del habla. Los problemas de articulación se producen en forma de sustituciones, adiciones, distorsiones y repeticiones de fonemas, tales errores se presentan tanto en el habla espontánea como en el habla imitativa. Además, la dificultad aumenta según la longitud de la palabra o frase. (Martínez, 2020)⁶⁵

González & Toledo (2015)⁶⁶ exponen que los pacientes con ADH pueden presentar algunos de los siguientes síntomas, ensayos y errores con intentos de autocorrección, disprosodia persistente con ritmo, acentuación y entonación anormal, inconsistencia articulatoria sobre repetidas producciones del mismo enunciado y dificultad en el inicio de los mismos. Actualmente los criterios diagnósticos de la ADH incluyen una velocidad de habla lenta, distorsión de sonidos, sustitución por la

⁶⁴ El interés de esta patología radica en su baja incidencia, su complejidad y comorbilidad con la afasia y su poco esperanzador pronóstico.

⁶⁵ Se destaca que según el tipo de apraxia del habla que se padezca se presentaran diferentes características.

⁶⁶ La velocidad del habla aumentada, velocidad normal y prosodia normal son características de exclusión en el diagnóstico de ADH.

distorsión de los sonidos llamado quiebre articulatorio, los errores en los mismos son relativamente consistentes en tipo y localización y alteraciones prosódicas. Las características clínicas de dificultad en el inicio de los enunciados, errores perseverativos, ensayo y error y disociación automático-voluntaria también forman parte del diagnóstico de la ADH pero no son discriminativos en términos del diagnóstico diferencial ya que pueden estar presentes en otros trastornos.

La ADH puede ser de tipo temporal, que hace referencia a una desconexión entre el sistema fonológico y fonético, o de tipo espacial, en la cual se presentan alteraciones en las habilidades motoras finas. (Martínez, 2020)⁶⁷

Tabla N° 4: Clasificación y características de la apraxia del habla.

Apraxia del habla de tipo temporal	Apraxia del habla de tipo espacial
<ul style="list-style-type: none"> → Combinación articulatoria más compleja, presenta errores más consistentes. → Esfuerzo, ensayo y error, movimientos articulatorios tentativos e intentos de autocorrección. → Inconsistencia articulatoria sobre repetidas producciones del mismo enunciado. → Dificultad evidente para iniciar los enunciados. → Disociación automática-voluntaria. 	<ul style="list-style-type: none"> → Combinación articulatoria menos compleja, puede presentar variabilidad. → Desintegración fonética, es decir, distorsión de sonidos severa y variable. → Inconsistencia articulatoria sobre repetidas producciones del mismo enunciado. → No presentan dificultad para iniciar los enunciados. → Falta de conciencia del defecto.

Fuente: Adaptada de Martínez (2020)⁶⁸

Por otra parte, Ardilla (2015)⁶⁹ sostiene que la ADH está asociada con la afasia de Broca; ésta junto con el agramatismo conforma dos de los elementos que subyacen a dicha afasia. Los pacientes en los que se evidencia una ADH presentan una lesión que incluye la ínsula anterior, por lo que, se considera dicha localización como la estructura crítica tanto en la planificación como en la organización de los movimientos del habla, siendo la responsable de producir una ADH.

Dicho autor, concluye que los déficits en la retroalimentación auditiva que pueden presentarse en pacientes con ADH no estarían asociados a las dificultades en la producción de fonemas; los pacientes apráxicos sin afasia tuvieron un desempeño

⁶⁷ Dicho autor plantea que la alteración en la planificación motora del habla se atribuye a una lesión en la región superior del giro pre-central de la ínsula izquierda, la cual es un área crítica para la coordinación de movimientos articulatorios complejos.

⁶⁸ Dicho autor manifiesta que los errores en la ADH suceden tanto en el habla espontánea como imitativa; presentan mayor conflicto mientras mayor longitud tenga la palabra y más dificultad en frases intencionales que en automáticas.

⁶⁹ Para llegar a dicha conclusión de basó en un estudio de pacientes con defectos en la planeación de los movimientos articulatorios del habla y otros pacientes sin tales defectos.

similar en el procesamiento de la información auditiva que las personas sin patología, los sujetos afásicos rindieron más bajo que los normales y las personas con apraxia sin afasia, por lo que se destaca que las alteraciones en el procesamiento fonológico son consecuencia de un trastorno del lenguaje y no del habla. Además, los sujetos con ADH se pueden dividir en dos grupos, por un lado los que padecen una alteración senso-perceptual oral y otro con un rendimiento normal a este nivel; los apráxicos más severos tuvieron un rendimiento más pobre que los menos severos.

Delgado (2020)⁷⁰ defiende la idea de que las características suprasegmentales y segmentales ayudan al diagnóstico diferencial de las apraxias; las características segmentales son aquellas que están relacionadas a las dificultades articulatorias, específicamente al inicio del habla, errores de sustitución, habla incoherente y alteraciones en la producción de vocales; las características suprasegmentales son aquellas que abarcan la prosodia y la percepción de la resonancia nasofaríngea. Agrega que actualmente no se hace uso de un protocolo formal para realizar una evaluación sobre apraxia, no obstante, se utilizan diferentes instrumentos que permiten identificar la apraxia de otros trastornos del habla como la evaluación dinámica de la motricidad del habla.

En cuanto a la rehabilitación, Murgado et al. (2007)⁷¹ plantean la importancia de crear las bases para llegar al diseño y perfeccionamiento de estrategias de rehabilitación racionales y efectivas en la modulación de los fenómenos neuroplásticos, beneficiando así la restauración de las funciones neurológicas de las personas que padecen tal patología. Los pacientes que sufren severos desórdenes de articulación no pueden emitir sonidos simples voluntariamente como así tampoco por imitación; contrarrestar la apraxia total del habla es básico para el restablecimiento del vocabulario y la función comunicativa verbal.

Las propuestas de intervención en dicha patología son limitadas por lo que resulta difícil agrupar los distintos tipos de tratamiento. No obstante, Delgado (2020)⁷² clasifica una serie de terapias en función de diferentes puntos de vista teóricos. Una de ellas es el enfoque motor, el mismo se basa en los principios del aprendizaje de las habilidades motoras, y trabajan a través de la práctica y el empleo de distintos estímulos. Este tratamiento cuenta con una lista de más de 500 palabras e imágenes

⁷⁰ Tal autor sostiene que las apraxias se dividen en dos tipos, adquirida o congénita, la apraxia adquirida es aquella que se origina como consecuencia de una lesión y, la segunda, se encuentra presente desde el nacimiento.

⁷¹ Dicho autor sostiene que la ADH es un trastorno con diversas manifestaciones y niveles de gravedad, por lo que la intervención se debe adaptar a cada caso en particular.

⁷² A pesar de utilizar diversas terapias, dicho autor plantea que tanto el tratamiento como su evolución suelen ser lentos y dependen de múltiples factores.

para utilizar en la terapia, tiene como objetivo que el usuario adquiera los patrones del habla progresivamente, de manera fluida, automática e independiente. También se menciona el tratamiento de transición rápida de sílaba. Dicha terapia tiene como objetivo maximizar las habilidades del habla manteniéndolas a lo largo del tiempo. Consiste en la producción de pseudopalabras multisilábicas con el fin de mejorar la precisión motora, la fluidez y la entonación. Las terapias centradas en el enfoque motor incluyen terapia miofuncional y orofacial. Otro de los enfoques que plantea es el lingüístico, en el mismo se abordan la semántica, la fonología y la gramática. Dentro de este enfoque se encuentra la terapia de contraste fonológico que se caracteriza por enseñar las reglas de los sonidos del habla y vocabulario. Por último, se menciona un enfoque de comunicación bimodal, el cual tiene como objetivo apoyar la comunicación verbal mediante el uso de dispositivos, aplicaciones, lengua de signos y tableros de comunicación. Todos los enfoques mencionados comparten ciertos aspectos, las estrategias deben ser intensas y repetitivas, las tareas se deben organizar de menor a mayor complejidad y las palabras utilizadas deberán formar parte de su léxico cotidiano.

González y Toledo (2015)⁷³ exponen que el objetivo principal del tratamiento en las personas que padecen ADH es lograr que el paciente se pueda comunicar en forma eficiente, restaurar dentro de lo que sea posible su habla, en caso que el pronóstico sea favorable. La meta no va a ser un habla normal sino el habla funcional, ya que, si bien muchos de los pacientes apráxicos mejoran con el tratamiento, es muy probable que no vuelvan a hablar como lo hacían antes de la lesión. Además, mencionan cuatro categorías de tratamiento. La primera es denominada articulatorio kinemático y centra su intervención en el trastorno articulatorio haciendo énfasis en los puntos articulatorios y la secuencia de movimientos. La segunda es tasa y/o ritmo, el ritmo es considerado como un componente esencial en la producción del habla por lo que el control del mismo ayudaría a recuperar los patrones temporales del habla. Luego se encuentra la comunicación alternativa/aumentativa, que busca mejorar la comunicación a través del uso de otras modalidades distintas al habla. La facilitación/reorganización intersistémica incluye la utilización de sistemas intactos para facilitar el funcionamiento de otras modalidades que se encuentran alteradas y otras. Estas categorías no son excluyentes sino que, generalmente, un tratamiento incluye a más de una categoría.

⁷³ El autor sostiene que si bien existen una serie de estrategias para intervenir en los pacientes con ADH muchas de ellas no han sido estudiadas respecto a su evidencia.

Tamarit (2006)⁷⁴ plantea que los pacientes que presentan un mejor pronóstico en relación al tratamiento son aquellos que comienzan el mismo un mes después de la lesión y la misma es pequeña y está confinada al área de Broca, los que tienen una afasia coexistente mínima y no presentan una apraxia oral significativa, a su vez, presentan buena salud y la capacidad de llevar a cabo un tratamiento intensivo. Agrega que los objetivos del tratamiento deben establecerse en función del grado de severidad del paciente, en condiciones óptimas donde su pronóstico es favorable se apuntará a conseguir que la persona controle conscientemente la programación articulatoria para que su habla pueda ser producida de manera voluntaria; para las apraxias severas se necesitan técnicas alternativas o aumentativas de comunicación. Una terapia elaborada que aun hoy en día se utiliza para la rehabilitación de las ADH es la terapia de entonación melódica, aunque la misma fue creada para la rehabilitación de afasias no fluentes, consiste en enseñar al paciente a cantar las palabras o frases con melodías simples intentando conseguir incluir al hemisferio derecho en la producción del habla.

Cuetos (2017)⁷⁵ sostiene la importancia de aprovechar los residuos que conserva el paciente; es frecuente que las personas con ADH no logren nombrar palabras de manera consciente, sin embargo, son capaces de hacerlo de manera automatizada, por ejemplo, en una canción, una poesía, en series como los días de semana o los números, siendo de gran utilidad trabajar con dichas series automatizadas. Además, se recomienda comenzar trabajando los fonemas más fáciles de articular, primero las vocales y luego las consonantes y, dentro del segundo grupo, las que tienen punto de articulación externo antes que las que lo tienen interno; se debe comenzar con palabras cortas y sonidos repetidos.

Los tratamientos en dichos pacientes no pueden ser estandarizados debido a la gran incidencia de alteraciones lingüísticas y neuropsicológicas que presentan además de la alteración en la coordinación motora y por el impacto que suelen tener éstos en el desarrollo de la comunicación. Ciertos programas parecen estar destinados solo a resolver el problema motor del habla, sin embargo, ninguna patología puede ser abordada únicamente mediante la remediación de aspectos parciales, por muy nucleares que estos parezcan en el trastorno. Patologías como la ADH siempre exigen

⁷⁴ La perspectiva de recuperación sin la implementación de ningún tipo de tratamiento es extremadamente escasa.

⁷⁵ Dicho autor expone una serie de indicaciones y sugerencias para iniciar con el tratamiento de las personas que padecen ADH.

abordajes terapéuticos complejos y globales cuyo objetivo sea reforzar y facilitar la comunicación. (Fernández & Cervera, 2005)⁷⁶

González y Toledo (2015)⁷⁷ exponen tres herramientas para predecir los logros de las personas con ADH, por un lado las variables, un paciente con un buen pronóstico debería tener un mes de evolución si sufrió un ACV isquémico limitado únicamente al área de Broca, estar médicamente estable con una severidad leve, joven y coexistir con una leve afasia, sin disartria, aquellos pacientes con características contrarias tendrían un mal pronóstico; por otro lado, se describen dos variantes de la afasia de Broca, una donde se presenta un daño extenso comprometiendo el área de Broca y estructuras subcorticales, este cuadro tiene no tiene un buen pronóstico, la otra variante es en los casos en el que el daño es únicamente en el área de Broca, coexistiendo con una afasia leve y transitoria, estos pacientes tienen un trastorno relacionado al habla pero no del lenguaje, conocida como ADH pura, estos sujetos tienen un pronóstico favorable. Por último, se menciona el pronóstico basado en el tratamiento, se deben establecer los logros que podría alcanzar el paciente en un determinado tiempo, aquellos que tengan habilidad para aprender, generalización, retención y motivación para practicar tendrán un pronóstico optimista.

⁷⁶ Se deben incluir actividades para fortalecer las condiciones personales de los sujetos que influyen como factores causales o determinantes del trastorno.

⁷⁷ El pronóstico tiene como finalidad predecir los logros que va a obtener el paciente en un futuro, siendo ésta la preocupación primaria del paciente y su familia.

The background features several overlapping, semi-transparent shapes in various shades of red and orange. A large, light red shape covers the top right, while a darker red shape overlaps it from the left. A medium red shape overlaps the light red one from the bottom right. The overall effect is a layered, organic composition.

Diseño metodológico

Diseño metodológico

La siguiente investigación es de tipo descriptiva, ya que se encarga de evaluar diversos aspectos, dimensiones y componentes de las características del lenguaje expresivo y el habla en una paciente con afasia global.

Se trata de un tipo de diseño no experimental, basándose únicamente en la observación de los fenómenos para ser analizados posteriormente, a su vez es longitudinal porque observa a la misma paciente durante un período de tiempo.

La delimitación del campo de estudio consiste en un estudio de caso. Un estudio de caso es un método de investigación que, mediante procesos cuantitativos, cualitativos y/o mixtos; se analiza profundamente un caso específico de una sola persona o grupo, que es exclusivo y particular, para responder al planteamiento de un problema, probar hipótesis y desarrollar teoría. El mismo se realiza partir de 8 sesiones registradas del tratamiento individual en consultorio privado, comprendidas entre Mayo y Junio del año 2021.

Listado de variables:

Capacidad de denominar palabras de manera espontánea.

Capacidad de repetición de palabras aisladas.

Capacidad de realizar expresiones espontáneas cotidianas automatizadas.

Capacidad de coordinar movimientos faciales.

Síntomas de afasia en la vertiente expresiva

Tipo de errores fonológicos.

Definición de variables:

Capacidad de denominar palabras de manera espontánea:

Definición conceptual: Facultad para determinar el nombre con el que se distinguen las personas y los conceptos sin intervención o estímulo exterior.

Definición operacional: Facultad para determinar el nombre con el que se distinguen las personas y los conceptos sin intervención o estímulo exterior en un adulto con afasia global en la ciudad de Benito Juárez. El dato se recolectó mediante la observación y se registró en grilla.

Capacidad de repetición de palabras aisladas.

Definición conceptual: Facultad para volver a decir lo que ya se había dicho.

Definición operacional: Facultad para volver a decir lo que ya se había dicho en un adulto con afasia global en la ciudad de Benito Juárez. El dato se recolectó mediante la observación y se registró en grilla.

Capacidad de realizar expresiones espontáneas cotidianas automatizadas.

Definición conceptual: Facultad para expresar una palabra o conjunto de palabras que se produce sin intervención o estímulo exterior, la misma se hace o se repite todos los días indeliberadamente.

Definición operacional: Facultad para expresar una palabra o conjunto de palabras que se produce sin intervención o estímulo exterior, la misma se hace o se repite todos los días indeliberadamente en un adulto con afasia global en la ciudad de Benito Juárez. El dato se recolectó mediante la observación y se registró en grilla.

Capacidad de coordinar movimientos faciales.

Definición conceptual: Facultad para realizar eficientemente movimientos en el rostro, de manera precisa, rápida y ordenada.

Definición operacional: Facultad para realizar eficientemente movimientos en el rostro, de manera precisa, rápida y ordenada en un adulto con afasia global en la ciudad de Benito Juárez. El dato se recolectó mediante la observación y se registró en grilla.

Síntomas de afasia en la vertiente expresiva:

Definición conceptual: Alteración del organismo que pone de manifiesto la presencia de un trastorno del lenguaje caracterizado por la incapacidad o dificultad para comunicarse mediante una palabra o conjunto de palabras.

Definición operacional: Alteración del organismo que pone de manifiesto la presencia de un trastorno del lenguaje caracterizado por la incapacidad o dificultad para comunicarse mediante una palabra o conjunto de palabras en un adulto con afasia global en la ciudad de Benito Juárez. El dato se recolectó mediante la observación y se registró en grilla.

Tipo de errores fonológicos.

Definición conceptual: Variedad en la incapacidad para producir correctamente los sonidos de las palabras.

Definición operacional: Variedad en la incapacidad para producir correctamente los sonidos de las palabras en un adulto con afasia global en la ciudad de Benito Juárez. El dato se recolectó mediante la observación y se registró en grilla.

A continuación, se presenta el consentimiento informado.

El siguiente trabajo de investigación “Evolución de las características del lenguaje expresivo y el habla” es una investigación que estoy llevando a cabo como trabajo de tesis para obtener el título de Licenciada en Fonoaudiología, con el aval de la Universidad FASTA.

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta evaluación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes, siendo estrictamente voluntaria su participación. La presente evaluación es conducida por Góngora Edén, Valentina.

El objetivo de esta investigación es “Analizar la evolución de las características del lenguaje expresivo y el habla en un paciente con afasia mixta que asiste a tratamiento fonoaudiológico durante 8 sesiones en la ciudad de Benito Juárez durante el año 2021”, siendo de gran importancia aclarar que el evaluado no correrá ningún riesgo durante la misma.

El paciente ha sido seleccionado por su perfil y debido al rango etario en el cual se encuentra. La participación en este estudio implica aceptar la observación del lenguaje expresivo y el habla durante las sesiones de fonoaudiología. Además, se debe tener en cuenta que el paciente no recibirá ningún tipo de beneficio por parte de dicha investigación.

La información que se recoja será de tipo confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, que incluye la posible publicación de resultados en congresos y/o revistas. Los resultados de la evaluación serán codificados usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

En caso de tener dudas sobre su participación en este estudio, puede contactarse con la persona nombrada anteriormente.

Aclaración.

Firma.

Fecha.

Se presenta el instrumento de recolección de datos, que es una grilla de observación.

Indicadores	Si	No	Observaciones.
Denominación:			
Denomina objetos concretos espontáneamente.			
Denomina figuras espontáneamente.			
Denomina colores espontáneamente.			
Denomina partes del cuerpo espontáneamente.			
Denomina animales.			
Denomina nombres de familiares y entorno.			
Denomina únicamente si se le otorga clave fonética.			
Denomina únicamente si se le otorga clave semántica.			
Repetición:			
Repite palabras conocidas.			
Repite palabras no conocidas.			
Repite palabras en contexto de actividad.			
Repite palabras de manera espontánea.			
Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas:			
Saluda cuando ingresa al consultorio. ("hola", "buenas tardes")			
Saluda cuando se retira del consultorio. ("chau").			
Cuenta del 1 al 10.			
Nombra los días de la semana.			
Nombra las estaciones del año.			
Nombra los meses del año.			
Características del habla:			
Prolonga las vocales.			
Movimientos alternantes: Repite varias veces el mismo estímulo.			
Movimientos secuenciales: Repite varias veces una secuencia de estímulos.			
Realiza praxias.			
Lectura oral.			
Lentificación (retraso de la actividad combinatoria)			
Supresión total del habla.			
Presencia de:			
Estereotipias verbales.			
Anomias.			
Latencias.			
Parafasias.			
Perseveraciones.			
Circunloquios.			
Neologismos.			
Jergafasia.			
Agramatismos.			
Errores fonológicos:			
Asimilaciones.			
Sustituciones.			
Omisiones.			

The background features several overlapping, semi-transparent shapes in various shades of red and orange. The shapes are organic and fluid, creating a layered, abstract composition. The colors range from a light, pale pinkish-red to a deep, vibrant red. The overall effect is modern and artistic.

Análisis del caso clínico

Análisis del caso clínico

Se da lugar a la presentación de antecedentes relevantes que forman parte de este caso clínico, para luego analizar los datos a partir de las 8 sesiones registradas del tratamiento individual en consultorio privado. Paciente de sexo femenino, 62 años. Su diagnóstico es afasia global a causa de reiterados ACV, la misma genera un compromiso en todas las áreas del lenguaje. En su primera entrevista con la fonoaudióloga en agosto del año 2020 asiste con uno de sus hijos, el cual refiere que su primer ACV ocurrió hace cuatro años, no tiene registro de los eventos siguientes; desde ese entonces, observa una pérdida progresiva en relación a sus habilidades y al lenguaje; no describe dificultades en cuanto a la alimentación. En dicho momento su comunicación era únicamente gestual. En ese tiempo también era atendida por una terapeuta ocupacional, actualmente solo recibe atención fonoaudiológica y psicopedagógica.

Se registran visualmente 8 sesiones comprendidas entre Mayo y Junio del año 2021.

Tabla 1 Sesión 1.

	Observaciones.
Denominación:	
Denomina objetos concretos espontáneamente.	Se trabajó con cubos de colores.
Denomina colores espontáneamente.	Denomina: Azul, rojo, verde y amarillo.
Repetición:	
Repite palabras conocidas.	Repitió: Azul, rojo, verde, amarillo.
Repite palabras en contexto de actividad.	Únicamente son repetidas cuando se trabaja con el material relacionado.
Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas:	
Saluda cuando ingresa al consultorio. ("hola", "buenas tardes")	Dice "hola" al ingresar al consultorio.
Saluda cuando se retira del consultorio. ("chau").	Dice "chau" cuando se retira acompañado de gestualización.
Cuenta del 1 al 10.	Cuenta del 1 al 10 con objetos concretos.
Características del habla:	
Prolonga las vocales.	Se evidencia en vocales en posición inicial y media.
Movimientos alternantes:	Ante la evocación verbal aparecen movimientos

Repite varias veces el mismo estímulo.	faciales involuntarios que se repiten; mueve un ojo, abre y cierra la boca.
Lectura oral.	Se le presentaron tarjetas con los objetos concretos que se trabajaron: rojo, azul, verde y amarillo, leyó correctamente.
Lentificación (retraso de la actividad combinatoria)	Evidente en programación de la palabra.
Síntomas de afasia:	
Estereotipias verbales.	Se presenta en sílaba inicial al denominar "rojo".
Errores fonológicos:	
Sustituciones.	"Alul" por "Azul".
Omisiones.	"Rillo" por amarillo.

Se consignaron en la tabla únicamente los ítems de la grilla de observación que fueron abordados en la sesión. En relación a la variable denominación en esta sesión se lograron evocaciones espontáneas a partir del uso de objetos concretos como son los cubos, los mismos son de ayuda para la denominación espontánea de cuatro colores. A su vez, la categoría "colores" fue trabajada en lenguaje repetitivo, observando sustituciones y omisiones en las expresiones logradas.

En cuanto a las expresiones espontáneas se observa saludo inicial al ingresar al consultorio; asimismo al retirarse dice "chau" acompañado del gesto. El conteo se produce con ayuda del soporte numérico arriba de cada cubo.

En cuanto a las características del habla se evidencia prolongación de las vocales; ante la evocación verbal surgen movimientos involuntarios como se mencionó anteriormente. Se observa un retraso en la actividad combinatoria evidente en la programación de la palabra. La lectura oral se encuentra conservada, se le presentan las palabras escritas para asociar con los colores correspondientes. En relación a los síntomas de la afasia, en dicha sesión, fueron evidentes las estereotipias verbales en la denominación de los colores.

Tabla 2 Sesión 2.

Indicadores	Observaciones.
Denominación:	
Denomina objetos concretos espontáneamente.	Denomina: mesa, silla, pelota.
Denomina únicamente si se le otorga clave fonética.	Se le otorga clave fonética para la denominación de "silla", "mesa" y "pelota".
Repetición:	
Repite palabras conocidas.	Repitió: mesa, silla, pelota.
Repite palabras en contexto de actividad.	Únicamente son repetidas cuando se trabaja con el material relacionado.
Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas:	

Saluda cuando ingresa al consultorio. (“hola”, “buenas tardes”)	Dice “hola” al ingresar al consultorio.
Saluda cuando se retira del consultorio. (“chau”).	Dice “chau” cuando se retira acompañado de gestualización.
Cuenta del 1 al 10.	Cuenta del 1 al 10 con objetos concretos.
Características del habla:	
Prolonga las vocales.	Se evidencia en vocales en posición inicial y media.
Movimientos alternantes: Repite varias veces el mismo estímulo.	Ante la evocación verbal aparecen movimientos faciales involuntarios que se repiten; mueve un ojo, abre y cierra la boca.
Lectura oral.	Se le presentaron tarjetas con los objetos concretos que se trabajaron: mesa, silla y pelota y leyó correctamente.
Lentificación (retraso de la actividad combinatoria)	Evidente en programación de la palabra.
Síntomas de afasia:	
Estereotipias verbales.	Se presenta en sílaba inicial al denominar “silla”.
Anomias.	Se evidenció presencia de anomias al mostrar objetos concretos (muebles de la casa).
Errores fonológicos:	
Asimilaciones.	Evoca “misa” por “mesa”. El error se produce en palabras con los mismos rasgos fonéticos y cantidad de sílabas.
Sustituciones.	Palota por pelota.
Omisiones.	Lla por silla. Luego se logra la palabra buscada.

Se consignaron en la tabla únicamente los ítems de la grilla de observación que fueron abordados en la sesión. En la misma, se pudo observar que la paciente saluda cuando ingresa y se retira del consultorio, así como también realiza el conteo del 1 al 10, obteniendo resultados positivos en relación a la variable expresiones cotidianas automatizadas.

En dicha sesión, se pudo observar la denominación de objetos concretos únicamente otorgándole las claves fonéticas para la evocación de las palabras buscadas. Los mismos objetos concretos se utilizaron para trabajar el lenguaje repetitivo, se observaron expresiones por parte de la paciente.

En relación a las características del habla se evidencia prolongación de las palabras acompañada de lentificación en la expresión verbal; así como también es observable la repetición de movimientos alternantes faciales ante la evocación verbal. En la paciente la lectura oral se encuentra conservada.

Fue notoria la presencia de síntomas afásicos, observando estereotipias verbales y anomias; así como errores fonológicos apareciendo asimilaciones, sustituciones y omisiones.

Tabla 3 Sesión 3.

Indicadores	Observaciones.
Denominación:	
Denomina objetos concretos espontáneamente.	Se trabajó con comida. Denomina: manzana, pan, frutas.
Denomina únicamente si se le otorga clave fonética.	Se le otorga clave fonética para la denominación de “manzana”.
Repetición:	
Repite palabras conocidas.	Repitió: pan, papas, torta.
Repite palabras en contexto de actividad.	Únicamente son repetidas cuando se trabaja con el material relacionado.
Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas:	
Saluda cuando ingresa al consultorio. (“hola”, “buenas tardes”)	Dice “hola” al ingresar al consultorio.
Características del habla:	
Prolonga las vocales.	Se evidencia en vocales en posición inicial y media.
Movimientos alternantes: Repite varias veces el mismo estímulo.	Ante la evocación verbal aparecen movimientos faciales involuntarios que se repiten; mueve un ojo, abre y cierra la boca.
Lectura oral.	Se le presentaron tarjetas de las palabras: pan, manzana, frutas y leyó correctamente.
Lentificación (retraso de la actividad combinatoria)	Evidente en programación de la palabra.
Síntomas de afasia:	
Estereotipias verbales.	Se presenta en sílaba inicial al denominar “manzana”.
Anomias.	Se evidenció presencia de anomia al mostrar tarjeta con la acción de “comer”.
Errores fonológicos:	
Asimilaciones.	“Pepas” por “papas”. El error se produce en palabras con los mismos rasgos fonéticos y cantidad de sílabas.

Se consignaron en la tabla únicamente los ítems de la grilla de observación que fueron abordados en la sesión. A partir de la siguiente grilla de observación se puede consignar que la paciente logró denominaciones espontáneas presentándole objetos concretos, aun así para facilitar la evocación de ciertas palabras fue necesario otorgarle clave fonética. Continuando dentro de la categoría “comidas” se le pidió la repetición de palabras las cuales fueron logradas con éxito.

Cabe destacar que en dicha sesión únicamente saluda cuando ingresa al consultorio, siendo esta la única expresión espontánea cotidiana automatizada que se pudo observar.

Tanto la prolongación de las vocales, los movimientos alternantes y la lentificación son características del habla observables en sus expresiones. Es preciso mencionar que las actividades que se presentan para trabajar la lectura son superadas.

Dentro de los síntomas afásicos, las estereotipias verbales y anomias fueron observadas en dicha sesión, aun así, solo se evidenció un tipo de error fonológico, la asimilación.

Tabla 4 Sesión 4.

Indicadores	Observaciones.
Denominación:	
Denomina objetos concretos espontáneamente.	Se trabajó con bebidas. Denomina: agua, mate.
Repetición:	
Repite palabras conocidas.	Repitió: agua, mate, leche, jugo.
Repite palabras en contexto de actividad.	Únicamente son repetidas cuando se trabaja con el material relacionado.
Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas:	
Saluda cuando ingresa al consultorio. ("hola", "buenas tardes")	Dice "hola" al ingresar al consultorio.
Saluda cuando se retira del consultorio. ("chau").	Dice "chau" cuando se retira acompañado de gestualización.
Cuenta del 1 al 10.	Cuenta del 1 al 10 con objetos concretos.
Características del habla:	
Prolonga las vocales.	Se evidencia en vocales en posición inicial y media.
Movimientos alternantes: Repite varias veces el mismo estímulo.	Ante la evocación verbal aparecen movimientos faciales involuntarios que se repiten; mueve un ojo, abre y cierra la boca.
Lectura oral.	Se le presentaron tarjetas con los objetos concretos que se trabajaron: agua, mate, leche, jugo y leyó correctamente.
Lentificación (retraso de la actividad combinatoria)	Evidente en programación de la palabra.
Síntomas de afasia:	
Estereotipias verbales.	Se presenta en sílaba inicial al denominar "mate".
Anomias.	Se presentan frente a los estímulos "jugo" y "leche".
Errores fonológicos:	
Omisiones.	Gua por agua. Luego se logra la palabra buscada.

Se consignaron en la tabla únicamente los ítems de la grilla de observación que fueron abordados en la sesión. Se pudieron observar expresiones espontáneas cotidianas automatizadas al ingresar al consultorio en el momento que realizar el saludo inicial y al retirarse, así como también en el conteo del 1 al 10.

Conforme a la variable denominación, se logró la denominación espontánea de objetos concretos trabajando con la categoría semántica "bebidas". En contexto de actividad se nombraron palabras en busca de la repetición por parte de la paciente, el objetivo fue alcanzado.

Dentro de las características típicas que se observan en el habla se puede destacar la prolongación de vocales en posición inicial y media de las palabras, así como la realización de movimientos faciales ante la evocación verbal y una lentificación en la actividad combinatoria. Es evidente la presencia de estereotipias verbales y anomias; dentro de los errores fonológicos se pudo observar omisiones en sus evocaciones.

Tabla 5 Sesión 5.

Indicadores	Observaciones.
Denominación:	
Denomina objetos concretos espontáneamente.	Se trabajó con ropa. Denomina: “buzo”, “remera”.
Denomina únicamente si se le otorga clave fonética.	Se le otorga clave fonética para la denominación de “pantalón”.
Repetición:	
Repite palabras conocidas.	Repitió: campera, pollera.
Repite palabras en contexto de actividad.	Únicamente son repetidas cuando se trabaja con el material relacionado.
Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas:	
Saluda cuando ingresa al consultorio. (“hola”, “buenas tardes”)	Dice “hola” al ingresar al consultorio.
Saluda cuando se retira del consultorio. (“chau”).	Dice “chau” cuando se retira acompañado de gestualización.
Cuenta del 1 al 10.	Cuenta del 1 al 10 con objetos concretos.
Características del habla:	
Prolonga las vocales.	Se evidencia en vocales en posición inicial y media.
Movimientos alternantes: Repite varias veces el mismo estímulo.	Ante la evocación verbal aparecen movimientos faciales involuntarios que se repiten; mueve un ojo, abre y cierra la boca.
Lentificación (retraso de la actividad combinatoria)	Evidente en programación de la palabra.
Síntomas de afasia:	
Estereotipias verbales.	Se presenta en sílaba final al denominar “buzo”.
Anomias.	Se evidenció presencia de anomias al mostrar los estímulos “pantalón” y “pollera”
Errores fonológicos:	
Sustituciones.	Pantelon por pantalón.

Se consignaron en la tabla únicamente los ítems de la grilla de observación que fueron abordados en la sesión. En cuanto a la primera variable analizada se puede observar que fue capaz de denominar espontáneamente ciertos objetos concretos, sin embargo, fue necesario otorgar claves fonéticas para la evocación de nuevas palabras. En relación a la variable repetición, se destaca que logró repetir palabras dentro de la misma categoría trabajada, “prendas de vestir”.

Saluda cuando ingresa y se retira del consultorio, además, se realizó exitosamente conteo del 1 al 10. No obstante, se observó prolongación de vocales y movimientos alternantes ante la evocación verbal; así como también es evidente la lentificación en la programación de la palabra.

Dentro de los síntomas de afasia que presenta la paciente es frecuente la observación de estereotipias verbales y anomias, en dicha sesión, también se mostraron errores fonológicos tales como sustituciones.

Tabla 6 Sesión 6.

Indicadores	Observaciones.
Denominación:	
Denomina colores espontáneamente.	Denomina los colores: azul, amarillo, verde, rojo.
Denomina nombres de familiares y entorno.	Se le mostraron fotos de su familia. Denominó: "yo", "chiquito", "linda"
Repetición:	
Repite palabras conocidas.	Repitió: naranja, violeta.
Repite palabras en contexto de actividad.	Únicamente son repetidas cuando se trabaja con el material relacionado.
Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas:	
Saluda cuando ingresa al consultorio. ("hola", "buenas tardes")	Dice "hola" al ingresar al consultorio.
Saluda cuando se retira del consultorio. ("chau").	Dice "chau" cuando se retira acompañado de gestualización.
Características del habla:	
Movimientos alternantes: Repite varias veces el mismo estímulo.	Ante la evocación verbal aparecen movimientos faciales involuntarios que se repiten; mueve un ojo, abre y cierra la boca.
Lentificación (retraso de la actividad combinatoria)	Evidente en programación de la palabra.
Síntomas de afasia:	
Anomias.	Se evidenció presencia de anomias al mostrar las fotos de la familia.
Errores fonológicos:	
Asimilaciones.	Peineta por violeta.
Omisiones.	Ranja por naranja.

Se consignaron en la tabla únicamente los ítems de la grilla de observación que fueron abordados en la sesión. Es importante destacar que en dicha sesión se trabajó con colores y nombres de familiares y objetos, a partir del material presentado se lograron denominaciones espontáneas. Se incorporaron nuevos estímulos en la categoría "colores" para que la paciente logre repetirlos, aun así, fueron evidentes los errores fonológicos, asimilaciones y omisiones, en sus evocaciones.

En relación a las expresiones espontáneas cotidianas automatizadas la paciente saluda cuando ingresa al consultorio y lo mismo sucede cuando se retira.

Dentro de la variable características del habla, se observaron movimientos faciales alternantes y una evidente lentificación de la misma. Es preciso destacar que en cuanto a los síntomas de afasia únicamente se observaron anomias en dicha sesión.

Tabla 7 Sesión 7.

Indicadores	Observaciones.
Denominación:	
Denomina objetos concretos espontáneamente.	Se trabajó con muñeco de madera articulado y piezas móviles.
Denomina partes del cuerpo espontáneamente.	Denomina: ojos, oreja, boca.
Denomina animales.	Denomina: loro, vaca, perro.
Denomina únicamente si se le otorga clave fonética.	Se trabajó con animales. Denomina con clave fonética "loro", "vaca", "perro".
Repetición:	
Repite palabras conocidas.	Repitió: loro, vaca, perro.
Repite palabras en contexto de actividad.	Únicamente son repetidas cuando se trabaja con el material relacionado.
Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas:	
Saluda cuando se retira del consultorio. ("chau").	Dice "chau" cuando se retira acompañado de gestualización.
Características del habla:	
Prolonga las vocales.	Se evidencia en vocales en posición inicial y media.
Movimientos alternantes: Repite varias veces el mismo estímulo.	Ante la evocación verbal aparecen movimientos faciales involuntarios que se repiten; mueve un ojo, abre y cierra la boca.
Realiza praxias.	Únicamente praxias labiales.
Lentificación (retraso de la actividad combinatoria)	Evidente en programación de la palabra.
Síntomas de afasia:	
Anomias.	Presencia de anomias en la categoría animales.
Errores fonológicos:	
Sustituciones.	"oso" por ojo.
Omisiones.	"reja" por oreja.

Se consignaron en la tabla únicamente los ítems de la grilla de observación que fueron abordados en la sesión. En relación a otras sesiones, en esta se observó mayor cantidad de denominaciones espontáneas en diferentes categorías, objetos concretos, partes del cuerpo y animales, aun así, es preciso destacar que para la denominación de animales fue necesario otorgar claves fonéticas. La categoría "animales" fue utilizada para trabajar lenguaje repetitivo, esta actividad se llevó a cabo con éxito obteniendo expresiones por parte de la paciente.

En esta sesión únicamente se presenta el saludo cuando se retira del consultorio. Dentro de las características del habla, se presenta prolongación de las vocales, movimientos alternantes y lentificación en la programación de la palabra. Se realizaron praxias labiales, se observa por el momento que solo logra realizarlas ante imitación directa.

Se observa la presencia de anomias, así como también, distintos tipos de errores fonológicos como son las sustituciones y omisiones.

Tabla 8 Sesión 8.

Indicadores	Observaciones.
Denominación:	
Denomina objetos concretos espontáneamente.	Se trabajó con utensilios de cocina.
Denomina colores espontáneamente.	Primero se trabajó la denominación de colores mediante objetos concretos (cubos), luego con tarjetas. Denomina: azul, verde, rojo, amarillo.
Denomina partes del cuerpo espontáneamente.	Denomina: ojos, oreja.
Denomina animales.	Denomina: mono, sapo, león.
Denomina únicamente si se le otorga clave fonética.	Se le otorgó clave fonética “va”, evoco vaso, lo mismo con “pla”, evoco plato.
Repetición:	
Repite palabras conocidas.	Al trabajar con utensilios de cocina repitió: plato, tenedor, vaso, cuchillo.
Repite palabras en contexto de actividad.	Únicamente son repetidas cuando se trabaja con el material relacionado.
Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas:	
Saluda cuando ingresa al consultorio. (“hola”, “buenas tardes”)	Dice “hola” al ingresar al consultorio.
Saluda cuando se retira del consultorio. (“chau”).	Dice “chau” cuando se retira acompañado de gestualización.
Cuenta del 1 al 10.	Se logra únicamente con soporte visual. Cuenta del 1 al 10.
Características del habla:	
Prolonga las vocales.	Se evidencia en vocales en posición inicial y media.
Movimientos alternantes: Repite varias veces el mismo estímulo.	Ante la evocación verbal aparecen movimientos faciales involuntarios que se repiten; mueve un ojo, abre y cierra la boca.
Lectura oral.	Se le presentaron tarjetas con los colores azul, rojo, amarillo y verde y leyó correctamente.
Lentificación (retraso de la actividad combinatoria)	Evidente en programación de la palabra.
Síntomas de afasia:	
Estereotipias verbales.	Se presenta en sílaba inicial al denominar “verde”.
Anomias.	Se evidenció presencia de anomias al mostrar objetos concretos (utensilios de cocina). Luego denominó con clave fonética.
Latencias.	Se presentan cuando la profesional realiza la pregunta “¿Cómo estás?”, tiempo después ella responde “¿Qué?”
Agramatismos.	Ante la pregunta “¿Estas enojada? Responde “claro es si”.
Errores fonológicos:	
Asimilaciones.	Evoca limón por león. El error se produce en palabras con los mismos rasgos fonéticos y cantidad de

	sílabas.
Sustituciones.	Cuchala por cuchara.
Omisiones.	Tedor por tenedor. Luego se logra la palabra buscada.

Se consignaron en la tabla únicamente los ítems de la grilla de observación que fueron abordados en la sesión. En dicha sesión se observaron denominaciones espontáneas en las categorías “colores”, “animales” y “partes del cuerpo”, también se trabajó con objetos concretos como son los utensilios de cocina, pero para lograr el acceso al léxico fue necesario otorgar claves fonéticas. Aun así, se observó un mejor desempeño en la repetición de dichas palabras.

En cuanto a las expresiones espontáneas cotidianas automatizadas se pudo observar saludo al ingresar y retirarse del consultorio, así como también se logró el conteo del 1 al 10. Presenta una lectura oral conservada, sin embargo, se prolongan las vocales, hay movimientos alternantes frente a la evocación verbal y una evidente lentificación en la programación de la palabra.

Además, se presentaron mayor cantidad de síntomas afásicos como son las estereotipias verbales, anomias, latencias y agramatismos. Las asimilaciones, sustituciones y omisiones también estuvieron presentes en sus expresiones.

A continuación, se realiza el análisis de cada una de las variables presentadas anteriormente en las grillas de observación.

Tabla N° 1: Denominaciones espontáneas.

	Objetos concretos.	Figuras.	Colores.	Partes del cuerpo.	Animales.	Nombres de familiares.
S1	Logrado espontáneamente.		Logrado espontáneamente.			
S2	Logrado con clave fonética.					
S3	Logrado espontáneamente. Logrado con clave fonética.					
S4	Logrado espontáneamente.					
S5	Logrado espontáneamente. Logrado con clave fonética.					
S6			Logrado espontáneamente.			Logrado espontáneamente.

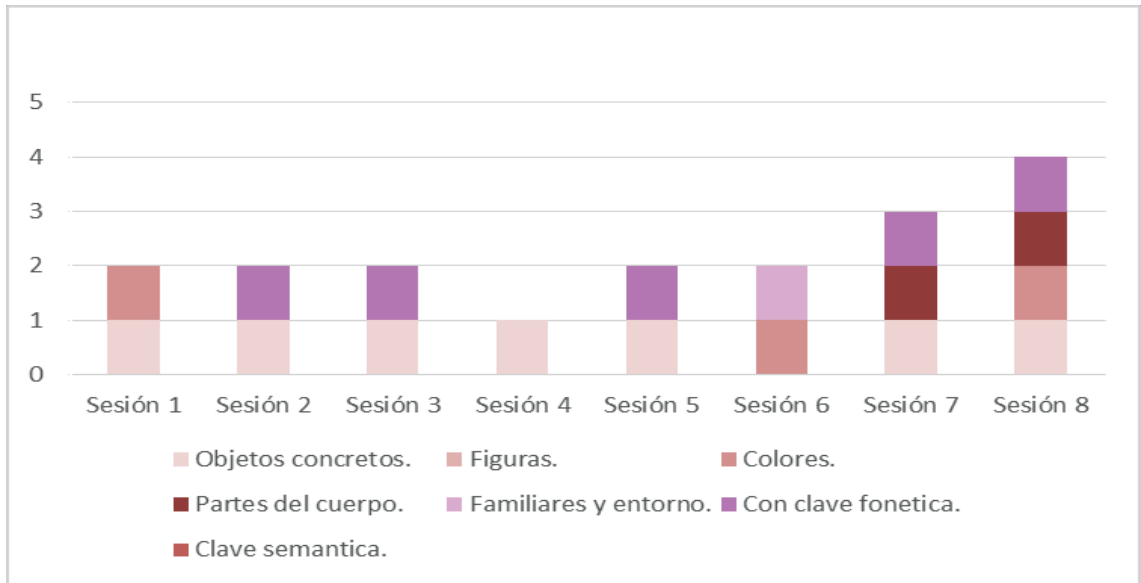
S7	Logrado espontáneamente.			Logrado espontáneamente.	Logrado con clave fonética.	
S8	Logrado espontáneamente.	Logrado con clave fonética.	Logrado espontáneamente.	Logrado espontáneamente.	Logrado espontáneamente.	

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

No trabajado.

A partir de la tabla anterior se observa que el paciente presenta un mayor rendimiento en la denominación espontánea de objetos concretos, aun así, cabe destacar que fue necesario brindarle claves fonéticas en tres ocasiones para que logre la evocación de la palabra buscada. Por otro lado, se observó un buen desempeño en la denominación espontánea de los colores, sin necesidad de otorgar ayudas; de igual forma, en las sesiones que se trabajó con la categoría “partes del cuerpo” se obtuvieron resultados favorables. En una de las sesiones se abordó la categoría “familiares y entorno” con fotos de ellos, lográndose también expresiones espontáneas en dicha sesión. En menor medida, se trabajó con animales y figuras, en la primera sesión en la que se abordó la categoría “animales” fue necesario brindar ayuda fonética para facilitar el acceso al léxico y lograr la evocación de la palabra, en la segunda sesión se lograron denominaciones espontáneas frente a los estímulos presentados. En referencia a la teoría, González y Toledo (2007), plantean que en una afasia global tanto las funciones expresivas como receptivas del lenguaje están gravemente afectadas, por lo que la denominación también se verá alterada; a raíz de lo planteado por ellos se puede analizar la falta de respuesta frente a las claves semánticas, las cuales se concluye no son comprendidas. Las mismas fueron otorgadas en las primeras sesiones en busca de evocaciones verbales, pero no resultaron.

Gráfico N°1: Denominaciones espontáneas



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presenta en la Tabla N° 2 los datos asociados a la repetición de palabras aisladas según las sesiones estudiadas.

Tabla N° 2: Repetición de palabras aisladas.

	Repite palabras conocidas.	Repite palabras no conocidas.	Repite palabras en contexto de actividad.	Repite palabras de manera espontánea.
S1	Logrado.	No trabajado.	Logrado.	No observado.
S2	Logrado.	No trabajado.	Logrado.	No observado.
S3	Logrado.	No trabajado.	Logrado.	No observado.
S4	Logrado.	No trabajado.	Logrado.	No observado.
S5	Logrado.	No trabajado.	Logrado.	No observado.
S6	Logrado.	No trabajado.	Logrado.	No observado.
S7	Logrado.	No trabajado.	Logrado.	No observado.
S8	Logrado.	No trabajado.	Logrado.	No observado.

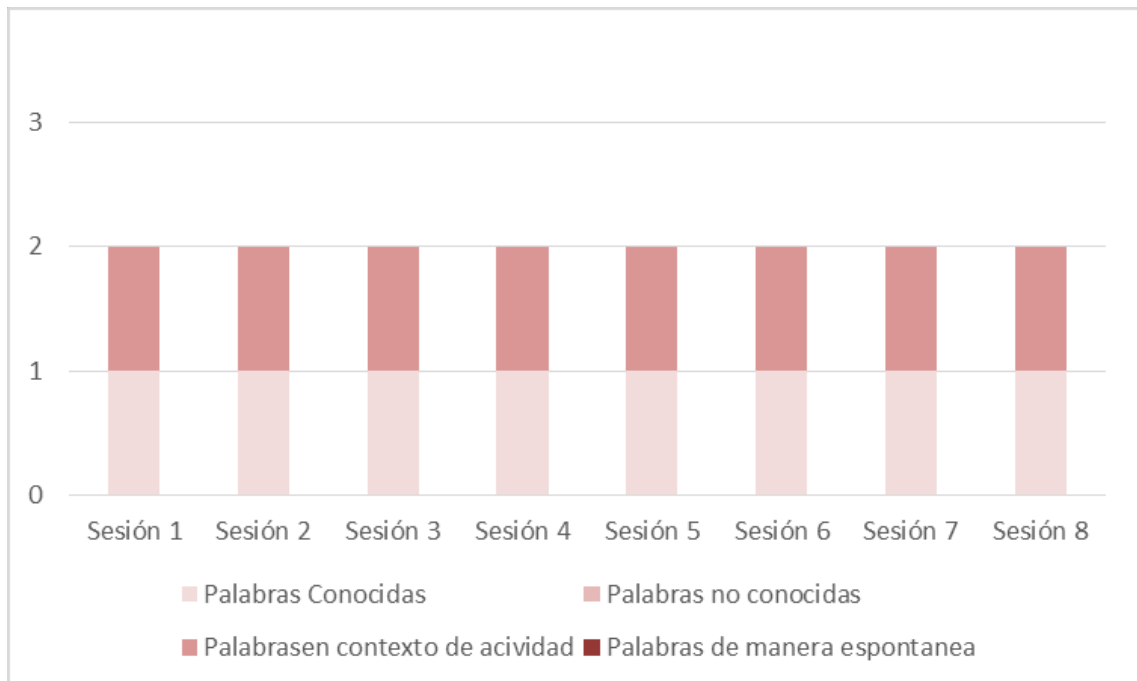
Fuente: elaborado sobre datos de la investigación.

No trabajado.

El paciente logró la repetición de palabras conocidas otorgadas por el profesional aplicadas en contexto de actividad. La repetición de palabras no conocidas no fue trabajada a lo largo de las sesiones, tampoco se pudo observar la repetición de palabras de manera espontánea fuera del contexto de actividad. En relación a esto, Berthier (2001) plantea que es necesario la evaluación de distintos dominios del lenguaje para diagnosticar y clasificar una afasia; los mismos son la fluencia,

comprensión auditiva y repetición. Se destaca que en ciertos casos de pacientes con afasia la repetición puede estar medianamente conservada.

Gráfico N°2: Repetición de palabras aisladas



Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 3 se presentan los datos asociados a las expresiones espontáneas cotidianas automatizadas según las sesiones estudiadas.

Tabla N° 3: Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas.

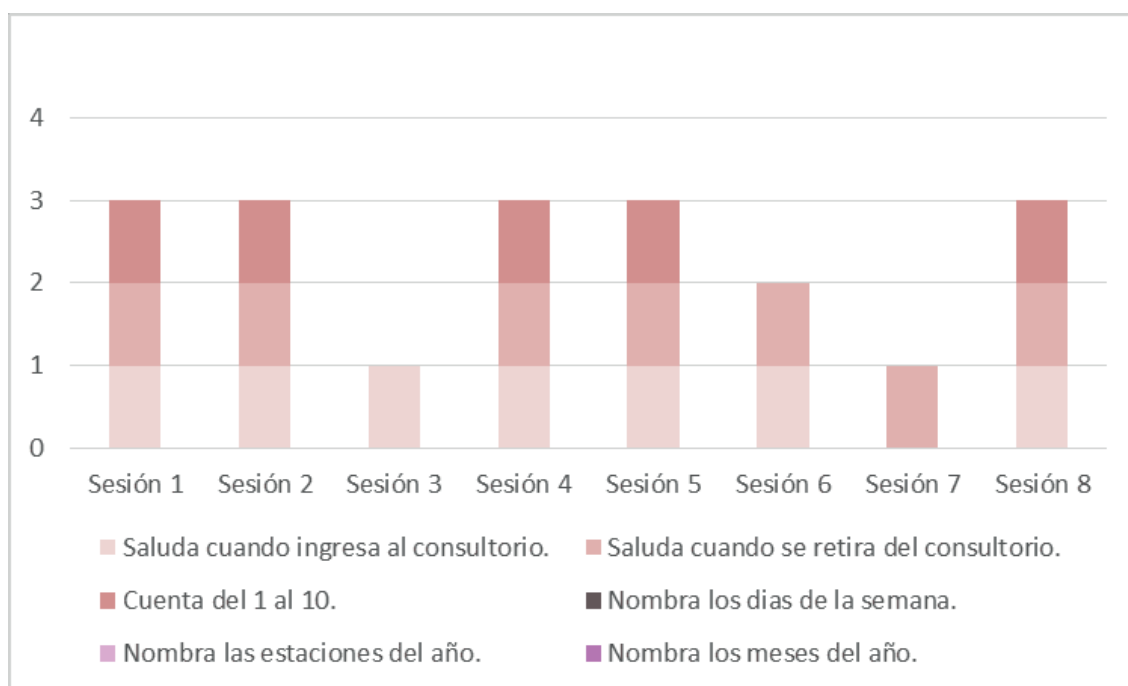
	Saluda al ingresar al consultorio.	Saluda al retirarse del consultorio.	Cuenta del 1 al 10.	Nombra los días de la semana.	Nombra las estaciones del año.	Nombra los meses del año.
S1	Presente.	Presente.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.
S2	Presente.	Presente.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.
S3	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.
S4	Presente.	Presente.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.
S5	Presente.	Presente.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.
S6	Presente.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.
S7	No observado.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.
S8	Presente.	Presente.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación.

No trabajado.

En relación a las expresiones espontáneas cotidianas automatizadas del paciente es preciso destacar que en la mayoría de las sesiones realiza el saludo inicial al ingresar al consultorio y lo mismo al retirarse del mismo. En las sesiones donde se propuso el conteo como actividad de trabajo se obtuvo un buen desempeño, siempre con apoyo físico por parte del profesional y acompañado de estímulos visuales. Según González y Toledo (2007) los pacientes con este tipo de patología al principio del cuadro suelen presentar una ausencia total de emisiones lingüísticas, luego de un tiempo, es frecuente que aparezcan elementos automatizados y producciones estereotipadas. En dos oportunidades distintas se presentaron estímulos para trabajar los días de la semana y los meses del año, pero dichas actividades no se realizaron con éxito.

Gráfico N° 3: Expresiones espontáneas cotidianas automatizadas



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presenta en la Tabla N° 4 los datos asociados a la coordinación de movimientos faciales según las sesiones estudiadas.

Tabla N°4: Coordinación de movimientos faciales.

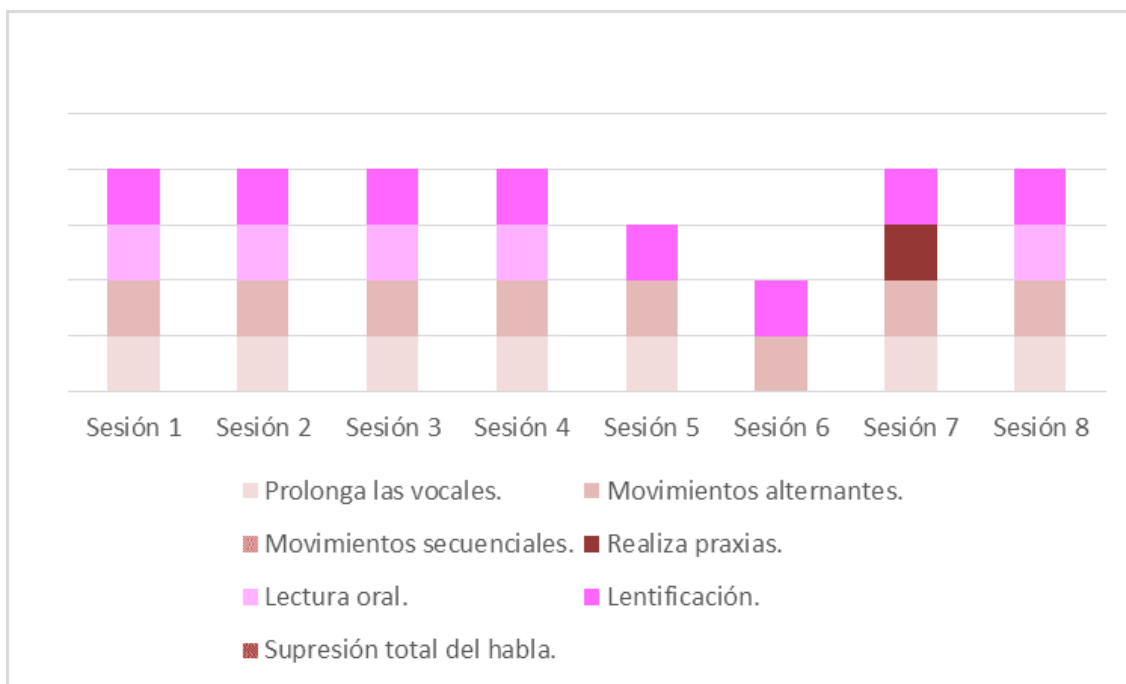
	Prolonga las vocales.	Movimientos alternantes.	Movimientos secuenciales.	Realiza praxias.	Lectura oral.	Lentificación.	Supresión total del habla.
S1	Presente.	Presente.	No observado.		Presente.	Presente.	No observado.
S2	Presente.	Presente.	No observado.		Presente.	Presente.	No observado.
S3	Presente.	Presente.	No observado.		Presente.	Presente.	No observado.
S4	Presente.	Presente.	No observado.		Presente.	Presente.	No observado.
S5	Presente.	Presente.	No observado.		No observado	Presente.	No observado.
S6	No observado.	Presente.	No observado.		No observado	Presente	No observado.
S7	No observado.	Presente.	No observado.	Presente	No observado	Presente	No observado.
S8	Presente.	Presente.	No observado.		Presente.	Presente.	No observado.

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación.

No trabajado. ■

En cuanto a la variable características del habla, se puede analizar que en la mayoría de las sesiones es evidente la prolongación de vocales en posición inicial y media de la palabra, además, ante la evocación verbal aparecen movimientos faciales involuntarios que se repiten, mueve un ojo, abre y cierra la boca; aun así, no se observan movimientos secuenciales, es decir, no repite varias veces una secuencia de estímulos. Es evidente el retraso en la actividad combinatoria observable en la programación de las palabras; Martínez (2020) sostiene que tanto la prosodia como la fluidez en pacientes con este cuadro se presentan con una disminución y lentificación del habla. En las sesiones donde se trabajó la lectura se observó un buen desempeño, sin embargo, únicamente logra la lectura de palabras aisladas, en los casos donde se presentaban frases cortas para ser leídas se observaba perseverancia en una palabra; Noblejas & Varilla (2010) exponen que la persona puede ser capaz de leer palabras pero, la escritura se encuentra afectada por problemas de tipo motor, aun así, González y Toledo (2007) sostienen que dicha lectura no es comprensiva. En una sola sesión se trabajó con praxias, y se observó, por el momento, que solo conserva las labiales ante la imitación directa.

Gráfico N°4: Coordinación de movimientos faciales



Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 5 se visualizan los datos asociados a los síntomas de afasia en la vertiente expresiva según las sesiones estudiadas.

Tabla N° 5: Síntomas de afasia en la vertiente expresiva.

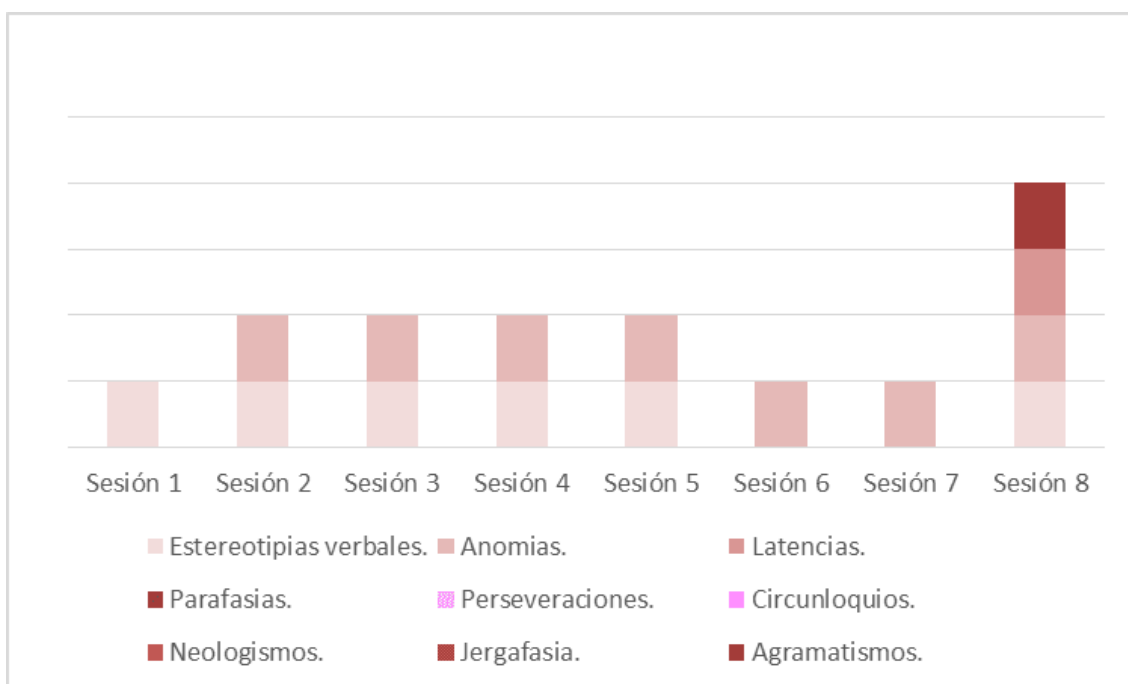
	Esteretotipias verbales	Anomias	Latencias	Parafasias	Perseveraciones.	Circunloquios	Neologismos	Jergafasia	Agramatismos.
S1	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.
S2	Presente.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.
S3	Presente.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.
S4	Presente.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.
S5	Presente.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.
S6	No observado.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.
S7	No observado.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.	No observado.
S8	Presente.	Presente.	Presente.	No observado.	Presente.	No observado.	No observado.	No observado.	Presente

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación.

Los síntomas de afasia más frecuentes que se presentan en el caso estudiado son las estereotipias verbales y las anomias, las mismas se observaron en la mayoría de las sesiones. En la última sesión, aparecieron en sus expresiones latencias y agramatismos. En relación a lo nombrado anteriormente, Longo y Pagnelli (2015)

plantean que en cuadros como éste las dificultades presentes en la expresión se evidencian en latencias para la búsqueda de rótulos verbales, imposibilidad de acceder a las palabras, anomias y demora en los procesos de selección y secuenciación de los sonidos que conforman las palabras. Sin embargo, a lo largo de las sesiones, no se observó presencia de perseveraciones, circunloquios, neologismos y jergafasia.

Gráfico N°5: Síntomas de afasia en la vertiente expresiva



Fuente: Elaboración propia.

Por último se presenta en la Tabla N° 6 los datos asociados a los tipos de errores fonológicos según las sesiones estudiadas.

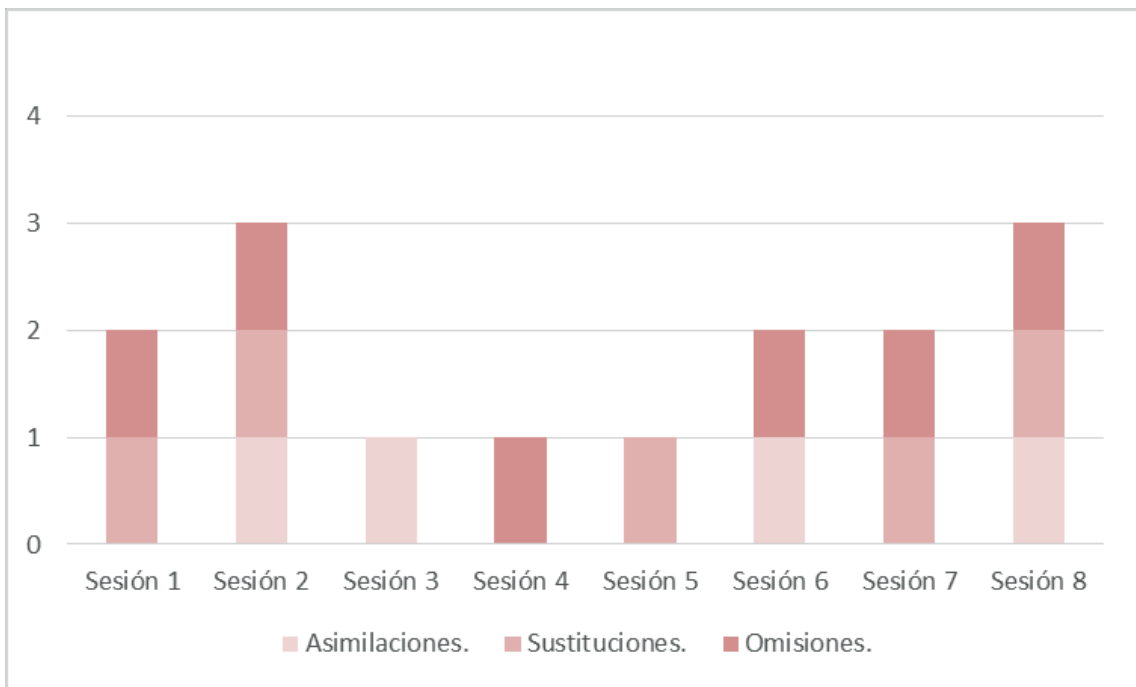
Tabla N°6: Tipo de errores fonológicos.

	Asimilaciones.	Sustituciones.	Omisiones.
S1	No observado.	Presente.	Presente.
S2	Presente.	Presente.	Presente.
S3	Presente.	No observado.	No observado.
S4	No observado.	No observado.	Presente.
S5	No observado.	Presente.	No observado.
S6	Presente.	No observado.	Presente.
S7	No observado.	Presente.	Presente.
S8	Presente.	Presente.	Presente.

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

El paciente presenta errores fonológicos, con mayor frecuencia se observan omisiones y sustituciones, evidenciándose en menor medida asimilaciones. Martínez (2020) expone que los problemas de articulación se producen en forma de sustituciones, adiciones, distorsiones y repeticiones de fonemas; es preciso destacar, que dichos errores se presentan tanto en el habla espontánea como en el habla imitativa, como fue analizado anteriormente.

Grafico N°6: Tipo de errores fonológicos.



Fuente: Elaboración propia.

The background features several overlapping, semi-transparent shapes in various shades of red and orange. A large, light red shape covers the top right, while a darker red shape is on the left. A medium red shape overlaps the bottom left, and a very light red shape is in the bottom right. The word "Conclusión" is centered in white text within the medium red shape.

Conclusión

Conclusión

A lo largo de las sesiones, para trabajar las denominaciones espontáneas, se utilizaron varias modalidades de trabajo como son los objetos concretos, tarjetas visuales con imágenes y palabras; ya que la utilización de objetos concretos facilita el aumento del vocabulario y estructuración de producciones espontáneas. Se obtuvo mayor cantidad de denominaciones espontáneas al trabajar con colores en comparación a las partes del cuerpo y la denominación de nombres de familiares y su entorno; a su vez, las claves fonéticas resultaban de gran ayuda en la denominación, de lo contrario, las claves semánticas no incrementaban sus evocaciones espontáneas.

En cuanto a la repetición, las palabras que resultaban ser conocidas para la paciente eran logradas sin ninguna dificultad, generalmente esto sucedía en contexto de actividad. En cambio, no se trabajó con la repetición de palabras no conocidas por la paciente.

En relación a las expresiones espontáneas cotidianas automatizadas se puede concluir que en la mayoría de las sesiones saludaba al ingresar al consultorio, al igual que a la hora de irse. En su mayoría la expresión verbal estaba acompañada del gesto, fueron pocas las sesiones en las que esto no ocurrió. Por otro lado, en las sesiones donde se trabajó el conteo del 1 al 10 la actividad resultaba positiva, tanto al utilizar objetos concretos para contar como tarjetas con los números correspondientes. Siempre se otorgó ayuda física del profesional para señalar los objetos y realizar el conteo. Cabe destacar que en dos oportunidades se trabajó con días de la semana y meses del año pero no se obtuvo respuesta.

Dentro de sus características del habla se puede destacar que prologa las vocales, habitualmente esto sucede en posición inicial de la palabra, aunque también se pudo observar en posición media. En su rostro aparecen movimientos alternantes, ante la evocación verbal aparecen movimientos faciales involuntarios que se repiten; mueve un ojo, abre y cierra la boca, de lo contrario, no se observan movimientos secuenciales. En cuanto a las praxias, por el momento solo conserva las labiales ante imitación directa. La lectura oral se encuentra conservada, y hay evidente lentificación en la programación de la palabra. No hay supresión total del habla.

Es importante acentuar que no hay presencia de parafasias, perseveraciones, circunloquios, neologismos y jergafasia; sí se evidencia presencia de agramatismos y latencias, aun así, son más frecuentes las estereotipias verbales y las anomias, pudiéndose observar en la mayoría de las sesiones. La paciente presenta errores fonológicos tales como omisiones, sustituciones y asimilaciones, los mismos están

presentes en la mayoría de sus expresiones, siendo las omisiones el error más frecuente.

Los datos recolectados consolidan su diagnóstico de afasia global, afectándose la vertiente expresiva del lenguaje, así como la presencia de apraxia.

Es fundamental reconocer que cada persona presenta un cuadro afásico diferente por lo que, para cada déficit, existen variadas estrategias de intervención. El enfoque fonoaudiológico tiene como objetivo mejorar las habilidades lingüísticas y comunicativas de la persona, optimizando así su calidad de vida y la de su entorno familiar. La participación de la familia cumple un rol fundamental en su rehabilitación, es importante darle pautas a la misma, proporcionando así herramientas para una correcta estimulación del lenguaje y colaborar en el trabajo diario necesario para su recuperación.

Por último, al analizar los resultados obtenidos a través de dicha investigación se plantean las siguientes preguntas para futuras investigaciones:

- ¿Cuáles son las características de la vertiente comprensiva y dispositivos básicos de aprendizaje en un paciente con afasia que asiste a tratamiento fonoaudiológico?
- ¿Cuáles son las características del proceso de readquisición de la lectura y escritura en un paciente con afasia global?
- ¿Cuáles son las características del lenguaje en una persona con afasia y la percepción de los familiares sobre su rehabilitación?

Bibliografía

- ARDILA Alfredo. Las afasias (2005) México. Guadalajara
- Ardila, A. (2015). Agnosias y Apraxias.
- Berthier, M. L., Casares, N. G., & Dávila, G. (2011). Afasias y trastornos del habla. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(74), 5035-5041.
- Campos, R. V., & Gimeno, A. M. (2011). Intervención multidisciplinar en afasias. *Instituto de Neurorehabilitación y afasia, INIA NEURAL*, 1, 192-206.
- CHAVARRIA, L. L. R. (2020). Programa de intervención neuropsicológica en pacientes con afasias expresivas de etiología vascular y sus familiares
- Cortés, V. A. L., Rojas, L. Q., Bartolomé, M. V. P., & Fernández, V. L. (2013). Rehabilitación neuropsicológica de un paciente con afasia motora-eferente-aferente. *Neuropsicología Latinoamericana*, 5(1).
- Cuetos, F. (2017). Tipos de rehabilitación.
- Daza, S. L. P. (2005). Lenguaje, lengua, habla, idioma y dialecto. *Colombia: Universidad Distrital de Colombia, sf.*
- Delgado Climent, E. (2020). Intervención en la apraxia infantil.
- Donoso, A., & Victoriano, R. G. (2012). Trastornos del Lenguaje en el Adulto. *Revista chilena de fonoaudiología*, 11, ág-7. Trastornos del Lenguaje en el Adulto. *Revista chilena de fonoaudiología*, 11, ág-7.
- Fernández Vera, C. (2020). La calidad de vida en las personas con afasia.
- García Hernández, D., & Acosta Montelongo, A. (2016). Disartria mixta: revisión temática y guía de orientación para el paciente con disartia y sus cuidadores.
- González Victoriano, R., & Toledo Rodríguez, L. (2007). Guía Docente Curso de Postgrado: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS AFASIAS.
- González Victoriano, R., & Toledo Rodríguez, L. (2015). Apraxia del habla: evaluación y tratamiento.
- González Victoriano, R., & Toledo Rodríguez, L. (2015). Apraxia del habla: evaluación y tratamiento.
- González, R. A., & Bevilacqua, J. A. (2012). Las disartrias. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 23, 299-309.
- González, R., & Hornauer-Hughes, A. (2014). Cerebro y lenguaje. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25(1), 144-153.

- Gorospe, J. M., Garrido, M., Vera, J., & Málaga, J. (1997). Valoración de la deficiencia y la discapacidad en los trastornos del lenguaje, el habla y la voz. *IMSERSO. Madrid*.
- GRAÑANA Nora (compiladora). (2014). Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista Enfoque neuropsicológico. Argentina. Paidós.
- Gutiérrez Martínez, J. T. (2020). *La apraxia del habla y las afasias no fluentes, Quito, julio–diciembre 2020* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (2005). *Manual de la afasia y de terapia de la afasia*. Ed. Médica Panamericana.
- Hernández-Muela, S., Mulas, F., & Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Rev Neurol*, 38(1), 58-68
- HORNERO, M. D. P. J. LA AFASIA (I): Clasificación y descripción.
- Longo, M. L., & Paganelli, M. R. (2015). Neuroplasticidad en afasia infantil: estudio de caso.
- Martinell, M. (2013). Intervención logopédica en la afasia. *Sobre ruedas*, 83, 4-8.
- MUGUERZA, D., & XEOMARA, J. (2017). *ANÁLISIS DE LAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN PACIENTE CON PROBLEMA DE DISARTRIA* (Doctoral dissertation).
- Murgado, M. G., Herrera, N. A., Benages, E. G., Fernández, E. C., & González, Y. R. (2007). Aproximación terapéutica basada en la evidencia para contrarrestar apraxia total del habla en pacientes afásicos. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 19(4), 56-62.
- Pascual Soriano, A. (2020). *Programa de intervención en estrategias de afrontamiento para cuidadores y familiares de personas con afasia* (Bachelor's thesis).
- PUYUELO Miguel y RONDAL Jean Adolphe (2005). Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje. España: Masson
- Roura Vázquez, M. A. (2012). *Clasificación de disartrias basado en modelo biónico del sistema olfatorio* (Doctoral dissertation, Universidad Central" Marta Abreu" de Las Villas).
- SOPRANO Ana María. (2010)Cómo evaluar el lenguaje en niños y adolescentes. Buenos Aires. Paidós
- Tamarit, E. B. (2006). Apraxia del habla: Presentación de un caso clínico. In *I Congreso Nacional de Lingüística Clínica* (pp. 1-17). Beatriz Gallardo Paúls.

Vendrell, J. M. (2001). Las afasias: semiología y tipos clínicos. *Revista de neurología*, 32(10), 980-986.

Ygual-Fernández, A., & Cervera-Mérida, J. F. (2005). Dispraxia verbal: características clínicas y tratamiento logopédico. *Rev Neurol*, 40(Suppl 1), S121-6.

Afasia Global

Características del lenguaje expresivo y el habla en un paciente con afasia global.

Introducción

La afasia es una alteración en la capacidad para utilizar el lenguaje, un déficit en la comunicación verbal resultante del daño cerebral, caracterizada por errores en la producción, fallas en la comprensión y dificultades para hallar palabras.

Objetivos

Analizar las características del lenguaje expresivo y el habla en un paciente con afasia global que asiste a tratamiento fonoaudiológico durante 8 sesiones en la ciudad de Benito Juárez durante el año 2021.

Materiales y método

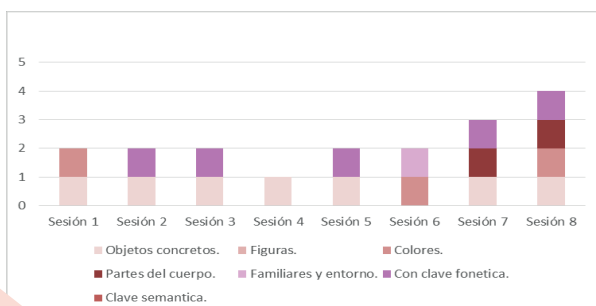
Investigación descriptiva, observacional. Es un estudio de caso de un adulto con afasia global que asiste a tratamiento fonoaudiológico en consultorio privado.

Resultados

En cuanto a la denominación espontánea cabe destacar que se ve beneficiado al trabajar con material concreto y otorgándole claves fonéticas para facilitar la evocación de la palabra; así como también, se observó un buen desempeño al trabajar lenguaje repetitivo de palabras conocidas. A su vez, incrementaron sus expresiones espontáneas cotidianas a lo largo de las sesiones. Es evidente la dificultad en la coordinación de movimientos faciales para la producción del habla, además, hay presencia de síntomas de afasia, como también, errores fonológicos.

Conclusiones

Luego de 8 sesiones se ha observado y registrado una evolución favorable en el paciente en relación a lo que se podía esperar en el tiempo de asistencia al consultorio. El paciente logró resultados positivos en relación al lenguaje expresivo.



Denominación:	Observaciones.
Denomina objetos concretos espontáneamente.	Se trabajó con cubos de colores.
Denomina colores espontáneamente.	Denomina: Azul, rojo, verde y amarillo.
Repetición:	
Repite palabras en contexto espontáneas cotidianas automatizadas:	Unicamente son repetidas cuando se trabaja con el material relacionado.
Saluda cuando ingresa al consultorio. ("hola", "buenas tardes")	Dice "hola" al ingresar al consultorio.
consultorio. ("chau").	gestualizacion.
Características del habla:	Cuenta del 1 al 10 con objetos concretos.
Proronga las vocales.	Se evidencia en vocales en posición inicial y media.
Movimientos alternantes:	Ante la evocación verbal aparecen movimientos

Góngora Eden, Valentina
Tesis de Licenciatura 2022



Universidad FASTA
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Fonoaudiología